



Trabajo Fin de Máster

Elaboración y validación de un cuestionario para
valorar la instauración del vínculo afectivo
madre - recién nacido

Autor/es

Jara Zabau Fermoselle

Director/es

Jesús Fleta Zaragozano

Facultad de Ciencias de la Salud
Año 2013

AGRADECIMIENTOS

Un cálido agradecimiento a los recién nacidos, madres y padres que han formado parte de este trabajo y que son su esencia y su razón de ser.

A Alatzne Korro, por su imprescindible colaboración como “Observadora A”; así como al comité de expertas por sus sabias aportaciones. Por su comprensión, dedicación e implicación en este periplo gracias a todas ellas.

A mi tutor, Jesús Fleta, por su apoyo, disponibilidad y consejos.

A Concepción Tomás, Ana Belén Subirón y Tomás Alcalá por su inestimable apoyo y por su generosa implicación, disponibilidad, aportación y orientación.

Gracias especialmente a mi madre y a Javi por haberme acompañado en esta odisea que apenas comienza, con paciencia, cariño, comprensión y palabras de aliento.

Y gracias a todos los que de un modo u otro han aportado algo de luz y aliento a este trabajo.

“Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación.”

D.W. Winnicott

The Child, the Family and the Outside World

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
2. Marco conceptual	5
3. Objetivos.....	14
4. Metodología y diseño	15
4.1 Perspectiva y tipo de estudio	15
4.2 Población y muestra.....	15
4.3 Recogida de información.....	16
4.4 Elaboración del cuestionario.....	17
4.5 Validación del cuestionario	17
4.6 Variables del estudio.....	18
4.7 Codificación y tabulación de los datos	21
4.8 Análisis estadístico	21
4.9 Consideraciones éticas.....	22
5. Resultados.....	23
5.1 Análisis de la viabilidad.....	24
5.2 Análisis de la fiabilidad	24
5.3 Análisis de la validez de Contenido a través de la Opinión de Expertas	25
5.4 Análisis de la validez de Constructo mediante Análisis Factorial	26
6. Discusión, dificultades, limitaciones del estudio y propuestas	29
7. Conclusiones.....	34
8. Bibliografía.....	35
9. Anexos	39
Anexo 1: Variables	40
Anexo 2: Tablas y gráficos de los resultados	44
Anexo 3: Formulario opinión de expertas	64
Anexo 4: Valoración opinión de expertas	67
Anexo 5: Cuestionario	68

RESUMEN

Es casi nula la bibliografía existente para la valoración de la instauración del vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido* en las primeras horas de vida, por este motivo surge la idea de validar esta herramienta.

Objetivo: Elaborar y validar un cuestionario para valorar la instauración del vínculo afectivo madre-recién nacido.

Método: Se procedió a la recogida observacional de datos por parte de dos matronas sobre la interacción entre 62 diáadas de madres y recién nacidos en las primeras 24 horas postparto. Se analizó la fiabilidad interobservador y consistencia interna, la viabilidad y validez. Además se analizó la asociación de la aparición de vínculo con la presencia de contacto precoz, el tiempo transcurrido hasta su inicio y su duración, tipo de parto, inicio de lactancia en primera hora de vida, ropa con la que se viste al recién nacido, presencia del padre en el parto, y separación para la exploración pediátrica.

Resultados: La fiabilidad de la herramienta para la medición del vínculo queda determinada a través del Índice Kappa que demuestra que la fuerza de la concordancia interobservador obtuvo valores de “acuerdo excelente” a “acuerdo bueno” tanto en las variables maternas y neonatales. El coeficiente alpha de Cronbach fue de 0,932 para las variables maternas y de 0,838 para las neonatales demostrando en ambos casos una buena consistencia interna. La validez de constructo determinada por el análisis factorial determina la existencia de seis dimensiones del constructo vinculación materna y de cuatro en el recién nacido. La correlación entre el grado de vinculación y las variables a estudio resultó significativa para el tiempo transcurrido hasta el primer contacto, la existencia de contacto precoz, el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, la ropa con la que se viste al recién nacido y la separación para la exploración pediátrica, éstas dos últimas presentan correlación inversa. Respecto al tipo de parto existe correlación entre el grado de vinculación y el parto eutócico y la cesárea, siendo esta última correlación inversa. No existe asociación significativa entre la vinculación y el tiempo que dura el primer contacto, ni con la presencia del padre en el parto.

Conclusiones: El cuestionario elaborado resulta factible, fiable, consistente y válido para medir la instauración del vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido.

Palabras clave: Validación, Cuestionario, Vínculo Afectivo, Escala Vínculo, Apego, Contacto Precoz Piel con Piel.

*Nota aclaratoria de la Perspectiva de género: a lo largo del trabajo y como forma de facilitar la lectura se hace referencia al término “recién nacido” contemplando dicho término tanto las mujeres como los varones recién nacidos del estudio.

ABSTRACT

There is little literature for assessing of the establishment of bonding between mother and newborn in the first hours of life. For this reason, the idea of validation this tool appears.

Objective: Developing and validating a questionnaire to value the establishment of bonding between mother and newborn.

Method: We proceeded to observational data collection by two midwives about the interaction between 62 dyads of mothers and newborns in the first 24 hours postpartum. We analyzed the interobserver reliability and internal consistency, feasibility and validity. We also analyzed the association of the appearance of attachment with the presence of early contact, the time until the start, the duration of this contact, delivery type, breastfeeding initiation in first hour of life, newborn's clothes, father's presence at birth and separation for pediatric examination.

Results: The reliability of the tool for measuring the bond is determined by Kappa Index, which shows that the strength of interobserver agreement obtained values of "excellent agreement" to "good agreement" in both maternal and neonatal variables. Cronbach's alpha coefficient was 0.932 for maternal variables and 0.838 for newborn variables, showing for both good internal consistency. Construct validity determined by factor analysis determines the existence of six dimensions of maternal bonding construct and four in the newborn. The correlation between the degree of attachment and study variables was significant for time until first contact, early contact existence, breastfeeding initiation in first hour of life, newborn's clothes and separation for pediatric examination. About delivery type, there is a correlation between the degree of attachment and vaginal delivery and cesarean section. There isn't significant association between attachment and duration of the first contact neither father's presence at birth.

Conclusions: The questionnaire developed is feasible, reliable, consistent and valid to measure the establishment of emotional bond between mother and newborn.

Keywords: Validation, Questionnaires, Attachment, Attachment Scale, Bonding, Skin to skin contact.

1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo ser supone un momento trascendental, Michel Odent nos dice que “*para cambiar el mundo antes hay que cambiar la forma de nacer*¹”. Este trabajo surge de la necesidad de resaltar y respetar la concepción holística de los cuidados en el nacimiento y de reivindicar la importancia que éstos poseen en nuestra sociedad del bienestar actual.

Los enfermeros debemos avanzar en nuestro campo de conocimientos y adoptar una actitud crítica y científica que aporte desde la investigación en enfermería, las bases para nuestro desarrollo profesional. Con este trabajo pretendo valorar la instauración de la vinculación afectiva entre un recién nacido y sus progenitores, base de amor y de altruismo necesaria para el avance de nuestra sociedad.

Tras una revisión de la bibliografía existente en relación con la valoración del vínculo afectivo entre la madre y su hijo recién nacido, considero necesario elaborar un instrumento de valoración que recoja todas aquellas percepciones que nos sugiere la interacción de la madre/padre con su hijo recién nacido.

Cuando las enfermeras asistimos a una diáada madre-bebé, lo hacemos como si de una tierna y delicada burbuja se tratase. Cuidamos a la mamá, al bebé, al padre, la familia, el entorno, los estímulos, pero también las emociones. Observamos, percibimos, analizamos y valoramos como esa nueva diáada se conoce, se mira, se huele, interacciona y se une emocionalmente de forma extraordinaria. En algunas ocasiones detectamos emociones y conductas que nos sorprenden; la mayoría de las veces de forma positiva; pero también en alguna ocasión lo hacen de forma negativa.

En la década de los 70 se toma conciencia de la importancia del momento del nacimiento y del tipo de acogida que se le da al recién nacido gracias a obstetras como Frederic Leboyer o Michel Odent. Se reconoce la trascendencia de la primera hora de vida de una persona en la que se debe adaptar a la vida extrauterina comenzando los procesos de respiración, metabolismo autónomo, termorregulación, adaptación a la gravedad, adaptación bacteriológica, lactancia materna y donde se dan interacciones únicas, irrepetibles y fundamentales para la concepción de ese ser como amado y respetado bajo el influjo de una danza hormonal que hace fluir las conductas maternales¹.

La importancia de las relaciones tempranas establecidas entre la diáada madre-recién nacido radican en su concepto de actividad preventiva que permite establecer vínculos desde el momento inicial del nacimiento, evitando potenciales alteraciones del mismo derivadas de una privación que podrían impedir el establecimiento de relaciones suficientemente buenas y potenciadoras de su desarrollo². La forma en la que los seres humanos somos concebidos, gestados, paridos, y criados, deja intensa huella y condiciona el desarrollo de la conciencia corporal en un sentido u otro.

Como profesionales que acompañamos estos momentos tan trascendentales debemos ser conscientes de su importancia y debemos ser capaces de detectar interacciones que se alejen de la fisiología y el instinto, e intentar reconducirlas para procurar la adquisición de una base sólida a través de la vinculación con la figura de apego promoviendo así un desarrollo sano de ese recién nacido.

Aunque a menudo los cuidados parecen ser invisibles³, el favorecer el vínculo que se está iniciando entre ese nuevo ser y su entorno, es tan importante como cualquier otro de los muchos cuidados que proporcionamos. Las emociones, la ternura, la calidez, deberían ser conceptos frecuentes en nuestra terminología enfermera. El respeto, la empatía y la humanidad por esos seres debería ser nuestro rasgo identitario. El apoyo físico y emocional, la contención, la seguridad y la protección de las madres y los bebés debe ser la prioridad en la asistencia y en los cuidados enfermeros.

Durante las primeras semanas de vida la madre y el recién nacido siguen siendo una misma unidad neurofisiológica convirtiéndose la madre, sobre todo en la lactancia materna, en el hábitat del recién nacido. El padre, la familia y la sociedad debemos proteger, apoyar, mimar y cuidar esa nueva diáda, pero con especial interés debemos hacerlo los profesionales que les atendemos. Debemos conocer cuáles son sus necesidades reales para sólo así poder conseguir la excelencia en los cuidados materno-infantiles.

En el presente trabajo, como eje principal y en base a la bibliografía revisada, me centro en la fusión emocional diáda madre bebé. El rol paterno en la vinculación temprana será un punto de partida en mi línea de trabajo y de investigación futura.

En la actualidad nos encontramos inmersos en un proceso de cambio en atención al parto, avalado con políticas sanitarias favorables. El ministerio de Sanidad y Consumo editó en 2008 la “Estrategia de Atención al Parto Normal”⁴ así como una “Guía de práctica clínica”⁵; donde ya se establecen recomendaciones, en base a la evidencia disponible. Éstas recomendaciones acerca de buenas prácticas dicen que: “*Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre/padre-hijo y para la instauración de la lactancia materna. Ambos hechos [...] influirán de forma determinante en el estado de salud del niño/a y en su desarrollo emocional. Promover el desarrollo de los vínculos afectivos madre/padre-hijo debe ser una prioridad de los profesionales de la salud. El desarrollo afectivo es base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, y este se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente al parto. Elaborar estrategias de atención y cuando desde el nacimiento es básico para promover el desarrollo del vínculo*”⁶.

Según el concepto de Salud de la OMS como “*Estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades*” el apego sería fundamental para la salud mental de los individuos ya que determina nuestra capacidad para reconocer figuras de apego, establecer bases seguras y ser capaces de colaborar en el establecimiento de relaciones mutuamente gratificantes.

