



Universidad de Jaén

Escuela de doctorado

Diseño y validación de una escala para la medición del vínculo y del apego materno-filial en la población española

Autor: Dña. María Antonia Díaz Ogállar

Director de la tesis: Dr. D. Juan Miguel Martínez Galiano

Departamento: Enfermería

Fecha: Mayo 2024

ISBN:
Licencia CC

RUJA

A mis padres, María y Nicolás

A mi hermano, Blas

A mi pareja, Enrique

A todas las madres

¿Qué será lo que tienen las madres?

Anónimo

*Dios escribió en el mundo el camino que cada hombre debe
seguir. Solo hay que leer lo que Él escribió para ti.*

El Alquimista

AGRADECIMIENTOS

“La gratitud es la flor más bella que brota del alma”.

Henry Ward Beecher

Existe un dicho popular que dice que “es de bien nacidos ser agradecidos”, y yo tengo tanto que agradecer a tantas personas que me han ayudado, apoyado y acompañado a lo largo de este camino que me faltan las palabras. Espero no dejarme a nadie y, si es así, ruego que me perdone, la emoción y los nervios del momento a veces hacen que los lapsus de memoria se acentúen.

En primer lugar, a mi director, Juan Miguel Martínez Galiano, por haber creído en mí y haberme dado la oportunidad de realizar este trabajo. Darte las gracias por tu ayuda y por tu apoyo incondicional, por tu paciencia y tu tiempo, por haber estado siempre ahí y haberme dado ánimos en los momentos más difíciles. Jamás hubiera imaginado tener un mejor director de tesis.

A Manuel Linares Abad, porque contigo empezó esta aventura. Gracias por creer en mí y por ver en mí lo que ni yo misma era capaz de ver. Gracias por tu apoyo, por ser siempre un gran consejero y por haber sembrado en mí el interés y la pasión por la investigación.

A Antonio Hernández Martínez, por tu tiempo, paciencia y ayuda. Gracias por hacer que los datos, análisis y resultados, que un día fueron para mí jeroglíficos, poco a poco hayan ido tomando forma y ahora sea capaz de interpretarlos y leerlos como si de un “Teo va al colegio” se tratara.

A mi padres, María y Nicolás porque este trabajo es fruto de vuestro esfuerzo. Si he llegado hasta aquí es por vosotros, sois el pilar fundamental de mi vida, los que me sostenéis e impulsáis a seguir hacia adelante. Me habéis enseñado a perseverar, a que nada es imposible, a no rendirme y a luchar, sois mi ejemplo de vida y cada día doy las gracias por tener unos padres tan maravillosos.

AGRADECIMIENTOS

A Blas, porque, aunque a veces estemos cada uno en una punta del mundo, sé que siempre estás ahí. Gracias por darme ánimos, por ayudarme con tu opinión y tus consejos, por tu calma y tu visión del mundo, y por ser el pilar que eres para mí.

A Enrique, porque te conocí nada más empezar esta aventura y te has convertido en uno de los pilares de mi vida. Gracias por ser como eres, por tu apoyo incondicional, por estar siempre ahí, aunque sean unos pocos kilómetros los que nos separan, acortando la distancia y caminando a mi lado, siendo mi compañero y copiloto en la vida. Te quiero.

A María del Mar y Ana, gracias por vuestro apoyo, paciencia y comprensión. Sois la familia que se elige, la del corazón. Gracias por sacarme a que “me diera el aire” cuando estaba agobiada, por vuestra comprensión con los cafés y las “quedadas” aplazadas durante la realización de este trabajo y por apoyarme siempre.

A María León, por escucharme, apoyarme y mostrarme que tengo alas para seguir volando.

A Nuria, por hacerme entender la importancia de estar bien por dentro y por fuera, y por ayudarme a encontrar el equilibrio y la paz durante este proceso.

A mis compañeros del Centro de Salud de Jódar, en especial al equipo de Pediatría: Juana María Pastrana Martínez, Carmen Rojas Contreras, Araceli Astasio Astasio e Isabel Romero Fabián. Gracias por haberme enseñado tanto, por haberme apoyado y ayudado en la realización de este proyecto y por creer ciegamente en él. Una y mil veces gracias.

A Ana Rivas y a Clara, por aceptar ser portada de este trabajo. Gracias, Ana, por tu entusiasmo, por creer tanto en este proyecto y por darme ánimo y fuerza para continuar con él. Gracias por ayudarme y colaborar en todo lo que he necesitado, has sido fundamental para que este trabajo salga a la luz.

A Juan Amores, por tu talento, tu generosidad y tu visión tan especial de la maternidad al realizar la portada de este trabajo.

A las asociaciones y grupos de apoyo a la lactancia materna y a la crianza que han colaborado en este proyecto: Nacer y Mamar, Cazorlacta, MamaTeta, Lactancia Priego “Mejor Mamar”, Grupo de Apoyo a la lactancia “ALMamar”, Grupo de apoyo a la Lactancia Los Pedroches “Mamaré”, Maternam, Lactalmería, Madrazas, Grupo Regazo, Asociación de Apoyo a la Crianza con Apego “Espacio Crianza”, Grupo Lactard, AREOLA, Pit de Mar, ALMA, Teta e Coliño, Matria, AMAMANTO, Tribu Nacencia, AMARYI grupo de lactancia y crianza respetuosa, Amamanta Grupo de apoyo a la lactancia materna, MAMANTIAL, Amalacta, Grup Nodriassa, De Mare a Mare, AMAGINTZA, ABAM (l’Associació Balear d’Alletament Matern de Palma de Mallorca e Ibiza).

A todas las mamás que han participado y han colaborado en este proyecto, sin vosotras no hubiera sido posible llegar hasta aquí. Este trabajo es por y para vosotras.