Con mi trabajo y con la elaboración de este cuestionario para la valoración de la instauración del vínculo pretendo hacer una sencilla aportación al campo de conocimientos de la enfermería elaborando una herramienta que nos facilite el registro, la valoración y la mejora de los cuidados que pretendemos sean excelentes para el núcleo de nuestra sociedad que son los niños y sus familias.

“Es más fácil criar niños sanos y fuertes que reparar adultos rotos”

Douglas, Frederick

2. MARCO CONCEPTUAL

El concepto de vínculo hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y por ende en el contexto de relación y en el mundo que lo envuelve. Está forjado a partir de las relaciones tempranas como un devenir relacional que precisa de un proceso de integración².

La naturaleza ha escogido por selección el vínculo madre-cría porque es necesario; algunos vástagos nacen autosuficientes, pero nosotros, como mamíferos, nacemos inmaduros y necesitamos de nuestra madre para sobrevivir. Por eso las hembras, en general, han sido programadas para querer a sus crías, protegerlas y alimentarlas; así como las crías, en general, han sido programadas para apegarse a su madre y recibir esta protección y alimento. Esta mutua necesidad se traduce entonces en la sensación emocional llamada “apego”⁴⁴.

Más allá de esta necesidad biológica, para los humanos la vinculación desde el plano emocional es imprescindible⁷. Hoy en día se ha demostrado y aceptado que el tipo de vínculo afectivo que el niño desarrolla con su madre (seguro vs inseguro) contribuye a formar su comportamiento y sus reacciones ante las diferentes situaciones sociales.

Los *estudios de la interacción de madre y el recién nacido* a través de la observación y el análisis de las interacciones progenitor bebé tienen una historia bastante breve; de menos de cincuenta años⁸. En estos estudios cabe destacar las aportaciones del psicoanálisis, la etología y la teoría del aprendizaje.

En el campo del psicoanálisis, la observación directa de hijos y madres se ha estado desarrollando desde finales de la década de 1940. Anna Freud y René Spitz estudiaron la conducta de niños en situaciones en las que se encontraban separados de sus padres: bajo condiciones de guerra y en instituciones, respectivamente (A.Freud, 1936; Spitz, 1946, 1964). Sus estudios alertaron a los observadores respecto de las operaciones defensivas que provocaban estas situaciones angustiosas de ausencia materna en los niños, poniendo de manifiesto el carácter poderoso del vínculo entre madre e hijo. Las descripciones de la grave patología resultante de la privación del cuidado materno nos brindaron un conocimiento más profundo de la índole crítica de esta relación temprana. Heinz Hartman (1958) se basó en este tipo de estudios para formular su concepto del desarrollo del yo en el bebé, al que consideró dependiente de la cantidad del vínculo con sus padres.

Freud creía que las raíces del vínculo madre-hijo eran puramente nutricionales y que el lazo era establecido por el bebé al prenderse al pecho de la madre para alimentarse, ante lo cual, ella se limitaba a responder. John Bowlby sostuvo, a diferencia de los psicoanalistas anteriores, que el intercambio con la madre no se basa únicamente en la simple gratificación oral y su concomitante reducción de la tensión.

El trabajo de Winnicott hizo hincapié en el carácter crucial de lo que ocurre entre la madre y el bebé a efectos de fomentar el desarrollo del niño. Subrayó la importancia de la experiencia de la mutualidad entre el bebé y la madre y la importancia de su estudio en común ya que durante el primer año de vida, la diada madre-infante constituyen una unidad.

La premisa de John Bowlby de que el recién nacido está pre-adaptado a cumplir un rol en el intercambio social con la persona que lo cuida y el punto de vista de Winnicott de la madre y el hijo como una unidad única y sincronizada ha tenido una profunda influencia en los estudios de la interacción hasta el día de hoy⁸.

Es importante destacar las aportaciones de la etología a la teoría del vínculo de John Bowlby. La etología es la ciencia que estudia el comportamiento humano comparado con las conductas observadas en otras especies animales⁹. Los estudios etológicos se basan fundamentalmente en el estudio de patrones de conducta de carácter innato¹⁰.

En concreto se sirvió de los estudios de Konrad Lorenz. El trabajo de Lorenz; que le valió un Premio Nobel en 1973 por sus estudios pioneros del comportamiento humano y animal, revela que en algunas especies animales podría desarrollarse un fuerte vínculo (impronta) con una figura materna individual con su tan conocido estudio del seguimiento de los patitos y los ansarinos.

Tras años de estudios con animales comprobó que ciertas conductas instintivas (parte innata del comportamiento) han sido programadas o adquiridas filogenéticamente, es decir, en el curso de la evolución de la especie. A efectos prácticos, los comportamientos innatos pueden observarse en el recién nacido humano en forma de: búsqueda táctil del pezón materno, presión refleja de los dedos, llanto para reclamar alimento o atención, movimientos de natación y reptación para alcanzar el pecho materno, etc. Todos ellos están dictaminados por el cerebro durante los dos primeros meses de vida. De hecho, entre los niños nacidos ciegos, sordos y mudos los movimientos reflejos y las mímicas expresivas (cólera, alegría, tristeza...) son exactamente los mismos que entre el resto de los infantes. Konrad Lorenz¹¹ destaca también que las características morfológicas del recién nacido, determinadas filogenéticamente, (frente protuberante, cabeza netamente grande con relación al cuerpo, ojos situados en la parte interior de la cabeza, extremidades cortas y anchas) originan en el adulto comportamientos innatos de protección y simpatía¹².

Otros estudios etológicos que han repercutido de manera importante en el futuro desarrollo de la teoría del apego fueron los trabajos de Harlow en 1958. Su experimento se basó en el comportamiento de macacos en cautividad, a los cuales les ofrecía simultáneamente dos figuras maternas: una de ellas proporcionaba alimento y la otra una base cálida. Los monos se acercaban a la madre con biberón en busca de alimento, pero en seguida acudían a la de paño y era a ésta a la que recurrían en busca de protección. De esta forma demostró que el contacto del hijo con la madre no está fundamentalmente promovido por la necesidad de alimentación¹³.

Además de esta orientación etológica, de considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo, John Bowlby fue más allá y consideró que la conducta innata necesita una regulación de las reacciones emocionales (Modelos Internos Operativos, Bowlby 1973). Este sistema de regulación diádico posibilita que las señales del niño sobre sus estados sean entendidas por la figura de apego condicionando el desarrollo de la personalidad y de la salud mental.

Algunos conceptos derivados de la teoría del aprendizaje también han contribuido a la comprensión de la interacción temprana entre progenitor e hijo. Ciertos

conceptos como los de imitación, condicionamiento positivo y negativo, refuerzo y memoria son sin duda aplicables.

La teoría del apego fue desarrollada por John Bowlby y Mary Ainsworth. John Bowlby, fue pionero en definir y desarrollar el término de “*Conducta de Apego*”. En un informe realizado a petición de la OMS en 1951 titulado “*Maternal Care and Mental Health*⁸” analizaba las pruebas que se disponían entonces de la influencia adversa del cuidado maternal inadecuado durante la primera infancia sobre el desarrollo de la personalidad. En él define el “*comportamiento de apego*” como “*Toda conducta por la cual un individuo mantiene o busca proximidad con otra persona considerada como más fuerte. Se caracteriza también por la tendencia a utilizar al cuidador principal como una base segura, desde la cual explorar los entornos desconocidos, y hacia la cual retornar como refugio en momentos de alarma.*⁸”

La teoría del apego, entendido como el “*lazo afectivo que se forma entre el niño y un número reducido de personas cercanas que le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo*”¹³. Considera esencial para la salud mental, “*que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce*”⁸.

La teoría del apego de John Bowlby surge a raíz de la necesidad de evaluar objetivamente esta relación afectiva, a través de la observación y cuantificación de las conductas.

El objeto del sistema de apego, según John Bowlby¹⁴, sería la experiencia de seguridad. Ésta se convierte en un regulador de la experiencia emocional y determinante del desarrollo de la personalidad a través de dos claves fundamentales: la presencia de una base segura encarnada en la figura de apego, y su capacidad para explorar el medio, condicionada también por la existencia de esa base segura.

Mary Ainsworth avanzó en el desarrollo de la teoría del vínculo mediante la definición de la “*Situación del extraño*” cuyo objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y su reacción en los momentos de separación y reunión con la madre.

Definió tres categorías básicas de vinculación en los niños: el apego seguro, el ansioso/evitativo y el ansioso/resistente (ambivalente); relacionados con sensibilidad materna a las señales de su hijo el primero de ellos y con rechazo materno o falta de predictibilidad los otros dos⁴³. Posteriormente Main y Solomon⁴² describieron una cuarta categoría de apego desorganizado/desorientado.

Un apego sano evoca sentimientos de pertenencia a una relación donde el niño se siente aceptado y en confianza. Los padres interiorizados como fuente de seguridad, permitirá a su hijo explorar su entorno, construyendo poco a poco su red psico-socio afectiva¹⁵.

El principio fundamental de esta teoría del apego es que el establecimiento de un fuerte vínculo de la madre con su hijo cumple una función adaptativa y es vital para la

supervivencia del bebé. Este vínculo de apego se desarrolla en un periodo de tiempo determinado que él denominó: crítico o sensible. Tras este periodo puede llegar a ser imposible formar una verdadera relación íntima y emocional¹⁶.

La teoría postula en su eje central que existe una relación causal entre las experiencias de un individuo con las figuras significativas (padres o cuidadores), y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos. Define la necesidad de entablar vínculos con personas significativas como una necesidad primaria en la especie humana.

El apego es por lo tanto fundamental para el establecimiento de la seguridad de base a partir de la cual el niño llegará a ser un sujeto social capaz de vincularse y aprender en la relación con los demás. La calidad del apego también influenciará la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como, el desarrollo de su empatía para manejar impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia, la formación de una conciencia ética, así como el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles como las separaciones, pérdidas y rupturas¹⁷.

Las aportaciones de John Bowlby y Mary Ainsworth constituyen uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional¹⁸.

Otros autores cuyas aportaciones a la teoría del vínculo son inestimables fueron los pediatras Klaus y Kennel⁴⁷ con sus estudios acerca del “bonding”. El estudio del “bonding”, entendido como un proceso rápido que se produce inmediatamente después del nacimiento y durante el cual la madre dirige su comportamiento de apego hacia su hijo, se inició cuando estos pediatras, inspirados en investigaciones sobre el apego en animales y corroborados por las observaciones realizadas a propósito de los problemas de apego presentes en las madres de niños que sufrieron una larga estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales; formularon en 1976 varios principios que constituyen los fundamentos de la teoría del apego: Existe un periodo sensible dentro de los primeros minutos u horas de vida, durante el cual es necesario que los padres estén en contacto íntimo con el niño para que su desarrollo posterior sea óptimo. Durante este periodo la probabilidad de que ciertos acontecimientos den origen a lazos afectivos madre-hijo será más fuerte en este periodo que en cualquier otro momento de la vida del niño y tendrá efectos perdurables¹⁹.

Thomas Verny muestra que los acontecimientos que rodean al nacimiento están relacionados con el afecto, la seguridad y la tranquilidad. Sus estudios le llevan a afirmar que: “*el amor que una madre vierte en su hijo/a, las ideas que tiene de él y la riqueza de comunicación que establece con él/ella, tienen una influencia determinante sobre el niño y su futura vida. Permite revertir tanto en su desarrollo físico, como en las líneas principales de su personalidad y en lo que será la influencia sobre su predisposición de carácter*”²⁰.

La importancia de la función de apego y de las interacciones tempranas resulta determinante en el desarrollo de las funciones psíquicas. López, Granillo, Ubici y Waisman dan una definición de “Vínculo temprano”: “*Definimos preliminarmente al vínculo temprano subjetivamente como aquel modo relacional primario entre el bebé y su entorno – En primera instancia, el agente en función materna- en que este último pueda establecer un entonamiento sensorio-afectivo con los procesos internos del lactante*”²¹.

Es importante en este contexto destacar la importancia del contacto precoz como elemento facilitador del vínculo ya que éste puede variar en función del momento en el que se inicia. El periodo sensible del que hablan Klaus y Kennell se producirá únicamente una vez por diáda y su impacto sobre la relación madre-hijo será fundamental para desarrollar un comportamiento materno más fácilmente y para sentirse más competente y más sensible. Por el contrario, si este contacto precoz no se produce el comportamiento materno será probablemente deficiente y la mujer tendrá más riesgo de fracasar en su rol de madre²².

Según Bick, que desarrolló el concepto de “piel psíquica”, la justificación de la importancia del contacto piel con piel radicaría en que la sensación de la propia piel, tanto desde el interior como en su calidad de límite a través de la piel de la madre, le permite tempranamente al bebé la experiencia de integridad de su persona².

La OMS recomienda en la declaración de Fortaleza (1985): “*El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre*”²³. La Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud recomienda: “*Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca*”²⁴. El tiempo de contacto piel con piel de la madre con el recién nacido debería ser de al menos 50 minutos sin ninguna interrupción²⁵.

El contacto piel con piel entre madre y bebe²⁶ ha demostrado una mejor adaptación cardiaca, respiratoria y metabólica de los bebés a los 90 minutos, temperatura corporal más elevada en los bebés en contacto con la madre, mayor saturación de oxígeno en los prematuros, potenciación del estado de sueño y calma del recién nacido, incremento en la producción de leche materna y prolongación del período de lactancia²⁷.

Una mención especial para contextualizar este marco se merece el *comportamiento materno*. En la concepción de la función maternal, Stern propone que la mujer “*Tiene que nacer psicológicamente al igual que su bebé nace de forma física*” y refiriéndose a este nacimiento psicológico afirma, “*Lo que una madre da a luz en su mente no es un nuevo ser humano, sino una nueva identidad, el sentido de ser una madre*”². De la adquisición de ésta nueva identidad Ramona T. Mercer, postula en su teoría de la “*Adopción del rol maternal*”; que se lograría a través de la adquisición de habilidades perceptivas y emocionales, y las estrategias conductuales para poder sintonizar con ese hijo. Ésta teoría se centra en las conductas y las necesidades de las madres y se refiere a la “*adopción del rol maternal como un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol*”²⁸.

Se ha comprobado en estudios con animales que existen dos fases en la génesis de éste comportamiento materno. Durante la primera fase, el comportamiento materno sería producto de la *transformación hormonal* que caracteriza el embarazo y el parto, los cuales prepararían a la madre para interactuar con su hijo. Posteriormente estos cambios a nivel hormonal no se darán más, y será la estimulación proveniente del niño lo que facilitaría a la madre interactuar en forma apropiada con él².

Hay evidencias de que todas las mujeres que han dado a luz actúan de modo similar con el recién nacido sugiriendo la existencia de un patrón universal, específico de la especie, en el hecho de ser madre. Es característico de la madre en la primera interacción, progresar desde la exploración con la punta de los dedos de la cara del recién nacido, a las extremidades para pasar hacia el contacto palmar con las áreas corporales más grandes y terminar abarcando al lactante con toda la mano y los brazos y sentir el deseo de acercarlo al pecho. El tiempo que le lleve hacer esto, variará dependiendo del tiempo de contacto físico, las barreras de ropa y la situación física del lactante.

Hoy en día es bien conocido que las hormonas liberadas por la madre y el feto durante la primera y la segunda fase del parto aún no se eliminan en la hora siguiente al parto. Todas ellas juegan un papel específico en la interacción madre-recién nacido. La hormona clave implicada en la fisiología del parto es sin duda la oxitocina²⁹ cuyo principal papel es de generadora de conductas maternales. La oxitocina es la hormona típica del altruismo, y está presente en cualquiera de las facetas del amor que se quieran contemplar. Cobra especial importancia pues el contacto precoz entre la madre y su hijo recién nacido cuando estudios suecos han demostrado que los niveles máximos de oxitocina se alcanzan justo después del nacimiento del bebé y antes de la expulsión de la placenta¹.

Contamos también con el beneficio de otras hormonas como las endorfinas y la prolactina que facilitan la simbiosis madre-criatura y promueven que el cuerpo de la madre, que es el hábitat adecuado para su crecimiento, esté disponible; protegen el nido y promueven el enamoramiento que sucede entre una madre y su hijo recién nacido con la primera mirada, favorecido por el contacto piel con piel.

La disciplina que estudia la *neurobiología del apego*³⁰ señala que las primeras semanas de vida la madre y el recién nacido siguen siendo una misma unidad neurofisiológica. De éste modo el bebé va a regular ciertas funciones de la madre; y la madre puede regular ciertas funciones de la criatura como la frecuencia cardíaca, respiratoria y la síntesis de proteínas. Por ello se reconoce el concepto de extero-gestación donde el hábitat del bebé, durante las primeras semanas de vida, será su propia madre y de ello se deduce que lo que la naturaleza ha previsto es que madre y bebé no estén nunca separados.

Madre y recién nacido necesitan permanecer unidos porque el bebé será en la medida en que permanezca fusionado a su madre; por lo menos hasta que, conforme vaya creciendo, establezca lazos de unión con otros miembros de su entorno, vaya construyendo psíquicamente la percepción de sí mismo como ser autónomo y así, comience la separación emocional³¹.

El rol de la madre es más activo e importante dado que presenta mayor repertorio de conductas, pero necesita recibir respuestas del niño porque si no la conducta de la madre disminuirá. Un aspecto a tener en cuenta en cuanto a la valoración del comportamiento materno es que la mujer se encuentra en el puerperio con un momento de “*crisis vital*”, donde el componente emocional adquiere una gran trascendencia.

Las condiciones biológicas, sociales, culturales, familiares y educativas a las que la futura madre ha estado o está sometida, van a ser determinantes en la adopción de su papel como madre. Cada mujer tiene su propia personalidad, temperamento, inteligencia y salud física y mental, las cuales van a influir en el ambiente que la madre proporcionará a su futuro hijo y en la manera en que se relacionará con él³².

Así mismo, las experiencias de cada mujer durante su infancia, los cuidados maternales que recibió y los modelos con los que ha sido educada condicionarán sus propias prácticas de maternidad. La niña aprende su primera lección sobre maternaje de su propia madre²¹.

Jean Sinoda Bolen expresa que “*El sentimiento maternal investido de poder es una fuerza femenina aún sin explotar que el mundo necesita para transformar la violencia.*”

Respecto al *comportamiento neonatal*, T. Brazelton observó que los recién nacidos contribuían de forma significativa al desarrollo del vínculo. Los recién nacidos nacen con unas capacidades básicas y pre-programadas para el establecimiento de relaciones que precisa del entorno para evolucionar y organizarse. A su vez, la madre y el padre aportan sus experiencias prenatales con el recién nacido y sus fantasías. Todo esto se conjuga con el potencial biológico y psicológico (rasgos temperamentales, experiencias perinatales, desarrollo intrauterino...). En este sentido el paradigma de relaciones tempranas ya contempla un enfoque bio-psico-social para aproximarse al fenómeno del vínculo².

Pese a que el apego es un constructo que no puede ser observado directamente sino que debe ser inferido a partir del comportamiento de los individuos podemos definir las conductas de apego como observables y cuantificables (lloros, llamadas, conductas de seguimiento visual o locomotriz ...), así como determinar la existencia de patrones pulsionales o potenciales de acción innatos que mediatisan el vínculo precoz del bebé y la madre: la succión, el agarre o prensión, el seguimiento, el llanto y el grito y la sonrisa¹⁸.

Durante la primera hora de vida, el bebé permanece en estado de alerta tranquila, con los ojos abiertos, la mirada brillante, atención hacia la fuente de estímulo, con mínimos movimientos y receptivo al entorno. Este periodo dura aproximadamente entre cuarenta y cinco y sesenta minutos. Pasado este tiempo el bebé cae en un sueño profundo que dura de tres a cuatro horas.

Numerosos estudios demuestran que la manera en que se desarrolla el cerebro está fuertemente afectada por las relaciones tempranas del bebé, especialmente las que establece con su madre. Peter Fonagy (2004), psicólogo y psicoanalista; correlaciona el apego seguro con la capacidad reflexiva del niño. Según estas investigaciones en el proceso madurativo del recién nacido la participación de la figura de apego sería un elemento clave.

Laura Gutman refiere que “*Los niños amados y amparados son pacientes, comprensivos y respetuosos. Ellos entienden el mundo tal y como lo viven. Dentro del amor y la dedicación, lo sienten como amoroso e infinito; pero si viven el desamparo y*

el vacío afectivo, lo entienden como un lugar hostil del que hay que protegerse. [...] La felicidad sólo va a depender de nuestra capacidad de amar y ser amados.³⁴"

Importante relevancia posee también la *vinculación prenatal* para la vinculación que se da tras el parto. Todos los acontecimientos e influencias vividas durante la gestación van a condicionar el futuro desarrollo de la relación mamá-bebé y estarán presentes desde el primer contacto visual⁴¹.

Para Brazelton y Cramer (1990)⁸, será básico valorar si se planeó el embarazo, si se deseaba al niño, si ha habido complicaciones durante la gestación y el apoyo recibido de familiares y amigos.

Numerosos estudios han demostrado que el feto intraútero es un ser humano consciente y tiene vida emocional, por ello los patrones de sentimiento que su madre atraviese a lo largo del embarazo van a repercutir de manera importante en el desarrollo emocional futuro de su hijo. Esta influencia afectará a tendencias como la seguridad y la autoestima³³.

La unión emocional comienza desde el mismo momento de la concepción y se irá profundizando durante el embarazo, viéndose reforzados por hechos como: escuchar el corazón fetal, notar sus movimientos u observar al feto por ecografía. Pero es en el tercer trimestre cuando alcanzará una importancia significativa, que se evidenciará, según Taylor (1990), por los denominados comportamientos de anidación tales como: preparar el cuarto del lactante, las expectativas sobre el género, apariencia y temperamento, y la elección de nombre³³.

Por último, podríamos concretar que existen una serie de pasos progresivos en el tiempo que constituirán la afectividad de la madre por su hijo: Planificación del embarazo, confirmación, aceptación, descripción de movimientos fetales, aceptación del feto como individuo, el nacimiento, el contacto con el bebé y la provisión de cuidados (Kennel)¹⁹.

El *rol del padre como sostén y apoyo emocional* juega un papel trascendental en esta vinculación temprana. Los recién nacidos están inicialmente predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal. El apego múltiple, establecido con figuras secundarias, será cualitativamente diferente del establecido con la figura principal. Esta monotropía llevó a considerar que la situación más favorable para el niño era establecer un vínculo afectivo principal con la madre. En cualquier caso los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas con el bebé².

La vinculación prenatal del bebé con la “figura paterna” se basaría según Brazelton en que intraútero el “*hombre de apego*” puede constituir un acontecimiento significante para la madre que va a traducirlo en informaciones sensorial que modifica la ecología del bebé en el vientre¹⁴.

Hoy en día se admite que ambos progenitores pueden desarrollar conductas de apego de igual calidad de vínculo con el recién nacido. Pero en los primeros meses de vida, especialmente si la alimentación es lactancia materna, el hábitat-entorno del bebé es casi sinónimo de la madre. En este caso la figura del padre estaría mediatisada por la

madre y, en un primer momento, el padre cumple la función de favorecer el entorno, tan necesario para el correcto desarrollo como persona del recién nacido. El padre interviene ayudando a la madre y preservando la diáda madre-lactante, aportando a la madre (en cuanto a entorno) sentimientos de seguridad y de amor que ésta transmite al hijo⁴⁶. Tiene una función facilitadora del proceso de vínculo dentro de la unidad familiar, denominada Unidad Originaria por el Dr. Pérez-Sánchez².