ÍNDICE



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	i
ÍNDICE	vii
ABREVIATURAS	xi
RESUMEN	1
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN GENERAL	11
1.1. El apego	
concepto y aproximación teórica	11
1.1.1. Concepto de apego y la teoría del apego	11
1.1.2. Los estilos de apego	14
1.2. El vínculo materno-filial	
definición y concepto	16
1.3. Diferencias entre los conceptos vínculo y apego	19
1.4. Instrumentos de medida del vínculo y del apego	20
1.4.1. Instrumentos de medida del vínculo	20
1.4.2. Instrumentos de medida del apego y de la reciprocidad en la relación materno-filial	25
1.5. Vínculo, apego y salud mental materno-infantil. Una breve aproximación	28
1.6. Alteraciones en el vínculo y en el apego y repercusiones sobre la salud física: estado actual del tema	30
1.7. Factores que intervienen en la formación del vínculo y del apego postnatal	31
1.8. Magnitud del problema	32
2. JUSTIFICACIÓN	37
3. OBJETIVOS	41
3.1. Objetivo general	41
3.2. Objetivos específicos	41
4. METODOLOGÍA	45
4.1. Diseño y participantes	45
4.1.1. Diseño	45
4.1.2. Participantes	48
4.2. Fuentes de información y variables	49
4.2.1. Fuentes de información	49
4.2.2. Variables	50
4.2.2.1. Variables independientes	50
4.2.2.2. Variables dependientes	53

4.3. Análisis estadístico	53
4.3.1. Manuscrito 1	53
4.4. Consideraciones éticas.....	56
5. RESULTADOS.....	59
5.1. Manuscrito 1	
Diseño y validación de una herramienta para la valoración de la calidad del vínculo y del apego materno-filial: “Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial (VAMF)”	59
5.2. Manuscrito 2	
El vínculo materno-filial y su relación con la depresión postparto materna.....	61
5.3. Manuscrito 3	
Factores relacionados con la alteración del vínculo y del apego materno-infantil.	63
5.4. Manuscrito 4	
Desarrollo de un modelo predictivo para el establecimiento del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto: un estudio transversal...65	
6. DISCUSIÓN GENERAL.....	69
7. CONCLUSIONES.....	77
7.1. Conclusiones objetivo 1	77
7.2. Conclusiones objetivo 2	77
7.3. Conclusiones objetivo 3	77
7.4. Conclusiones objetivo 4	78
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
9. ANEXOS.....	97

ABREVIATURAS



ABREVIATURAS

ADS	Massie-Campbell Attachment During Stress Scale
AEPED	Asociación Española de Pediatría
aOR	adjusted Odds Ratio (Odds Ratio ajustada)
Aprox.	Aproximadamente
AUC	Area under the curve (área bajo la curva)
BMIS	Bethlem Mother–Infant Interaction Scale
CARE-Index	Child–Adult Relationship Experimental Index
CI	Confidence interval (intervalo de confianza)
CIB	Coding Interactive Behavior
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPP	Contacto piel con piel
DMC	Dyadic Mutuality Code
DE	Desviación estándar
DPP	Depresión postparto
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo)
EFA	Exploratory factor analysis (análisis factorial exploratorio)
IC	Intervalo de confianza
ICC	Coeficiente de correlación intraclase

ABREVIATURAS

KMO	Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin
LOPD	Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales
MAAS	Maternal Antenatal Attachment Scale
MABISC	Mother and Baby Interaction Scale
MAI	Maternal Attachment Inventory
MAMA	Maternal Adjustment and Maternal Attitudes
MFAS	Maternal-Fetal Attachment Scale
MIBS	Mother-to-Infant Bonding Scale
MORS-SF	Mothers' Object Relations Scales Short-form
MPAS	Maternal Postnatal Attachment Scale
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPI	Neonatal Perception Inventory
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio
ORa	Odds Ratio ajustada
PAI	Prenatal Attachment Inventory
PBQ	Postpartum Bonding Questionnaire
PCA	Principal component analysis (análisis de componentes principales)
PCERA	Parent–Child Early Relational Assessment

PIPE	Pediatric Infant Parent Exam
RGPD	Reglamento general de protección de datos.
RN	Recién nacido
ROC	Receiver operating characteristic (característica operativa del receptor)
SD	Standard deviation (desviación estándar)
SSP	Strange Situation Procedure (Situación del extraño)
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UE	Unión Europea
VAMF	Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial
WAST	Woman Abuse Screening Tool

RESUMEN



RESUMEN

Introducción: La forma en la que se establece la relación entre una madre y su recién nacido sienta las bases para la evolución de la misma en el futuro y del resto de las relaciones que el recién nacido establecerá a lo largo de su vida. Existen dos conceptos clave dentro de la relación materno-filial: el “vínculo” y el “apego”. Estos conceptos se encuentran estrechamente relacionados, pero son fenómenos diferentes dentro de la relación madre e hijo. Existen instrumentos que miden el vínculo o el apego, pero actualmente no hay instrumentos que valoren estos fenómenos de forma conjunta y que sean aplicables de forma sencilla en el ámbito clínico-asistencial.

Objetivo: Diseñar y validar un cuestionario que permita valorar de forma conjunta el vínculo y el apego para la detección precoz de disfunciones en la relación entre madre e hijo en la práctica clínica, así como conocer cuáles son los factores que pueden afectar a la formación de ambos fenómenos y su relación con la salud mental materna y la realización de prácticas clínicas como el establecimiento precoz del contacto piel con piel.

Metodología: Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal durante el último trimestre de 2022 y el primer trimestre de 2023 en mujeres de todo el territorio español con un hijo biológico con una edad comprendida entre las 6 semanas y los 18 meses. Para conformar la muestra se contactó con diferentes asociaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y con grupos de apoyo a la lactancia materna y a la crianza de todo el territorio español. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, y aceptar el consentimiento informado para participar en la investigación, se les administró un cuestionario vía online. Se obtuvo una muestra de un total de 1115 participantes para la validación del cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial (VAMF), una muestra de 1114 mujeres para el estudio de la relación vínculo y DPP y de los factores relacionados con el establecimiento del vínculo y del apego materno-filial, y de 1077 mujeres para elaborar el modelo predictivo para el contacto

precoz piel con piel, de las cuales 544 formaron parte de la cohorte de derivación y 533 de la cohorte de validación.

Resultados: El cuestionario VAMF mostró una buena consistencia interna para la escala con 29 ítems ($\alpha=0.836$). La validez convergente mostró una adecuada correlación, con un coeficiente de correlación de Pearson con la escala Maternal Postnatal Attachment Scale (MAPS) de 0.679. El cuestionario VAMF presentó una excelente capacidad predictiva en la subescala vínculo, con un área bajo la curva ROC de 0.90 (IC 95%: 0.87-0.93), y una capacidad predictiva pobre en la subescala apego, con un Área bajo la curva Receiver Operating Characteristic (AUC ROC) de 0.69 (IC 95%: 0.63-0.76) para predecir las puntuaciones de la escala MAPS. En el test-retest, el VAMF presentó un grado de acuerdo absoluto adecuado muy bueno (CCI: 0.86; IC 95%: 0.72-0.93).

La asociación entre los ítems de la subescala VAMF-vínculo y el riesgo de depresión postparto (DPP) fue estadísticamente significativa en todos los ítems ($p<0.005$), salvo en los ítems 4 y 10. El análisis multivariable mostró que el riesgo de DPP era menor en mujeres que presentaban puntuaciones mayores en el vínculo (Odds Ratio ajustada: ORa=0.85; 95%IC: 0.81, 0.88), cuya experiencia del parto era buena o muy buena (ORa=0.57; 95%IC: 0.36, 0.89), y que recibían un apoyo elevado o muy elevado por parte de la pareja (ORa=0.34; 95%IC: 0.18, 0.66), y de la familia (ORa=0.53; 95%IC: 0.32, 0.86). La presencia de DPP era menos frecuente en mujeres que presentaban puntuaciones mayores en el vínculo (ORa=0.90; 95%IC: 0.84, 0.97), que habían tenido contacto piel con piel (ORa=0.39; 95%IC: 0.17, 0.93) y que recibían un apoyo elevado o muy elevado por parte de la familia (ORa=0.36; 95%IC: 0.12, 1.04).

El análisis multivariable mostró que el contacto piel con piel (ORa=0.58; 95% IC: 0.37, 0.90) y la lactancia materna (ORa=0.55; 95% IC: 0.35, 0.86) reducen la probabilidad de presentar un vínculo alterado. La ansiedad durante el embarazo, el parto y el puerperio (ORa= 3.95; 95% IC: 2.57, 6.05) y las complicaciones postparto (ORa=1.60; 95% IC: 1.03, 2.48) aumentan la probabilidad de tener un vínculo alterado. El contacto piel con

piel ($ORa=0.61$; 95% IC: 0.38, 1.00), la alimentación con lactancia materna ($ORa=0.47$; 95% IC: 0.27, 0.80) y una mayor edad del niño (meses) ($ORa=0.77$; 95% IC: 0.72, 0.82) reducen la probabilidad de presentar un apego alterado.

La prevalencia del contacto precoz piel con piel tras el parto fue del 50.2% (468) en la cohorte de derivación y del 49.8% (464) en la cohorte de validación. El análisis multivariable mostró que las variables prematuridad, tipo de parto y experiencia del parto fueron estadísticamente significativas y se incluyeron en el modelo ($p \leq 0.05$). La capacidad predictiva (AUC ROC) fue buena tanto en la cohorte de derivación, 0.92 (95% IC: 0.89-0.95), como en la de validación, 0.89 (95% IC: 0.85-0.93).

Conclusión: El cuestionario VAFM es una nueva herramienta válida y fiable para la determinación de la calidad del vínculo y el apego materno-filial. Elevadas puntuaciones en la subescala de vínculo del VAMF se asocia a un menor riesgo de depresión postparto. Entre los factores que influyen en el establecimiento del vínculo y del apego se ha hallado que el contacto piel con piel y la lactancia materna se asocian a una menor probabilidad de tener un vínculo y un apego alterados, mientras que los estados de ansiedad durante el embarazo, parto y puerperio y las complicaciones tras el parto aumentan la probabilidad de desarrollar un vínculo alterado. A mayor edad del recién, menor frecuencia de tener un apego alterado. Por último, se ha desarrollado un modelo predictivo que permite identificar los factores que favorecen la práctica del contacto precoz piel con piel entre madre e hijo inmediatamente tras el parto, práctica relacionada con el establecimiento del vínculo-apego madre-hijo.

ABSTRACT

Introduction: The way in which the relationship between a mother and her child is established sets the groundwork for its evolution in the future and for the rest of the relationships the child will establish throughout life. There are two key concepts within the maternal-child relationship: "bond" and "attachment." These concepts are closely related but are different phenomena within the mother-child relationship. There are instruments that measure either bond or attachment, but currently, there are no instruments that assess these phenomena jointly and are applicable in a straightforward manner in the clinical-care setting.

Objective: To design and validate a questionnaire that allows for the joint assessment of bonding and attachment for the early detection of dysfunctions in the mother-child relationship in clinical practice, as well as to understand the factors that may affect the formation of both phenomena and their relationship with maternal mental health and the implementation of clinical practices such as early skin-to-skin contact establishment.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted during the last trimester of 2022 and the first trimester of 2023 among women from all over Spain with a biological child aged between 6 weeks and 18 months. To form the sample, contact was made with different associations related to pregnancy, childbirth, and postpartum, as well as with breastfeeding and parenting support groups. After applying the inclusion and exclusion criteria, and obtaining informed consent to participate in the research, participants were administered an online questionnaire. A sample of a total of 1115 women was obtained for the validation of the VAMF questionnaire, a sample of 1114 women for the study of the relationship between bonding and PPD and factors related to bonding and maternal-child attachment establishment, and 1077 women to develop a predictive model for early skin-to-skin contact.

Results: The VAMF questionnaire with 29 items showed good internal consistency ($\alpha=0.836$). Convergent validity demonstrated adequate correlation, with a Pearson correlation coefficient with the MAPS scale of 0.679. The VAMF questionnaire exhibited excellent predictive ability in the bonding subscale, with an Area under the ROC curve of 0.90 (95% CI: 0.87-0.93), and poor predictive ability in the attachment subscale, with an area under the ROC curve of 0.69 (95% CI: 0.63-0.76) to predict scores on the MAPS scale. In the test-retest, the VAMF showed a very good level of absolute agreement (CCI: 0.86; 95% CI: 0.72-0.93).