Numerosos autores que han hecho aportes a la teoría del apego han coincidido en la existencia de una participación conjunta de la madre con el recién nacido que Dolto³³ (1988) calificó como “*Díada Relacional*”, que derivaría en una triangulación madre-padre-hijo. El padre aportaría contención, comprensión, cuidado, regularidad, escucha y atención². Para Laura Gutman; psicoterapeuta familiar y discípula de Dolto; “*La función del padre es la de apoyar emocionalmente a la madre para que pueda apoyar emocionalmente al hijo*”³⁴.

Por este motivo he centrado mi valoración de la instauración del vínculo, fundamentalmente, en la diáda madre-bebé como ser fusionado emocionalmente desde los inicios de la gestación.

La forma de medir la vinculación supone un verdadero reto en el recién nacido ya que el apego es un constructo que no puede ser observado directamente, por esta razón se debe inferir a partir de los comportamientos del individuo (Solomon y George, 1999).

Son escasos los instrumentos publicados para la valoración del comportamiento del neonato y su aportación en la interacción en la conducta de apego. Esther Bick propone la “*Técnica de observación de bebés*” basada en una observación no participante de la dinámica familiar para una reflexión posterior pero no permite medir ni parametrizar el vínculo. Además de ser escasos nos encontramos con que la mayoría de ellos están elaborados para bebés o niños de edades más avanzadas, no recién nacidos, donde ya han adquirido otra serie de habilidades y comportamientos que favorecen esta observación y donde la valoración del vínculo tiene carácter retrospectivo. Esto último cobra gran importancia cuando nos planteamos una valoración precoz donde se puedan detectar de manera temprana alteraciones en el proceso de apego que pudieran reconducirse o paliarse de forma que perjudiquen lo menos posible el desarrollo del recién nacido.

Debido a las dificultades mencionadas y a mi intención de unir en una sola herramienta de medida la valoración de la diáda en su conjunto; me surge la necesidad de elaborar una escala propia que aúne ambos criterios y cuya finalidad sea la evaluación de la instauración del vínculo afectivo temprano entre la madre y su bebé a través de mediciones objetivas de los patrones de interacción de ambos y que se adapte de forma más específica a los cuidados enfermeros.

“*La capacidad de amar está en gran medida determinada por las primeras experiencias durante la vida fetal y el periodo cercano al nacimiento. Los efectos más importantes en el ser humano son los efectos que se producen en el periodo perinatal.*”

Michel Odent

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

Elaborar y validar un cuestionario para valorar la instauración del vínculo afectivo madre-reciente nacido analizando la fiabilidad interobservador y consistencia interna, la viabilidad y validez.

Objetivos Específicos de la Validación del cuestionario:

Determinar la viabilidad del cuestionario analizando el tiempo necesario para la observación, la claridad de las preguntas y la adecuación del registro.

Analizar la fiabilidad del cuestionario mediante el estudio de la consistencia interna a través del alpha de Cronbach y de la fiabilidad interobservador a partir del índice de Kappa.

Determinar la validez de contenido del instrumento mediante la opinión de expertos y la validez de constructo mediante el Análisis Factorial.

Además se analizará la asociación de la aparición de vínculo con la presencia de contacto precoz, el tiempo transcurrido hasta su inicio y su duración, tipo de parto, inicio de lactancia en primera hora de vida, ropa con la que se viste al recién nacido, presencia del padre en el parto, y separación para la exploración pediátrica.

4. METODOLOGÍA Y DISEÑO

4.1 *Tipo de Estudio:*

Se trata de un estudio de validación de un instrumento de medida de la instauración del vínculo afectivo entre la madre y su hijo recién nacido.

También se analizará la instauración del vínculo afectivo en relación con las variables del estudio.

4.2 *Población de estudio:*

La población objeto de estudio han sido todas las mujeres y sus recién nacidos sanos, nacidos a término (entre la 37 y la 42 semana de gestación), que habiendo parido en la Policlínica Guipúzcoa permanecieron ingresadas durante al menos 48h. Se estudiaron los partos eutópicos, los instrumentados y las cesáreas.

A pesar de que consideramos que el papel del padre es muy importante para fortalecer los lazos afectivos, no lo incluiremos en nuestro estudio ya que es con la madre con la que, generalmente, el recién nacido establece el primer contacto y debido al tiempo limitado para la realización de este trabajo se ha priorizado la vinculación con la madre.

Criterios de inclusión

- Mujeres que den a luz entre la 37 y 42 semanas de gestación.
- Recién Nacidos a término (37-42 semanas de gestación)
- Recién Nacidos con peso de nacimiento (2,300-4,500 Kg)

Criterios de exclusión

Neonatales:

- Recién nacidos que precisen ser trasladados a otro centro por complicaciones o patología.
- Ingreso neonatal en U.C.I.
- Puntuación de Apgar a los 5 minutos ≤ 7 .
- pH $\leq 7,20$ y exceso de base ≤ -8 en arteria umbilical.

Maternos:

- Mujeres con patologías graves o psiquiátricas que imposibilite la valoración de su interacción con el recién nacido.
- No poder llevar a cabo el periodo de observación por alta voluntaria o traslado a otro centro.

Se obtuvo una muestra de conveniencia para la realización del estudio de 62 diádas madre-recién nacido, que fueron atendidos en el servicio de maternidad desde el día 19 de Febrero de 2013 hasta 30 de Abril de 2013. El muestreo fue no probabilístico como es habitual en los estudios de validación.

Respecto al número de diádas que debían conformar la muestra, al no existir consenso uniforme entre las investigaciones revisadas, se han seguido las recomendaciones de Martín Arribas³⁵ que recomienda para la validación un número de 30-50 individuos.

4.3 Recogida de Información

El proceso de recogida de datos del instrumento para medir el vínculo, se llevó a cabo simultáneamente por dos matronas (Observadora A y Observadora B) de la unidad de atención materno-infantil.

La cumplimentación de todo el cuestionario se realizó a través de la observación acordando previamente, que se realizaría siempre que al menos una de las dos matronas hubiera acompañado a la diáda en el periodo de ingreso previo al parto para poder realizar la valoración prenatal y durante el parto para la recogida de los datos referentes al primer contacto.

Se consideró realizar la observación, al menos durante una interacción donde la madre alimentara al recién nacido, complementando con otros períodos de observación. Se definieron otros períodos de observación aprovechando las visitas del puerperio que se realizan a lo largo del día para observar más detenidamente otras emociones, conductas o habilidades que pudieran surgir, en la interacción entre los padres y el recién nacido durante esas primeras horas postparto. Otra de las condiciones era que la madre estuviera tranquila, a poder ser acompañada únicamente por el padre.

El periodo de tiempo estipulado para la recogida de los datos sobre cada diáda de madre-recién nacido fueron las primeras 24 horas postparto.

Los lugares de observación fueron la habitación que hace las veces de sala de dilatación y sala de despertar y el paritorio o quirófano en el caso de las cesáreas.

Cabe destacar, en cuanto a las condiciones de observación, que la política del hospital respecto a las cesáreas, y por supuesto partos, es la de permitir la presencia del padre en el quirófano durante todo el periodo que la madre permanece en él, así como el contacto precoz del recién nacido bajo criterio de matrona, pediatría y anestesia.

El resto de variables se recogió a partir de la revisión de la historia clínica y de la valoración de enfermería al ingreso.

4.4 Elaboración del Cuestionario

Para la elaboración del cuestionario se tomó como punto de partida la bibliografía obtenida tras la revisión bibliográfica inicial. Se organizó en cuatro apartados:

1. Variables demográficas y relacionadas con la gestación y el parto
2. Cuestionario para la valoración del vínculo en el periodo prenatal a través de la observación y la historia clínica
3. Instrumento de valoración del vínculo materno (principalmente) y paterno
4. Valoración neonatal.

La elaboración de los ítems del instrumento de valoración del vínculo materno-recién nacido (VIMAREN), su adecuación en cuanto a forma y contenido y tipo de recogida (observación directa) se realizó a través de la revisión bibliográfica y fue elaborado por la autora del este estudio.

Se solicitó la opinión de cinco expertas (dos matronas, una psiquiatra infantil, una psicóloga y una ginecóloga) a quiénes se pidió valoraran con una escala de mala, regular, buena y excelente los ítems en cuanto a: cantidad, adecuación a la medida del vínculo, claridad, factibilidad, tipo de recogida (observacional y medida dicotómica de las variables); así como que destacaran los cinco más importantes y lo que menos para la medición del vínculo (*ver Anexos 3 y 4*).

La formulación de los ítems se realizó de forma positiva, de manera que a mayor proporción de respuestas positivas mayor vinculación afectiva se presupone.

4.5 Validación del Cuestionario

El proceso de validación del cuestionario se ha llevado a cabo en dos fases; en la primera fase se ha analizado la viabilidad del estudio y en la segunda la fiabilidad y validez del mismo.

La **viabilidad** del estudio se ha determinado mediante la cumplimentación de un total de 21 encuestas en una fase previa al estudio que sirvió como entrenamiento a las dos observadoras.

La claridad así como la viabilidad del registro y la codificación de los datos se obtuvo tanto de la opinión de ambas observadoras como de la opinión de expertos.

En una segunda fase se ha llevado a cabo el análisis de la **fiabilidad**³⁶, entendida como el grado en que un instrumento mide con precisión, libre de error. En esta fase se ha determinado la consistencia interna del cuestionario mediante la determinación del alpha de Cronbach y el Indice Kappa para la concordancia interobservador.

Finalmente se ha determinado la **validez**³⁶ del cuestionario respecto a su capacidad para medir aquello para lo que ha sido diseñado.

La validez de contenidos se ha realizado a través de la revisión de la literatura existente y a través de la opinión de expertos. Cada ítem ha sido elaborado y redactado en base a la bibliografía existente, ajustando criterios en lo que a observación se refiere y con la finalidad de recoger de la forma más adecuada posible la interacción y los comportamientos entre la madre y su hijo recién nacido (*ver Anexo I*).

Y la validez de constructo se ha determinado mediante un Análisis Factorial de componentes principales.

La validez de Criterio no se ha podido llevar a cabo por no disponer de un Gold Standard de referencia para su comparación.

4.6 Variables de Estudio

Las variables de las que consta el trabajo se han agrupado en cuatro apartados:

1) Variables demográficas y sanitarias (ver Tabla 1 del Anexo I):

- Edad en años
- Gestación: Paridad (Primigesta/ Secundigesta/ Multigesta), Curso del embarazo (Norma/ Patológico), Edad Gestacional (Término/ Pretérmino/ Postérmino)
- Parto: Tipo de parto (Eutóxico/ Distóxico/ Cesárea), Modo de inicio de parto (Espontáneo/ Inducido), causa de la inducción, Analgesia (Ninguna/ Epidural/ Intradural/ General).
- Recién Nacido: Sexo (Mujer/ Hombre), Peso en Kg, Apgar al minuto de vida (≥ 7 ó <7) y pH de Cordón Umbilical ($> 0 = 7.20$ ó < 7.20).
- Evolución Primer Contacto: Minutos de inicio del primer contacto tras el nacimiento (minutos), duración del primer contacto (minutos), contacto piel con piel (si/no), ropa que lleva el recién nacido (Desnudo + Toalla, Pañal + Toalla, Ropa + Toalla), separación para la exploración por el pediatra (si/no), lactancia materna (si/no), inicio de la lactancia en la primera hora de vida (si/no), presencia del padre en el nacimiento (si/no) y contacto precoz del padre con el recién nacido (si/no).