Regarding bonding and PPD risk, the multivariable analysis showed that the risk of PPD was lower in women with higher bonding scores (aOR=0.85; 95% CI: 0.81, 0.88), whose childbirth experience was rated as good or very good (aOR=0.57; 95% CI: 0.36, 0.89), and who received high or very high support from their partner (aOR=0.34; 95% CI: 0.18, 0.66), and family (aOR=0.53; 95% CI: 0.32, 0.86). The presence of PPD was less frequent in women with higher bonding scores (aOR=0.90; 95% CI: 0.84, 0.97), who had engaged in skin-to-skin contact (aOR=0.39; 95% CI: 0.17, 0.93), and who received high or very high support from the family (aOR=0.36; 95% CI: 0.12, 1.04).

Regarding factors related to the establishment of bonding and attachment, the multivariable analysis showed that skin-to-skin contact (aOR=0.58; 95% CI: 0.37, 0.90) and breastfeeding (aOR=0.55; 95% CI: 0.35, 0.86) decrease the likelihood of experiencing altered bonding. Anxiety during pregnancy, childbirth, and the postpartum period (aOR=3.95; 95% CI: 2.57, 6.05) and postpartum complications (aOR=1.60; 95% CI: 1.03, 2.48) increase the likelihood of having altered bonding. Skin-to-skin contact (aOR=0.61; 95% CI: 0.38, 1.00), breastfeeding (aOR=0.47; 95% CI: 0.27, 0.80), and older age of the child (months) (aOR=0.77; 95% CI: 0.72, 0.82) decrease the likelihood of experiencing altered attachment.

The prevalence of early skin-to-skin contact after childbirth was 50.2% (468) in the derivation cohort and 49.8% (464) in the validation cohort. Multivariable analysis showed that prematurity, type of delivery, and birth

experience variables were statistically significant and were included in the predictive model ($p \leq 0.05$). The predictive capacity (AUC ROC) was good in both the derivation cohort, 0.92 (95% CI: 0.89-0.95), and the validation cohort, 0.89 (95% CI: 0.85-0.93).

Conclusions: The VAFM questionnaire is a new valid and reliable tool for determining the quality of maternal-child bonding and attachment. High scores in the bonding subscale of the VAMF are associated with a lower risk of postpartum depression. Among the factors influencing bonding and attachment establishment, it has been found that skin-to-skin contact and breastfeeding are associated with a lower likelihood of having altered bonding and attachment, while anxiety states during pregnancy, childbirth, and postpartum, as well as postpartum complications, increase the likelihood of developing altered bonding. Older infant age is associated with a lower frequency of altered attachment. Finally, a predictive model has been developed that allows for the identification of factors that promote the practice of immediate skin-to-skin contact between mother and child following childbirth.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL



1. INTRODUCCIÓN GENERAL

La maternidad y su desarrollo son una de las experiencias más desafiantes en la vida de una mujer, donde el desarrollo psicosocial de la mujer como madre es un proceso continuo (Bicking Kinsey et al., 2014a; Mercer, 2004). La conexión que se establece entre una madre y su hijo es esencial tanto para la asunción del nuevo rol por parte de la mujer, como determinante en el desarrollo de la relación que se establece entre ambos (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006).

Las características maternas y de cada niño son únicas e interactúan y se influyen mutuamente, logrando una identidad materna y una relación materno-filial única (Mercer, 2006). Esta relación comienza a formarse durante el embarazo, forjándose en el nacimiento y en los primeros 12 meses de vida del niño (Nordahl et al., 2020; Walsh et al., 2014). La formación de esta relación única entre una madre y su recién nacido determinará la evolución de la misma en un futuro, y creará el precedente sobre el cuál se asentarán el resto de las relaciones que el niño establecerá a lo largo de su vida (Bicking Kinsey et al., 2014b, 2014a; Mercer, 2004).

Durante el primer año de vida, la relación que se establece entre el niño y su madre es de vital importancia, pues ésta tendrá importantes repercusiones en el desarrollo del infante a nivel biológico, cognitivo, emocional y social (Kim et al., 2011; Riera-Martín et al., 2018).

En este contexto aparecen dos fenómenos que están relacionados entre sí y que tienen especial relevancia dentro de la relación materno-filial, que son el vínculo y el apego.

1.1. El apego: concepto y aproximación teórica

1.1.1. Concepto de apego y la teoría del apego

El término “apego” fue acuñado por el psiquiatra británico John Bowlby para referirse a al lazo afectivo duradero que se establece entre el recién nacido y su madre, concretamente a la dimensión de la relación en la cual la madre, figura cuidadora principal, tiene la función de garantizar la

seguridad y la protección de su hijo (Bowlby, 1982a; Bretherton, 1992a, 1992b). El apego es un comportamiento discriminatorio, específico y duradero y se refiere a la reciprocidad e interacción entre madre e hijo. Se podría entender como una vinculación afectiva de origen social, no innato, que se sustenta sobre los componentes cognitivo, emocional y conductual y que se mantiene relativamente estable a lo largo de la vida. (M. D. Ainsworth, 1969; Bowlby, 1982a; Wittkowski et al., 2020)

A finales de la década de 1950 y durante en la década de 1960, Bowlby desarrolló la “Teoría del Apego”, teoría con la que pretendía explicar la complejidad de la relación entre madre e hijo, con sus apariciones y desapariciones episódicas, así como las relaciones de apego duraderas que los niños establecen con las figuras de apego (Bowlby, 1982b). Esta teoría tiene como concepto fundamental el sistema conductual (Bowlby, 1982b). Uno de los aspectos en los que Bowlby incidió fue en la distinción entre “apego” y “conducta de apego”. Cuando Bowlby se refería a que un niño tenía apego con alguien, se refería a la disposición del niño a buscar la proximidad y contacto con la figura de apego, especialmente en determinadas circunstancias. Por su parte, las conductas de apego son aquellos comportamientos que el niño lleva a cabo para conseguir la proximidad y el contacto deseado por parte de la figura de apego (Bowlby, 1982b).

John Bowlby destacó cinco respuestas instintivas que componen la conducta de apego, que son: chupar/succionar, aferrarse, seguir, llorar y reír (Bowlby, 1958). En las tres primeras conductas (chupar/succionar, aferrarse y seguir) el niño ejerce un papel activo, mientras que el llanto y la sonrisa sirven para activar el comportamiento materno (Bowlby, 1958). La finalidad de esta conducta es la supervivencia, siendo éstas respuestas específicas del ser humano para conseguir la proximidad y el cuidado materno. Estos comportamientos van evolucionando durante el primer año de vida y se desarrollan a un ritmo diferente (Bowlby, 1958).

La conducta de apego es diferente a la conducta alimentaria y diferente a la conducta sexual, pero, al igual que estas, es esencial para la

supervivencia del ser humano (Bowlby, 1977). Por tanto, la conducta de apego es, en términos generales, aquella que tiene como resultado que una persona alcance o mantenga la proximidad con otro ser humano, en este caso la figura materna y, aunque es más evidente durante la infancia temprana, esta conducta de apego definirá, como destacó Bowlby, a los seres humanos “desde la cuna hasta la tumba” (Bowlby, 1977; Bretherton, 1992b).

Al principio de la vida, la conducta de apego está mediada por respuestas organizadas de forma simple, pero al final del primer año de vida, especialmente durante la segunda mitad del primer año de vida, estos sistemas de comportamiento son cada vez más sofisticados, organizados y dirigidos a un objetivo, incorporando modelos representacionales de uno mismo y del entorno que se activan bajo determinadas circunstancias como la extrañeza, la fatiga y el miedo. A partir de esta edad, el niño es capaz de creer que la madre existe incluso cuando no la percibe, dando lugar al comienzo de la angustia por separación cuando la madre se separa de su hijo. Estas conductas suelen terminar cuando el niño escucha, ve o abraza a su madre (M. D. Ainsworth, 1969; Bowlby, 1977).

En contraposición a la conducta de apego se encuentra la conducta exploratoria, en los individuos sanos ambas conductas se van alternando, no coexistiendo juntas en el mismo momento. Cuando la madre está presente, el niño cesa la conducta de apego y comienza a explorar su entorno (Bowlby, 1977, 1982a).

Bowlby señaló en su teoría que las experiencias de apego se internalizan en Modelos Internos de Trabajo (IWM). Estos IWM son representaciones dinámicas cognitivas y afectivas de uno mismo y de la figura de apego cuya función es ayudar a pronosticar e interpretar el comportamiento de la madre, así como planificar el comportamiento propio en respuesta a la madre (Bosmans et al., 2020; Bowlby, 1982a; Bretherton, 1992a, 1992b).

1.1.2. Los estilos de apego

Tras realizar los estudios observacionales de Uganda y Baltimore, la psicóloga estadounidense Mary Ainsworth puso de manifiesto la importancia de la calidad de la relación materno-filial y su influencia sobre la formación del apego y determinó la existencia de tres estilos de apego (M. D. S. Ainsworth, 1985; Bretherton, 1992b). Ainsworth diseñó la “Situación del extraño”, una situación de laboratorio en el que participaban niños de 12 meses de edad con sus madres y observó los comportamientos de esos niños en diferentes situaciones, concretamente en 8 episodios, identificando los tres patrones de apego clásicos (M. D. S. Ainsworth, 1985; M. D. S. Ainsworth et al., 2014; Van Rosmalen et al., 2015).

En la situación del extraño se pretendía observar la alternancia y el equilibrio existentes en las conductas de apego y de exploración en situaciones de estrés para el niño. La dinámica de la situación del extraño consistía en introducir a la madre y al niño en una sala de juegos, donde posteriormente se incorpora una persona desconocida. Mientras la persona desconocida juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando a su hijo a solas con la desconocida. Pasados unos minutos, la madre regresa de nuevo a la sala y vuelve a salir junto con el extraño, dejando solo al niño. Finalmente, la madre y la persona desconocida regresan a la sala (M. D. S. Ainsworth et al., 2014; Oliva Delgado, 2004; Sanchis & Botella, 2007; Van Rosmalen et al., 2015).

Los patrones de apego identificados por Ainsworth son los siguientes:

- Patrón de apego tipo A: niños con apego inseguro-evitativo.

Los niños pertenecientes a este grupo se mostraban bastante independientes. En los episodios de separación de la madre apenas lloraban y en los episodios de reencuentro tendían a evitarla, mezclando comportamientos de búsqueda de proximidad – evitación, e incluso ignorándola por completo. Estos niños mantenían una conducta exploratoria independientemente de la presencia o no de la madre (M. D.

S. Ainsworth, 1985; Oliva Delgado, 2004; Sanchis & Botella, 2007). Las características del cuidado materno en este estilo de apego son la aversión al contacto, el rechazo, la rigidez y la hostilidad, siendo madres cuyas conductas tienden a ser sobreestimulantes e intrusivas (Sanchis & Botella, 2007).

- Patrón de apego tipo B: niños con apego seguro.

Los niños con un apego seguro utilizan a sus madres como una base segura desde la cual poder explorar su entorno. En los episodios de separación, la conducta de apego se intensifica y la exploración disminuye, pudiendo producirse angustia. Cuando se produce el reencuentro con la madre, el niño busca la interacción mediante el contacto y la proximidad, reanudando la conducta exploratoria (M. D. S. Ainsworth, 1985; Oliva Delgado, 2004; Sanchis & Botella, 2007). Las características del cuidado materno en el apego seguro serían la disponibilidad, la receptividad, la conexión y la calidez, siendo de especial importancia la sensibilidad materna (Sanchis & Botella, 2007).

- Patrón de apego tipo C: niños con apego inseguro-ambivalente.

Los niños con un patrón de apego tipo C mostraban signos de ansiedad y un cierto nivel de angustia, incluso en los episodios previos a la separación. Durante la separación mostraban angustia y preocupación. Cuando la madre regresaba, la actitud del niño era ambivalente, buscando un contacto estrecho con ella al mismo tiempo que mostraba enfado y resistencia (M. D. S. Ainsworth, 1985; Oliva Delgado, 2004; Sanchis & Botella, 2007). Las características del cuidado materno en este tipo de apego son de inconsistencia, intrusividad e insensibilidad, destacando la no disponibilidad como rasgo definitorio de estas madres (Sanchis & Botella, 2007).