2) Variables relacionadas con la instauración del vínculo afectivo en el periodo prenatal (ver Tabla 2 del Anexo I):

“Durante el embarazo y los nueve meses de adaptación, física y psicológica, al feto en crecimiento, hay una progresión de etapas que se podrían describir como los albores del vínculo”⁸.

P.1 Aceptó el embarazo

P.2 Recibió atención prenatal y control de la gestación

P.3 Acudió a clases de preparación a la maternidad

P.4 Pensó en nombres posibles

P.5 Personalizó al feto (describió movimientos fetales, manifestó interés por su apariencia)

P.6 Planeó las necesidades infantiles

P.7 Gestación sin patologías

P.8 El padre ha sido participativo durante la gestación

P.9 Hace referencia al periodo de la gestación como una época feliz

P.10 Existe vinculación prenatal materna con el recién nacido (según tu percepción como profesional)

P.11 Existe vinculación prenatal paterna con el recién nacido (según tu percepción como profesional)

3) Variables Maternas (ver Tabla 3 del Anexo 1):

1. Expresa felicidad/alegría por la llegada de su hijo o hija
2. Llama al recién nacido por su nombre
3. Comentarios cálidos sobre su hijo o hija
4. Aprecia de forma realista la apariencia física del recién nacido
5. Acepta el sexo del recién nacido
6. Desea y pide estar cerca del recién nacido. (Desea cohabitar con él / ella las 24 horas)
7. Coge al recién nacido de la cuna y lo mantiene cerca aunque no esté lactando (lo sostiene de forma activa)
8. Busca y observa al recién nacido. (Busca contacto visual y cara a cara)
9. Toca al recién nacido, le acaricia
10. Sonríe al recién nacido
11. Besa al recién nacido
12. Se dirige hacia él / ella y le habla en términos afectivos

13. Desea alimentarlo con Lactancia Materna
14. Muestra interés por la lactancia (disponibilidad, contacto) y por “aprender” a dar el pecho (postura, agarre, tomas a demanda)
15. Expresa gratificación por alimentar a su hijo o hija
16. El padre está presente durante el ingreso
17. El padre apoya, protege y cuida a la diáda madre-bebé
18. Expresa molestias dentro de la fisiología (entuertos, metrorragia, inflamación periné, molestias mamas) que no condicionan los cuidados del bebé
19. Responde cuando el lactante llora o está molesto (Interpreta y atiende las necesidades de su hijo) Responde de forma sensitiva y apropiada al recién nacido
20. Se interesa por aspectos relacionados con los cuidados del recién nacido y solicita ayuda
21. Disfruta de atender al lactante
22. Expresa placer y gratificación con su nuevo rol maternal
23. Refiere como una vivencia positiva del nacimiento de su hijo o hija
24. Ha adquirido competencias conductuales maternas (según tu opinión como profesional)
25. Se ha vinculado la madre con el recién nacido (según tu percepción como profesional)
26. Se ha vinculado el padre con el recién nacido (según tu percepción como profesional)

4) Variables Neonatales (ver Tabla 4 del Anexo 1):

1. Llanto fisiológico que cede al atender las necesidades del recién nacido
2. Mirada. Contacto ocular con su madre.
3. Discriminación olfatoria hacia el olor de su madre
4. Discriminación auditiva hacia la voz de su madre.

5. Buen tono general
6. Reflejo de agarre o prensión.
7. Mantiene manos abiertas cuando está tranquilo
8. Mantiene estado de alerta tranquila
9. Succiona
10. Se orienta hacia el pecho
11. Se consuela cuando su madre le atiende

4.7 Codificación y Tabulación de los Datos (ver Anexo I)

Se codificaron como cuantitativas la edad materna, el peso del recién nacido, los minutos transcurridos hasta el inicio del primer contacto y la duración del mismo. La paridad, edad gestacional, tipo de parto, analgesia y vestimenta del recién nacido como cualitativas ordinales, siendo el resto todas Cualitativas Nominales Dicotómicas con posibilidad de respuesta si/no.

Para el análisis final se crean tres variables cuantitativas que serían el sumatorio de los ítems maternos, sumatorio de los ítems del recién nacido y un sumatorio conjunto como medida de valoración del vínculo instaurado.

Los datos se registraron directamente en el paquete estadístico SPSS 19.0.

4.8 Análisis Estadístico de los Datos

Inicialmente se realizó una descripción estadística de las variables sociodemográficas y sanitarias, expresando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar en variables cuantitativas normales.

Para determinar la fiabilidad del cuestionario se comprobó su consistencia interna, determinando la correlación media entre los ítems que lo componen mediante el método estadístico de alpha de Cronbach⁴⁸ con valores comprendidos entre 0 y 1 y aceptando valores superiores a 0.70 como indicadores de buena consistencia interna. Se realizó el alpha tanto para cada apartado del cuestionario: Valoración prenatal, Valoración Materna y Valoración del Neonato así como para cada una de las dimensiones subyacentes que determinó el análisis factorial de estas dos últimas.

El índice de Kappa para determinar la concordancia interobservador, entendida como el grado de acuerdo existente entre dos evaluadores que observan los mismos sujetos con el mismo instrumento. Para la interpretación del índice Kappa (k) se ha seguido la clasificación de Fleiss³⁷ ($k > 0.75$ acuerdo excelente, $0.75 \geq k \geq 0.40$ acuerdo bueno y $k < 0.40$ pobre acuerdo).

Y finalmente, para determinar la validez de constructo, se ha realizado un análisis factorial. Dicho análisis tenía por objetivo la búsqueda de factores subyacentes que pudieran explicar la asociación entre las diferentes variables que componen el cuestionario. Se trata de un análisis exploratorio para calibrar el modelo teórico planteado. Se consideraron los criterios para realizar un análisis factorial, el determinante de la matriz de correlaciones, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) aceptando valores mayores de 0,70 como adecuación “Normal” de la muestra y entre 0,60 y 0,70 como “Medioocre”; y el Test de esfericidad Bartlett para determinar la relación significativa entre las variables del análisis. El número de factores subyacentes seleccionados lo han determinado el número de autovalores estrictamente mayores que el valor 1 en las correspondientes matrices de correlación. Se ha llevado a cabo una rotación ortogonal de los factores mediante rotación Varimax para la agrupación e interpretación de los factores obtenidos⁴⁸.

Para el análisis de los objetivos relativos a la aplicación de la herramienta elaborada y validada del trabajo se plantea el test estadístico de correlación de Pearson para determinar la asociación entre la puntuación total de vinculación y los minutos transcurridos hasta el inicio del primer contacto así como la duración del mismo. La correlación de Spearman se ha planteado para la asociación del grado de vinculación, tanto en el componente materno como en el del recién nacido, con variables cualitativas como la existencia de contacto precoz, el tipo de parto, el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, la ropa con la que se viste al recién nacido, la separación del recién nacido para la exploración pediátrica y la presencia del padre en el parto. Se ha analizado también la correlación entre el grado de vinculación con cada tipo de parto: eutócico, distócico y cesárea. Se han considerado estadísticamente significativas aquellas asociaciones de contraste con un p-valor menor de 0,05.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 19.0.

4.9 Consideraciones Éticas

El paso inicial para el desarrollo del trabajo fue solicitar la autorización a la dirección del centro para la puesta en marcha del trabajo. La dirección no solo no puso obstáculo, sino que mostró gran entusiasmo por la iniciativa y por la mejora de la calidad en la atención materno-infantil.

Tras valorar y sopesar la idea del consentimiento informado de participación para las madres-padres con profesionales expertos en ética y legislación se decidió no proporcionarles consentimiento informado por considerar que podía suponer un sesgo de información el hecho de que se supieran observados pudiendo llevar a cabo conductas no espontáneas de apego (Efecto Hawthorne).

En el desarrollo del trabajo se han tenido en cuenta Ley Orgánica 5/1992 de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal³⁸, la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal³⁹, y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos en materia de información y documentación clínica⁴⁰.

5. RESULTADOS (ver Anexo 2)

La muestra consistió en un total de 62 diádas de madre y recién nacidos. La media de edad de las madres fue de 34,32 (D.E:4.032) años, con un rango de edad comprendido entre 27 y 43 años. La moda de edad fue de 35 años. De toda la muestra el 66,1 % eran primigestas, el 21 % secundigestas y un 12,9 % multigestas. En lo que al curso de la gestación se refiere un 87,1% llevaron a cabo la gestación sin ningún tipo de complicación y solo el 12,9 % presentaron complicaciones tales como: diabetes, hipertensión arterial, hidramnios o toxoplasmosis activa (*ver Tabla 5 del Anexo 2*).

De la edad gestacional cabe destacar que todos los partos tuvieron lugar a término.

Del total de los partos un 58,2% fueron eutópicos, un 24,2% distópicos, siendo todos ellos ventosas y el 17,7% de los nacidos lo hicieron por cesárea. En cuanto al modo de inicio del trabajo de parto un 65% de mujeres lo hicieron de forma espontánea destacando un elevado número de inducciones que serían un 35% de los partos.

En cuanto al modo de alivio del dolor elegido por las madres de nuestro estudio encontramos que un 87,1% recibieron analgesia epidural, siendo el 9,7% de mujeres las que dieron a luz sin ningún tipo de anestesia y un 3,2% recibieron analgesia intradural.

Respecto a los resultados neonatales de esta muestra en la que el 43,5% de los nacidos resultaron mujeres y un 56,5% hombres podemos resaltar que obtuvieron excelentes resultados neonatales obteniéndose solo 4 casos de los 62 de Apgar < a 7 al minuto de vida, y siempre > de 5 y presentando un 95,16% de ellos un pH de Cordón umbilical superior a 7,20; desprendiéndose de ello que los neonatos tuvieron una buena adaptación a la vida extrauterina en la totalidad de los casos. En cuanto a sus pesos cabe destacar que la media fue de 3,426 (D.E:4,87) Kg, con un rango de pesos comprendido entre 2,480 y 4,380 Kg.

El análisis de la progresión del primer contacto muestra que la media de inicio de ese primer contacto fue a los 5,79 (D.E:17) minutos, con un rango que va desde los 0 a los 90 minutos. El porcentaje de diádas que iniciaron el contacto a los 0 minutos fue de 66,1%, 13,5 lo hicieron a los 5 minutos, 1,6% a los 60 y 90 minutos. En cuanto a la duración de este primer contacto cabe destacar que la media fue de 52,42 (D.E:28.58) minutos, y la mediana de 60 minutos con un 17,74% de diáadas con dicha duración; contemplándose una duración máxima de 120 minutos y mínima de 3 minutos. La proporción de diáadas que permaneció unidas 50 minutos o más fue de 58. Las diáadas que menos contacto disfrutaron suponen un porcentaje acumulado de 3,2% y lo hicieron durante, mínimo 3 y 4 minutos. El percentil 50 de la muestra se encontraría en los 60 minutos de contacto.

La proporción de diáadas que disfrutó de contacto piel con piel fue de 80,6. De ellas el 77% de recién nacidos se encontraban desnudos y tapados con una toalla, el 9,8% llevaba pañal más la toalla y al 13,1% se les vistió con camiseta abierta por delante más pañal coincidiendo estos con aquellos que iniciaron el contacto pasados unos minutos.

Para la exploración por parte del pediatra se produce separación física en el 53,2% de los recién nacidos, realizándose la exploración sobre el abdomen materno o posponiéndola en el 46,8% restante.

El 85,5% de madres deseaban alimentar con lactancia materna a su hijo/a pudiendo llevarlo a cabo, en la primera hora de vida, el 80,6% de las que lo deseaban.

El padre estuvo presente en el 93,5% de los nacimientos, estando acompañadas por la persona que ella eligió en el 6,5% restante. El 9,7% de los padres realizaron contacto precoz con sus hijos coincidiendo con casos en los que la madre no pudo hacerlo.