Posteriormente, Main y Solomon introdujeron un cuarto estilo de apego: el estilo de apego tipo D o apego desorganizado. En este estilo de apego se recogen características de los estilos de apego inseguros que eran imposibles de clasificar, siendo los niños que muestran mayor inseguridad.

Estos niños cuando se reúnen con la madre, o con el cuidador principal, muestran una serie de conductas confusas y contradictorias. Las conductas asociadas a este estilo de apego son el reflejo de la ausencia de estrategias para gestionar el miedo asociado al comportamiento aterrador que ofrece la madre o el cuidador. El miedo del niño no puede desactivarse ni mediante un cambio de atención, ni acercándose al cuidador, mostrando un colapso de sus estrategias conductuales (Oliva Delgado, 2004; Sanchis & Botella, 2007; Shah et al., 2010).

1.2. El vínculo materno-filial: definición y concepto

El término “vínculo” se refiere al lazo emocional estrecho que una madre establece con su hijo (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Nordahl et al., 2019; Wittkowski et al., 2020). Este término fue acuñado en la década de los 70 por Klaus y Kennell. En su origen, estos autores afirmaron que el vínculo entre madre e hijo se formaba justo tras el nacimiento en el denominado “período crítico”, siendo el contacto piel con piel el factor determinante para su formación. Posteriormente, se demostró que el contacto piel con piel era un factor importante, pero no el único que interviene en la formación del vínculo (Benoit, 2004; Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Kennell & Klaus, 1979, 1984; Klaus & Kennell, 1970b, 1970a; Myers, 1984a, 1984b).

Este vínculo comienza a formarse durante el embarazo y continúa desarrollándose tras el nacimiento, siendo de carácter unidireccional, de la madre hacia su hijo (Bicking Kinsey et al., 2014a; Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Nordahl et al., 2020; Taylor et al., 2005). La formación del vínculo materno-fetal durante el embarazo es de vital importancia, puesto que servirá como precedente para la formación del vínculo materno-filial tras el nacimiento (Nordahl et al., 2019; Rossen et al., 2016).

El vínculo materno-fetal ha sido definido por diferentes autores a lo largo del tiempo. Cranley lo definió como “el grado en que las mujeres muestran comportamientos que representan una filiación e interacción con su hijo aún no nacido” (Cranley, 1981; Doan & Zimmerman, 2003;

Roncallo et al., 2015). Posteriormente, Müller definió el vínculo como “la relación única de la madre hacia el feto y es independiente de los sentimientos que ésta tiene acerca de sí misma como madre o como mujer embarazada” (Muller, 1992; Roncallo et al., 2015). Condon y Corkindale establecieron la definición de vínculo como “El lazo emocional que normalmente se desarrolla entre una mujer embarazada y su hijo no nacido” (Condon & Corkindale, 1997; Roncallo et al., 2015).

Asimismo, Condon y Corkindale definieron el vínculo materno-filial como “El lazo emocional que se desarrolla entre una madre y su hijo” (Condon & Corkindale, 1998). Bicking Kinsey & Hupcey establecieron una definición más reciente del vínculo, definiéndolo como un estado afectivo materno, son los sentimientos y emociones de la madre hacia su hijo, que son el indicador principal de la relación que se establece entre ambos (Bicking Kinsey et al., 2014a; Bicking Kinsey & Hupcey, 2013).

Existe cierta controversia en cuanto a la composición del vínculo materno-filial. En un principio, el vínculo se limitó únicamente al componente afectivo, mientras que algunos autores lo definieron en términos de componentes conductuales, tales como la mirada, el contacto físico y el cuidado. Otros autores lo definieron aunando ambos dominios, el emocional y el conductual, donde las conductas maternas manifestadas eran resultado de la expresión externa del vínculo (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Asimismo, existen otros autores que incorporan la perspectiva biológica en el desarrollo del vínculo materno-filial, poniendo de manifiesto la importancia de la oxitocina en el proceso de la vinculación (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Feldman, 2017; Scatliffe et al., 2019).