5.1 Análisis de la viabilidad

En el análisis de la viabilidad llevado a cabo en una fase inicial se detectaron puntos de mejora de los ítems iniciales que fueron mejorados en la elaboración de la encuesta definitiva como la eliminación del ítem 12 (sonrisa del recién nacido) por observar que en todas las encuestas previas estos ítems quedaban sin llenar.

El tiempo necesario para la cumplimentación del cuestionario que resultó de 12,45 (D.E 4,16) minutos para la observadora A y de 13,31 (D.E: 5,08) minutos para la observadora B.

La claridad resultó positiva y la viabilidad del registro y la codificación de los datos adecuada tanto por la opinión de ambas observadoras como por la de las expertas. Las expertas vieron adecuada la recogida observacional, la codificación dicotómica y no cambiarían por encuesta auto-cumplimentada.

5.2 Análisis de la fiabilidad

Índice Kappa

El Índice Kappa demuestra que la fuerza de la concordancia interobservador en las variables maternas puede considerarse “Excelente” en los ítems 2,3,5,6,7,8,9,12,13,14,15,16,19,20,22, 25 y 26; y “Buena” en el resto (*ver Tabla 7 del Anexo 2*).

Respecto a las variables del recién nacido sólo las variables 2 (Contacto ocular con su madre) y 10 (se orienta hacia el pecho) presentan una concordancia “Excelente”, el resto de los ítems presentan “Buena” concordancia; salvo el ítem 6 (reflejo de agarre o prensión) donde no hay asociación estadísticamente significativa entre los observadores (*ver Tabla 8 del Anexo 2*).

Alpha de Cronbach

La consistencia interna de las variables prenatales de valoración del vínculo presenta un alpha de 0,802 demostrando una buena consistencia. Respecto al Ítem 2

(Control de la gestación) presenta varianza 0 luego se aconsejaría eliminar del cuestionario.

Para la consistencia interna de las variables maternas se obtuvo un valor alfa de Cronbach global del cuestionario de 0,932 lo cual nos indica una elevada consistencia interna o coherencia entre los ítems.

Además, para analizar la contribución de cada ítem a la consistencia interna del cuestionario se midió el coeficiente “Alfa de Cronbach total si se elimina el ítem del cuestionario”, obteniendo todos los ítems valores superiores a 0,9. Se puede afirmar que la consistencia interna de los ítems es muy buena, por lo que se mantendrían todos los ítems.

Además se realizó un Alfa de Cronbach para cada una de las cinco subdimensiones maternas determinadas por el análisis factorial resultando todas ellas, menos la quinta, con gran consistencia interna. Resultando el alpha del factor 1 de 0,899, de 0,812 el del factor 2, 0,849 el del tercer factor, el factor materno 4 presenta un alpha de 0,822 y el cinco de 0,680.

En el análisis de la consistencia interna de las variables neonatales se obtuvo un alpha de 0,838 que indica una elevada consistencia interna o coherencia entre los ítems. Los valores alpha si se elimina el elemento resultando todos mayores de 0,799 determinando mantener todos los ítems del cuestionario.

En el análisis del Alfa de Cronbach para cada una de las cinco subdimensiones neonatales fue de 0,845 para el factor 1, de 0,810 el del factor 2, 0,795 el del tres, 0,797 el del cuatro y finalmente -0,056 que determina la ausencia de consistencia interna de este quinto factor por lo que convendría su eliminación o reformulación. Excepto para este último, análisis factorial determina para todas ellas una gran consistencia interna.

5.3 Análisis de la validez de Contenido a través de la Opinión de Expertas (ver Anexo 3 y 4)

Se ha contado con la opinión de expertas como parte de la validez del contenido de la herramienta. Éstas consideraron como ítems más adecuados para la medición del vínculo materno el 6 (Desea y pide estar cerca del recién nacido. Desea cohabitar con él / ella las 24 horas), el 7 (Coge al recién nacido de la cuna y lo mantiene cerca aunque no esté lactando), el 8 (Busca y observa al recién nacido.), el 9 (Toca al recién nacido, le acaricia), el 12 (Se dirige hacia él / ella y le habla en términos afectivos), el 19 (Responde cuando el lactante llora o está molesto / Interpreta y atiende las necesidades de su hijo / responde de forma sensitiva y apropiada al recién nacido), el 21 (Disfruta de atender al lactante) y el 2 (Mirada. Contacto ocular con su madre), 4 (Discriminación auditiva hacia la voz de su madre), y 11 (Se consuela cuando su madre le atiende) para la vinculación del recién nacido. Hicieron lo mismo con los que consideraban de menor importancia calificando de prescindibles del cuestionario los ítems “sonrisa” y “mirada” del recién nacido.

Consideraron “adecuada” la extensión de la herramienta, “Suficiente” la presencia del padre en el cuestionario cuatro de ellas, “Buena” la validez global del

contenido de la herramienta y la percepción general del cuestionario resultó “Muy buena” a la mayoría.

5.4 Análisis de la validez de Constructo mediante Análisis Factorial

A través del análisis factorial de la correlación entre las **variables maternas** del cuestionario se determinan 5 factores o dimensiones subyacentes que explicarían la asociación entre las diversas variables que componen esta parte del cuestionario (*ver Tabla 13 del Anexo 2*).

Los ítems 16, 17 y 26 se han sacado del análisis por presentar ya de forma inicial una correlación especial entre ellos que correspondería a la “Dimensión paterna”.

La medida de adecuación muestral (KMO) resulta de 0,762 de lo que se interpreta que la adecuación de la muestra es normal con una p significativa en el test de esfericidad Bartlett que indicaría que existe una buena consistencia interna en las variables que componen estas dimensiones (*ver Tabla 11 del Anexo 2*).

Se observa una alta communalidad, entendida como la proporción de variabilidad de cada ítem explicada por la asociación de estos factores subyacentes. La asociación de estos cinco factores explicaría mínimo el 48% de la variabilidad de cada una de las variables.

Los cinco factores (o componentes subyacentes) hallados en la madre podrían explicar el 70,976% de la varianza total. Cabría destacar que sólo el primero de ellos es capaz de explicar el 43,15% de la misma, con la suma del segundo explicaría un 52,532%, el tercero añadiría un 60,293% y el con el cuarto se explicaría el 66,303.

Por la matriz de componentes rotados a través de rotación Varimax (*ver Tabla 14 del Anexo 2*) podemos determinar la concordancia entre los siguientes ítems y clasificarlos en función de los componentes subyacentes.

El *primer factor subyacente* aglutinaría principalmente las variables 3 (Comentarios cálidos sobre su hijo/hija), 4 (Aprecia de forma realista la apariencia física del recién nacido), 9 (Toca al recién nacido, le acaricia), 12 (Se dirige hacia él/ella y le habla en términos afectivos), 19 (Responde cuando el lactante llora o está molesto), 20 (Se interesa por aspectos relacionados con los cuidados del recién nacido y solicita ayuda), 21 (Disfruta de atender al lactante).

El *segundo factor* se relacionaría con las variables 6 (Desea y pide estar cerca del recién nacido. Desea cohabitar con él/ella las 24 horas), 11 (Besa al recién nacido), 13 (Desea alimentarlo con lactancia materna), 14 (Muestra interés por la lactancia materna-Disponibilidad, contacto- y por “aprender a dar el pecho”), 15 (Expresa gratificación por alimentar a su hijo).

El *tercer factor* se relaciona con las variables 1 (Expresa felicidad por la llegada de su hijo/hija), 23 (Refiere como vivencia positiva el nacimiento de su hijo/hija), 24 (Ha adquirido competencias conductuales maternas), 25 (Se ha vinculado con el recién nacido).

El *cuarto factor* se relaciona con las variables 7 (Coge al recién nacido de la cuna y lo mantiene cerca aunque no esté lactando; lo sostiene de forma activa), 8 (Busca y observa al recién nacido; busca contacto visual y cara a cara), 10 (Sonríe al recién nacido), 22 (Expresa placer y gratificación con el rol maternal).

Finalmente un *quinto factor* subyacente que pondría en relación, principalmente, las variables 2 (llama al recién nacido por su nombre) y 5 (Acepta el sexo del recién nacido) y podría recoger también la 4 (Aprecia de forma realista la apariencia física del recién nacido), 6 (Desea cohabitar con el recién nacido), 11 (besa al recién nacido).

A través del análisis factorial de la correlación entre las **variables neonatales** del cuestionario se determinan 5 factores o dimensiones subyacentes que explicarían la asociación entre las diversas variables que componen esta parte del cuestionario (*ver Tabla 17 del Anexo 2*).

Se observa una alta comunalidad, entendida como la proporción de variabilidad de cada ítem explicada por la asociación de estos factores subyacentes. La asociación de estos cinco factores explicaría mínimo el 60% de la varibildad de cada una de las variables.

La medida de adecuación muestral (KMO) resulta de 0,642 de lo que se interpreta que la adecuación de la muestra es mediocre con una p significativa en el test de esfericidad Bartllet que indicaría que existe una buena consistencia interna en las variables que componen estas dimensiones (*ver Tabla 16 del Anexo 2*).

Los cinco factores (o componentes subyacentes) hallados en el recién nacido podrían explicar el 75,578% de la varianza total. Cabría destacar que sólo el primero de ellos es capaz de explicar el 40,92% de la misma, con la suma del segundo explicaría un 52,766%, el tercero añadiría un 61, 739% y el con el cuarto se explicaría el 69,365.

Por la matriz de componentes rotados a través de rotación Varimax (*ver Tabla 18 del Anexo 2*) podemos determinar la concordancia entre los siguientes ítems y clasificarlos en función de los componentes subyacentes.

El *primer factor* subyacente aglutinaría las siguientes dimensiones teóricas: Ítem 2 (Mirada, Contacto ocular con su madre), 3 (Discriminación olfatoria hacia el olor de su madre) y 4 (Discriminación auditiva hacia la voz de su madre).

El *segundo factor* aglutinaría los ítems los ítems 1 (llanto fisiológico que cede al atender las necesidades del recién nacido), 9 (suciona), 10 (se orienta hacia el pecho) y 11 (se consuela cuando su madre lo atiende). Cabría destacar que los ítems 1, 10 y 11 se encontrarían muy interrelacionados.

El *tercer factor* acogería las variables 5 (Buen tono general) y 8 (Mantiene estado de alerta tranquilo) con una fuerte asociación.

El *cuarto factor* se relaciona con las variables 6 (Reflejo de agarre) y 7 (Mantiene manos abiertas cuando está tranquilo). El cuarto factor se relaciona con las variables 6 (Reflejo de agarre) y 8 (Alerta tranquila). Los factores 4 y 5 podrían unificarse en uno solo al estar muy solapados entre sí y al presentar el factor 5 menor

consistencia interna de sus ítems con un alpha menor del 0,8 que indicaría buena consistencia.

Como objetivos específicos de la aplicación de la herramienta elaborada y validada en el estudio se analizó la correlación entre el grado de vinculación medido por la escala y las variables del estudio (ver Tabla 19 del Anexo 2).

Se ha determinado mediante el test de Pearson que no hay asociación significativa entre **la duración del primer contacto** y el grado de vinculación materna ($p=0,260$), neonatal ($p=0,098$), ni con la suma de ambas ($p=0,173$) pero sí la hay en el caso del **tiempo transcurrido hasta en inicio de este primer contacto entre la madre y el recién nacido**. Presenta una asociación significativa e inversa con el grado de vinculación tanto materno ($p=0,024$), como neonatal ($p=0,002$) y total ($p=0,015$).

Mediante la correlación de Spearman ha quedado determinada la asociación estadísticamente significativa entre la **existencia de contacto precoz piel con piel** y el grado de vinculación materna ($p=0,032$), el grado de vinculación neonatal ($p=0,000$) así como entre la suma de ambos ($p=0,002$).