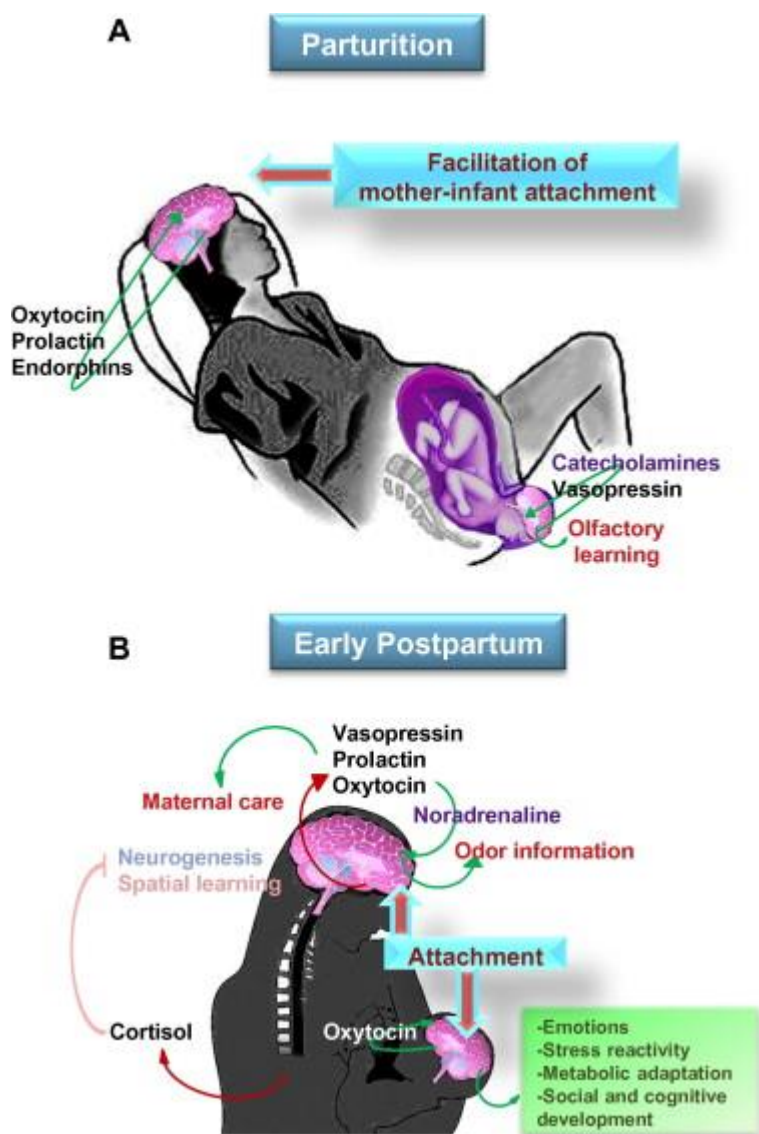


Figura 1. Acciones hormonales durante el parto y posparto temprano implicadas en la regulación del cuidado materno y el vínculo entre la madre y su recién nacido. Adaptado de "Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders" (p.460) por Olza-Fernández, I et al., 2014, *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35.

La activación del sistema oxitocinérgico es necesaria para el parto y para el inicio de la lactancia materna y también para el comportamiento materno (Olza-Fernández et al., 2014). El aumento central de los niveles de oxitocina podría contribuir a la formación del vínculo entre madre e hijo, pudiendo estar asociado con un aumento de las vías de oxitocina y dopamina en el cerebro. Los elevados niveles de oxitocina endógena se relacionan con conductas afectivas y con la manifestación de sentimientos de bienestar, confianza, amor, etc. Las madres que tienen elevados niveles de oxitocina muestran una mayor sensibilidad cuando están en contacto con sus hijos, un comportamiento más positivo durante la interacción con el recién nacido y un menor nivel de ansiedad, por lo que podría facilitar el proceso de la vinculación (Olza-Fernández et al., 2014; Scatliffe et al., 2019). Existen otros neurotransmisores como la dopamina y el cortisol que también podrían ejercer un papel importante en la vinculación entre madre e hijo (Feldman, 2017; Olza-Fernández et al., 2014; Scatliffe et al., 2019).

1.3. Diferencias entre los conceptos vínculo y apego

Los conceptos “vínculo” y “apego” están estrechamente relacionados, pero no son sinónimos, puesto que cada uno se refiere a un aspecto específico dentro de la relación materno-filial. En muchas ocasiones, y erróneamente, “vínculo” y “apego” son empleados como sinónimos, utilizándose indistintamente para hacer alusión a la relación madre – hijo (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013).

El vínculo se refiere a los sentimientos de la madre hacia su hijo, es de carácter unidireccional y se establece en una fase muy temprana del proceso de la maternidad (de Cock et al., 2016; Palacios Hernandez, 2016; Tichelman et al., 2020; Wittkowski et al., 2020). El apego, por su parte, es un proceso posterior al vínculo, que se centra en la reacción del niño, refiriéndose a una conducta organizada y estable dirigida a una figura concreta: la madre. El apego es de carácter bidireccional, implicando reciprocidad entre madre e hijo (M. D. Ainsworth, 1969; Roncallo et al., 2015; Taylor et al., 2005; Wittkowski et al., 2020).

Otra de las diferencias existentes entre ambos términos reside en el sistema de cuidados. El apego se centra en la búsqueda de cuidados, confort y protección por parte del hijo y al modo en que la madre reconoce y responde a esas necesidades, mientras que el vínculo se centra en el cuidado en sí que ofrece la madre a su recién nacido (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; McNamara et al., 2019; Walsh et al., 2014).

Algunos autores hacen uso del concepto “relación madre-hijo” o “relación materno-filial” para aunar ambos aspectos, vínculo y apego, empleando un mismo término (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Walsh et al., 2014; Wittkowski et al., 2020). Otros autores emplean “apego materno-fetal”, “apego prenatal” o “vínculo del apego” para referirse al vínculo prenatal, mientras que “vínculo”, “vínculo materno-filial” lo emplean específicamente para hacer alusión al vínculo postnatal (McNamara et al., 2019).

1.4. Instrumentos de medida del vínculo y del apego

1.4.1. Instrumentos de medida del vínculo

Dentro de los instrumentos de medida del vínculo se encuentran aquellos que miden vínculo prenatal y vínculo postnatal. Existen varios instrumentos que miden vínculo prenatal, entre los cuales destacan los siguientes:

- The Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS). Fue desarrollado por Cranley en 1981. Este cuestionario se compone de 24 ítems que miden comportamientos y actitudes de la mujer hacia su hijo aún por nacer. A mayor puntuación en el cuestionario, mayor vínculo prenatal (Cranley, 1981; Doan & Zimerman, 2003; Wittkowski et al., 2020).
- Prenatal Attachment Inventory (PAI). Desarrollado por Müller en 1993, describe las experiencias, ideas, comportamientos y sentimientos de la madre hacia el feto (Muller, 1993; Wittkowski et al., 2020).
- The Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS). Desarrollada por Condon en 1993, está compuesta por 19 ítems y evalúa los

sentimientos, comportamientos y actitudes de la madre hacia el feto (Condon, 1993; Wittkowski et al., 2020).

Dada la naturaleza del presente trabajo, la importancia recae en los instrumentos de medida del vínculo postnatal. Existen varios instrumentos de medida, destacando algunos de los más importantes en la tabla 1.

Tabla 1. Instrumentos de medida del vínculo postnatal.