Hay asociación estadísticamente significativa entre el **inicio de la lactancia en la primera hora de vida** y el grado de vinculación materna ($p=0,000$), el grado de vinculación neonatal ($p=0,000$) así como entre la suma de ambos ($p=0,000$).

Hay asociación estadísticamente significativa e inversa entre **la ropa con la que se viste al recién nacido** en el momento del nacimiento y el grado de vinculación materna ($p=0,000$), el grado de vinculación neonatal ($p=0,000$) así como entre la suma de ambos ($p=0,000$).

Hay asociación estadísticamente significativa e inversa entre la **separación para la exploración por parte del pediatra** en el momento del nacimiento y el grado de vinculación materna ($p=0,004$), el grado de vinculación neonatal ($p=0,000$) así como entre la suma de ambos ($p=0,001$).

No hay asociación significativa entre **la presencia del padre en el momento del nacimiento** y el grado de vinculación materna ($p=0,111$), neonatal ($p=0,920$) ni con la suma de ambas ($p=0,225$).

Hay asociación estadísticamente significativa entre el **tipo de parto** y el grado de vinculación materna ($p=0,002$), el grado de vinculación neonatal ($p=0,001$) así como entre la suma de ambos ($p=0,001$). Existe asociación significativa entre el grado de vinculación y el parto eutócico ($p=0,001$), así como con la cesárea ($p= 0,021$) siendo esta última correlación inversa. No hay asociación entre el parto distócico y el grado de vinculación ($p=0,124$). Respecto a la relación entre el grado de vinculación y la duración del primer contacto en función del tipo de parto únicamente se demuestra asociación significativa en el parto eutócico ($p= 0,028$).

6. DISCUSIÓN, DIFICULTADES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS

El apego es un constructo que no puede ser observado directamente sino que debe ser inferido a partir del comportamiento de los individuos. De la observación de recién nacidos hay escasa bibliografía y la existente se centra en valoraciones más médicas y concretamente en el campo de la neurología pero poco hay escrito acerca de su comportamiento.

Uno de los estudios hallados que más se aproximaba es el estudio de Gil Casado B: Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo⁴¹ describe las manifestaciones emocionales espontáneas de la madre o la pareja en el parto de su hijo y en el puerperio, así como la temperatura y la conducta del recién nacido según el tipo de contacto materno inicial. La crítica este estudio en comparación con el presente es que no utiliza ningún cuestionario validado además de observar únicamente los 5 primeros minutos de vida.

Existen herramientas para la valoración del vínculo afectivo, pero ninguna de ellas para neonatos de horas de vida. En este estudio se presenta la elaboración y validación de un instrumento para valorar la instauración del vínculo afectivo entre la madre y su hijo recién nacido con el fin de poder ser aplicado en la práctica diaria y hacer posible la detección precoz de alteraciones que puedan afectar al desarrollo del recién nacido.

Por ello el presente trabajo y los resultados hallados harán posible la valoración de la instauración del vínculo afectivo en las primeras horas de vida.

En el ítem 6 del recién nacido “Reflejo de agarre o prensión” no hay asociación estadísticamente significativa entre los observadores luego se propondría su eliminación del cuestionario con el apoyo, además, de la opinión de expertos donde resultó ser, por unanimidad, una de las variables neonatales consideradas de menos trascendencia como indicador de vinculación afectiva.

En la Prueba de alpha de Cronbach para la valoración prenatal del vínculo aconsejaría, por la presencia de varianza igual a cero, eliminar en ítem: “*Recibió atención prenatal y control de la gestación*”. En este caso se podría deberse a que, al tratarse de un hospital privado, el grado de control de embarazo se podría presuponer mayor. Otra de las cuestiones que podrían determinar que el control del embarazo no es un signo de mayor implicación para-con la gestación y por tanto un signo de vinculación, sería la alta cobertura de los programas de control de embarazo en Atención Primaria de Salud por parte de la matrona. Pese a ello, y en base a la bibliografía, el hecho de recibir atención prenatal, seguiría figurando en el cuestionario por considerarse de gran trascendencia que quizás quedaría demostrada al aplicar el cuestionario en otros ámbitos de atención maternal.

A través del análisis factorial de la correlación entre las variables maternas del cuestionario se determinan seis factores o dimensiones subyacentes que explicarían la asociación entre las diversas variables que componen esta parte del cuestionario existiendo una buena consistencia interna entre ellas. Estas seis dimensiones del constructo vinculación **materna** serían: “Aceptación Rol Maternal”, “Alimentación. Lactancia Materna”, “Emociones positivas”, “Disponibilidad”, “Aceptación del recién

nacido” y “Vinculación Paterna”. Se planteaba, en un inicio, que el apartado de valoración materna se componía de las dimensiones emocional, conductual y de adquisición de competencias maternas en base a la teoría de “Teoría de Adopción del Rol maternal”⁴⁰ de la enfermera Ramona T. Mercer. Con este estudio quedarían ampliadas a seis las dimensiones que compondrían el constructo de vinculación materna.

El primer factor subyacente podría calificarse como “**Aceptación Rol Maternal**”, aglutinaría principalmente las variables 3 (Comentarios cálidos sobre su hijo/hija), 4 (Aprecia de forma realista la apariencia física del recién nacido), 9 (Toca al recién nacido, le acaricia), 12 (Se dirige hacia él/ella y le habla en términos afectivos), 19 (Responde cuando el lactante llora o está molesto), 20 (Se interesa por aspectos relacionados con los cuidados del recién nacido y solicita ayuda), 21 (Disfruta de atender al lactante).

El segundo factor se relacionaría con las variables 6 (Desea y pide estar cerca del recién nacido. Desea cohabitar con él/ella las 24 horas), 11 (Besa al recién nacido), 13 (Desea alimentarlo con lactancia materna), 14 (Muestra interés por la lactancia materna-Disponibilidad, contacto- y por “aprender a dar el pecho”), 15 (Expresa gratificación por alimentar a su hijo) y podría nombrarse como “**Alimentación. Lactancia Materna**”.

El tercer factor se relaciona con las variables 1 (Expresa felicidad por la llegada de su hijo/hija), 23 (Refiere como vivencia positiva el nacimiento de su hijo/hija), 24 (Ha adquirido competencias conductuales maternas), 25 (Se ha vinculado con el recién nacido). Podría tratarse del componente de “**Emociones positivas**”.

El cuarto factor que podría definirse como “**Disponibilidad**” se relaciona con las variables 7 (Coge al recién nacido de la cuna y lo mantiene cerca aunque no esté lactando; lo sostiene de forma activa), 8 (Busca y observa al recién nacido; busca contacto visual y cara a cara), 10 (Sonríe al recién nacido), 22 (Expresa placer y gratificación con el rol maternal).

Se podría definir un quinto factor subyacente que pondría en relación, principalmente, las variables 2 (llama al recién nacido por su nombre) y 5 (Acepta el sexo del recién nacido) y podría recoger también la 4 (Aprecia de forma realista la apariencia física del recién nacido), 6 (Desea cohabitar con el recién nacido), 11 (besa al recién nacido). Este factor podría definirse como “**Aceptación del recién nacido**”.

El factor “**Dimensión paterna**” agruparía los ítems 16 (El padre está presente durante el ingreso), 17 (El padre apoya, protege y cuida a la diáada madre-bebé) y 26 (El padre se ha vinculado con el recién nacido).

En base al análisis factorial de las variables del **recién nacido** quedaría demostrada la existencia de cinco dimensiones del constructo vinculación neonatal que se podrían reagrupar en cuatro y serían: “Sentidos”, “Contacto”, “Adaptación/conciencia” y “Reflejos”.

Según los autores T.Berry Brazelton y Bertrand G Cramer (1993)⁸ lo que el recién nacido aportaría a la relación desde el punto de vista de la psicología del

desarrollo y la investigación de la primera infancia serían los reflejos, las capacidades sensoriales y los estados de conciencia. A esta afirmación quedaría bastante cercana los factores extraídos de los ítems neonatales de la herramienta elaborada.

El primer factor subyacente aglutinaría las siguientes dimensiones teóricas: Ítem 2 (Mirada, Contacto ocular con su madre), 3 (Discriminación olfatoria hacia el olor de su madre) y 4 (Discriminación auditiva hacia la voz de su madre). Podemos precisar que se tratan de componentes sensoriales, pudiendo definir el primer factor como la dimensión teórica de “**Sentidos**”.

El segundo factor aglutinaría los ítems los ítems 1 (llanto fisiológico que cede al atender las necesidades del recién nacido), 9 (suciona), 10 (se orienta hacia el pecho) y 11 (se consuela cuando su madre lo atiende) que podrían corresponder a una dimensión de “**Contacto**”.

Cabría destacar que los ítems 1, 10 y 11 se encontrarían muy interrelacionados e incluso solapándose entre las subdimensiones 1 y 2, habiendo sido clasificados en función de la subdimensión en la que presentaban mayor peso.

Un tercero que sería explicado por los ítems 5 (Buen tono general) y 8 (Mantiene estado de alerta tranquilo) con una fuerte asociación entre ellos, pudiendo clasificarse como la dimensión que valoraría la “**Adaptación**” del recién nacido.

El cuarto factor se relaciona con las variables 6 (Reflejo de agarre) y 7 (Mantiene manos abiertas cuando está tranquilo). El quinto factor se relaciona con las variables 6 (Reflejo de agarre) y 8 (Alerta tranquila). Los factores 4 y 5 podrían unificarse en uno solo al estar muy solapados entre sí y podrían definirse como la dimensión que contemplaría los “**Reflejos**” del neonato.

Se plantearía una reorganización del cuestionario en base a las sub-dimensiones propuestas. Con la eliminación del ítem 6 por presentar gran discrepancia.

Tal y como la bibliografía señala y por lo que se plantea el cambio de prácticas clínicas, los resultados demuestran que existe asociación estadísticamente significativa entre la existencia de contacto precoz, los minutos que transcurren hasta su inicio, el tipo de parto y el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida con la instauración del vínculo afectivo, tanto en el componente materno como en el del recién nacido. Respecto al tipo de parto existe correlación entre esta vinculación y el parto eutócico y la cesárea, siendo esta última correlación inversa, es decir que la cesárea conllevaría un menor grado de vinculación. No se comprueba que exista asociación significativa entre el tiempo que dura ese primer contacto y la instauración del vínculo, que podría ser debido a la necesidad de una muestra mayor para corroborarlo. La relación entre el grado de vinculación y la duración del primer contacto sólo resulta significativa en los partos eutócicos.

Se demuestra también la asociación significativa e inversa entre la ropa que con la que se viste al recién nacido en el momento del nacimiento y la separación para la exploración por parte del pediatra y el grado de vinculación materna, neonatal y total. Se interpretaría que con cuanta más ropa se viste al recién nacido mayor sería la

dificultad para la instauración del vínculo así como que la separación para la exploración dificulta la instauración del vínculo.

Resulta cuanto menos sorprendente que no exista asociación entre la presencia del padre en el momento del nacimiento y el grado de vinculación materna, neonatal, ni con la suma de ambas. Se podía presuponer que el apoyo paterno facilitaría la instauración del vínculo entre la diáda madre-recién nacido.

Una de las principales limitaciones de este estudio sería la no inclusión del padre, cumpliendo criterios de equiparabilidad con la madre, en el cuestionario. He preferido hacer de forma inicial una validación de la herramienta de medición del vínculo entre la madre y el recién nacido, de forma sencilla y no pretenciosa por mi parte. Entiendo además que la herramienta que valore la instauración del vínculo entre el padre y el neonato deberá poseer unas características propias y particulares, diferente por lo tanto a la herramienta materna. Por ello, una de las propuestas sería ampliar el ámbito de aplicación tanto para la madre como para el padre elaborando un nuevo cuestionario, similar pero específico, que recoja de forma holística, las particularidades de la relación que el neonato establece con la figura de apego paterna.

Otra de las limitaciones del presente estudio sería que la muestra de recién nacidos para los que está contemplado el cuestionario, de forma inicial, es una muestra de recién nacidos sanos y a término, lo cual podría suponer una limitación en el uso de la escala para recién nacidos prematuros o aquellos que presenten una patología. Es este aspecto se propondría la “adaptación” de la escala para neonatos en “situaciones especiales” de prematuridad o patología.

El tamaño limitado de la muestra, de 62 diádas madre- recién nacido, podría haber supuesto una limitación para el estudio. Las medidas de adecuación muestrales del análisis factorial tanto materno como del recién nacido presentan valores normales (0,762) y mediocres (0,642) respectivamente, que se traducen una necesidad de aumentar el tamaño de la muestra para una mejor determinación de las correlaciones parciales entre las variables. Se propone pues, para estudios posteriores, aumentar el tamaño de la muestra.

La no existencia de un Gold Estándar con el que poder comparar el cuestionario no nos permite una determinación completa de la validez de criterio suponiendo otra limitación para establecer la validación completa del cuestionario.

Mis propuestas tras este estudio serían continuar con la utilización de la escala con la finalidad de seguir recogiendo datos para ampliar la validación del cuestionario y el análisis de los datos que proporciona.

Complementar la valoración de la instauración del vínculo con metodología cualitativa a través de entrevistas a las madres y los padres acerca de su percepción de la instauración del vínculo afectivo con su hijo recién nacido en esas primeras horas postparto. Esta información cualitativa podría contemplar preguntas abiertas tales como: ¿Cómo definiría la experiencia del parto?, ¿Qué ha sentido al ver a su hijo por primera vez?, ¿Qué ha sentido al coger a su hijo por primera vez?, ¿Se siente vinculado a su hijo?, ¿Cómo definiría la vinculación con su hijo?, ¿En qué grado se siente vinculado a su hijo?

Además de una valoración de las capacidades de apego, tanto de la madre como del padre, basadas en sus experiencias en la infancia a través de una de las escalas de vinculación en adultos, ya que estudios han comprobado que la vivencia de los padres respecto a su propio vínculo con sus padres puede influir en su capacidad para desarrollar conductas de apego con su propio hijo.⁴¹

Y por último la adaptación del cuestionario para una posible valoración a posteriori, por ejemplo en la cuarentena, que permitiera la valoración a largo plazo de la instauración del vínculo afectivo y un análisis de la relación con el cuestionario inicial postparto. La finalidad sería analizar y definir pautas de apego tempranas y la valoración temprana de los procesos de apego para posibles actuaciones precoces de “reorientación” del vínculo parento-filial en pro de un desarrollo sano y óptimo.

El presente estudio ha supuesto para mí todo un reto en cuanto a sumergirme en un constructo que me resulta fascinante pero que a su vez me resulta de gran complejidad por beber de las fuentes del psicoanálisis y contemplar múltiples disciplinas en sus bases. Por ello mi propósito es continuar el camino por esta puerta que acaba de abrirse ante mí, con la realización de este trabajo, al fascinante mundo de la “Teoría del Apego”; y continuar con el estudio y el trabajo en esta línea de investigación.

7. CONCLUSIONES

La prueba piloto demuestra que el cuestionario resulta fiable determinado por una buena consistencia interna y una buena concordancia interobservador.

Las variables que componen el cuestionario presentan una buena consistencia interna tanto en el apartado de valoración prenatal como en la valoración materna y en la del recién nacido.

La concordancia inter-observador resulta buena o excelente en algunos casos.

La validez de constructo determina que los ítems maternos del cuestionario podrían agruparse en las siguientes dimensiones teóricas: “Aceptación Rol Maternal”, “Alimentación. Lactancia Materna”, “Emociones positivas”, “Disponibilidad”, “Aceptación del recién nacido” y “Vinculación Paterna”, que determinarían la valoración del vínculo que la madre establece con su hijo.

La validez de constructo del apartado del recién nacido determinaría la existencia de cuatro dimensiones del constructo vinculación neonatal que serían: “Sentidos”, “Contacto”, “Adaptación” y “Reflejos”.

Los resultados del estudio demuestran que el cuestionario elaborado constituye un instrumento viable, consistente y válido para la valoración de la instauración del vínculo afectivo entre la madre y su hijo recién nacido.

El estudio determina que existe asociación significativa entre el grado de vinculación y la existencia de contacto precoz, los minutos que trascurren hasta su inicio, el tipo de parto, el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, la ropa que con la que se viste al recién nacido en el momento del nacimiento y la separación para la exploración por parte del pediatra.

No se comprueba que exista asociación significativa entre grado de vinculación y el tiempo que dura el primer contacto ni con la presencia del padre en el parto.

“Para cambiar el mundo, antes hay que cambiar la forma de nacer.”

Michel Odent

8. BIBLIOGRAFÍA

¹ Odent Michele. La hora siguiente al nacimiento: Dejen en paz a la madre. Obstare nº 9 [Recurso on-line] Disponible en: www.birthworks.org/primalhealth [Consultado enero 2013]

² Prats Cedó Montserrat. Fortalecer el vínculo madre – hijo en unidades neonatales: Parámetros para su evaluación [tesis doctoral]. Barcelona: Departament de Pediatría, d'Obstetricia i Ginecología i de Medicina Preventiva, Universitat Autònoma de Barcelona; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/96436>

³ Huércares Esparza Isabel. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión enfermera. Bibl LasCasas 2010; 6(1). [Edición digital] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>

⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Contacto precoz madre-criatura recién nacida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; 3(1-11): 43-4. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf> [Consultado el 20 Marzo 2013]

⁵ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01 Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf> [Consultado el 20 Marzo 2013]

⁶ Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). Cochrane database of systematic Reviews 2007, Issue 3, art. No: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html> [Consultado el 10 Marzo 2013]

⁷ Small Meredith F. Nuestros hijos y nosotros. Buenos Aires: Vergara Vital; 1999. Pg 43.

⁸ Brazelton T.Berry, Cramer Bertrand G. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Madrid:Paidós Psicología Profunda; 1993

⁹ Saitua Iturriaga Gabriel. Apuntes sobre Desarrollo Intantil. Tomo I Periodo Prenatal: “experiencias fetales”. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2005.

¹⁰ Corral Íñigo Antonio, Pardo de León Pilar. Psicología evolutiva I, Introducción al desarrollo. Volumen I. Madrid: UNED; 2001.

¹¹ Cyrilnik Boris. Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego. Barcelona: Gedisa; 2005.

- ¹² Bowlby John. El vínculo afectivo. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 1997.
- ¹³ Bowlby John. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 1996.
- ¹⁴ Bowlby John. El apego y la pérdida 1: el apego. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 1998.
- ¹⁵ Gómez Moreno Carmen, Terré Rull Carmen, Inarejos García María. Factores que inciden en la formación del vínculo afectivo materno filial. Notas de Enfermería 1991; 1 (10): 33-36.
- ¹⁶ Herranz Ybarra Pilar, Sierra García Purificación. Psicología Evolutiva I, Desarrollo Social. Volumen 2. Madrid: UNED; 2002. Pg. 61.
- ¹⁷ Barudy Jorge, Dantagnan Maryorie. Los Buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2006.
- ¹⁸ Oliva Delgado Alfredo. Estado actual de la teoría del apego. Current state of The Attachment theory. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2004; 4 (1); 65-81. Disponible en:
<http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d1542918/ESTADO%20ACTUAL%20DE%20LA%20TEOR%C3%8DA%20DEL%20APEGO.pdf>
- ¹⁹ Saitua Iturriaga Gabil. Apuntes sobre Desarrollo Infantil. Tomo II Periodo Neonatal: “los primeros días de vida”. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2005.
- ²⁰ Verny Thomas, Kelly John. La vida secreta del niño antes de nacer. Barcelona: Ediciones Urano; 1988.
- ²¹ López Leticia, Granillo Rubens, Ubici Dora, Waisman Liliana. Vínculo temprano subjetivamente. Observación de bebés. Intervenciones tempranas interdisciplinarias. Prevención primaria. FUNDAIH, Desarrollo psíquico temprano. 1999; 11: 53-60.
- ²² Lamb ME, Hwang P, Leiderman P, Sagui A, Svedja M. Joint reply to Maternal-Infant Bonding: A joint rebuttal. Pediatrics. 1983; 72 (4):574-6
- ²³ World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet. 1985; 2:436-437
- ²⁴ Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal. 2007
- ²⁵ Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

²⁶ Organización Mundial de la Salud: Método Madre Canguro: Guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996

²⁷ Herrera Cabrerizo Blanca, Muñoz Martínez Antonio Luis, Rey Márquez María Dolores. Termorregulación neonatal y contacto precoz madre-hijo tras el parto. Index Enferm. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 1999; 24-25. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_14-18.php [Consultado el 15.3.2013]

²⁸ Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en enfermería. 5^a ed. Madrid: Elsevier; 2003

²⁹ Uvnäs Moberg Kerstin. Oxitocina, la hormona de la calma, el amor y la sanación. Madrid. Obelisco. 2009.

³⁰ Adriana Vargas Rueda, Roberto Chaskel. Neurobiología del Apego. Avances en psiquiatría. Biológica.2007; vol 8.

³¹ Gutman Laura. La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Crisis vital y revolución emocional. 3^º ed. Barcelona: RBA Libros; 2007.

³² Olds Sally B, London Marcia L, Ladewig Patricia W. Biblioteca Enfermería Profesional (Enfermería Maternal). Tomo 4. 2^a ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1995. Pg. 1109.

³³ Dolto Françoise. Las etapas de la infancia: nacimiento, alimentación, juego, escuela...Barcelona; Paidós: 2000

³⁴ Gutman Laura. Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Barcelona: RBA Libros; 2006.

³⁵ Martín Arribas María Concepción. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión. 2004; vol. 5(17): 23-29

³⁶ García de Yébenes Prous María Jesús, Rodríguez Salvanés Francisco, Carmona Ortells Loreto. Validación de cuestionarios. Reumatol Clin. 2009; 5(4): 171-177

³⁷ Fleiss Joseph L. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: Wiley;1981, 321

³⁸ Ley Orgánica 5/1992,de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (BOE, número 262, de 31-10- 92) [Online] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1992/10/31/pdfs/A37037-37045.pdf> [Consultado el 22 Marzo 2013]

³⁹ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999). [Online]

Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
[Consultado el 22 Marzo 2013]

⁴⁰ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002). [Online] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

⁴¹ Gil Casado B. Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo. Matronas Prof. 2000 dic; 2:37-44

⁴² Lecannelier Felipe, Ascanio Lorena, Flores Fernanda, Hoffmann Marianela. Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. Terapia psicológica 2011; 29(1):107-116.

⁴³ Grimalt O Lua, Heresi M Eliana. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. Rev. chil. pediatr. [revista en Internet]. 2012 Jun; 83(3): 239-246. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rccp/v83n3/art05.pdf> [Consultado el 15 Marzo 2013]

⁴⁴ Galán Rodríguez Antonio. El apego: Más allá de un concepto inspirador. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en Internet]. 2011; 30(4): 581-595. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/03.pdf> [Consultado el 25 Febrero 2013]

⁴⁶ Suárez-Delucchi Nicolás, Herrera Pablo. La Relación del Hombre con su Primer(a) Hijo(a) Durante los Primeros Seis Meses de Vida: Experiencia Vincular del Padre. Psykhe (Santiago) 2010; 19(2):91-104.

⁴⁷ Klauss Marshall, Kennell John. Human maternal behavior at the first breast-feed. Lancet. 1990; 46: 187-192.

⁴⁸ Martínez-González Miguel A, Sánchez-Villegas Almudena, Faulín Fajardo Javier. Bioestadística amigable. 2^a Ed. Editorial Díaz de Santos; 2010.