Instrumento	Número de ítems	Edad	Puntuación	Características específicas
Neonatal Perception Inventory (NPI) (Ahn & Kim, 2007; Broussard E. R., 1979)	6 (+6)	0-1 meses	- Escala tipo Likert: 1-5. - Comparación de puntuaciones entre bebé promedio y propio. Si bebé propio mayor puntuación que bebé promedio, percepción del bebé propio como “más difícil”.	- Autoadministrada. - Evalúa la percepción de los padres sobre su bebé. - Administración: primero se administran preguntas sobre su percepción de un bebé promedio y después las mismas preguntas referidas a su bebé. - Riesgo de problemas socioemocionales en la infancia.
Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA) (Kumar et al., 1984)	60	3º trimestre de embarazo – 5 mes	- 4 opciones de respuesta: “very often”, “often”, “rarely”, “never”.	- Autoadministrada. - Dividido en 5 subescalas: imagen corporal, síntomas somáticos, relaciones de pareja, actitud hacia el sexo y actitudes hacia en embarazo y el

				bebé. - Versión prenatal y postnatal. - Investigar patrones de cambio en el ajuste materno y actitudes hacia el bebé. - Detectar posibles alteraciones psiquiátricas durante el embarazo/postparto.
Bethlem Mother–Infant Interaction Scale (BMIS) (Kumar & Hipwell, 1996)	7	-	- Escala tipo Likert: 0-4. - Una elevada puntuación indica la presencia de disfunciones en la relación materno-filial.	- Observación externa. - Administrado por parte de Enfermería. - Uso en el ámbito clínico para detectar disfunciones en la interacción entre madre e hijo. - Ítems agrupados en 3 bloques: contribución de la madre al diálogo con su bebé, capacidad de la madre para gestionar la rutina diaria y su competencia para atender las necesidades físicas del bebé, y contribución del bebé a la interacción.
Maternal Attachment Inventory (MAI) (Chen et al.,	26	4-8 meses	- Escala tipo Likert: 0-4. - A mayor puntuación, mayor	- Autoadministrada. - Actividades y sentimientos maternos - Mide vínculo afectivo del apego postnatal.

2013; Müller, 1996)			“apego”.	
Mother and Baby Interaction Scale (MABISC) (1996). (Høivik et al., 2013)	10	-	- Escala tipo Likert: 0-4. - A mayor puntuación, mayor dificultad en la interacción entre madre e hijo.	- Autoadministrada. - Referida al último mes. - Mide la interacción entre madre e hijo (reacciones maternas). - Empleo en mujeres con sospecha de depresión postparto.
Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS) (Condon & Corkindale, 1998)	19	< 8 meses	- Escala tipo Likert: 1-5. - A mayor puntuación, mayor apego.	- Autoadministrada. - Dividida en tres factores: “quality of attachment”, “absence of hostility” y “pleasure in interaction”. - Buenas capacidades psicométricas. - Mide la respuesta emocional de la madre en diferentes dimensiones relacionadas con el vínculo/apego.
Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) (I. F. Brockington et al., 2001, 2006)	25	-	- Escala tipo Likert: 0-5. - A mayor puntuación, mayor alteración de la	- Autoadministrada. - Dividida en 4 subescalas: alteración del vínculo, rechazo e ira, ansiedad por el cuidado, riesgo de maltrato. - Mide los sentimientos

			relación materno-filial.	y actitudes de la madre hacia su hijo. - Detección de alteraciones de la relación madre-hijo en fases tempranas.
Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) (Taylor et al., 2005)	8	< 12 semanas	- Puntuación de cada ítem: 0-3. - A mayor puntuación, mayor dificultad en el vínculo.	- Autoadministrada. - Uso en las primeras semanas del postparto. - Detección de alteraciones en el vínculo.
Mothers' Object Relations Scales Short-form (MORS-SF) (Oates et al., 2018)	14	< 12 meses	- Escala tipo Likert: 0-5. - A mayor puntuación, mayor nivel de calidez e invasividad percibidos por la madre.	- Autoadministrada. - Adaptación de la versión de 44 ítems. - Mide la representación materna de la relación de ésta con su bebé. - Dividido en 2 ejes: "emotional warmth-coldness" e "invasion-withdrawal of the infant towards the mother". - Detección de dificultades potenciales en la relación materno-filial.

1.4.2. Instrumentos de medida del apego y de la reciprocidad en la relación materno-filial

Dentro de los instrumentos de medida del apego y de la reciprocidad en la relación materno-filial, en la tabla 2 se recogen algunos de los más relevantes (Lotzin et al., 2015).

Tabla 2. Instrumentos de medida del apego y de la reciprocidad en la relación materno-filial.

Instrumento	Número de ítems	Edad	Puntuación	Características específicas
Strange Situation Procedure (SSP) (M. D. Ainsworth & Bell, 1970; M. D. S. Ainsworth & Wittig, 1969)	8 episodios	12 meses	- Codificación específica de las conductas asociadas a cada episodio.	- Observación externa. - Duración: 20 min aprox. - Análisis de las interacciones entre el niño, la madre y la persona extraña. - Análisis de la conducta de apego y exploratoria en los 8 episodios.
Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS) (Cárcamo et al., 2014; Massie & Campbell, 1983)	14	0 – 18 meses	- Escala tipo Likert: 1-5. - Clasificación según frecuencia de las puntuaciones de cada ítem.	- Observación externa. - Duración: 6 min aprox. - Evaluación de la interacción madre-hijo en situaciones de “estrés leve”. - Compuesta por 2 subescalas: materna e infantil. - Clasificación en un

				tipo de apego: A, B o C.
Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA) (Clark, 1985).	57	0 – 60 meses	- Escala tipo Likert: 1-5.	- Observación externa. - Duración: 20 min aprox. - Uso en la práctica clínica. - Identifica áreas de fortaleza y preocupación en la díada parental-filial. - Dividida en 3 subescalas o dominios: funcionamiento de los padres, del niño y de la díada.
Coding Interactive Behavior (CIB) (Feldman, 1998, 2012)	43	0 – 13 años.	- Escala tipo Likert: 1-5.	- Observación externa. - Interacción grabada: alimentación, juego, cuidado, tareas de resolución de problemas, lectura. - Duración: 1 – 5 min. - Evaluación de la calidad de las interacciones entre padres e hijos. - Diferentes versiones, desde el nacimiento hasta la adolescencia. - Dividido en 7 subescalas: 3 maternas, 2 del niño y 2 de la

				díada.
Pediatric Infant Parent Exam (PIPE) (Fiese et al., 2001)	4	4 – 12 meses	- Escala tipo Likert: 0-5. - A mayor puntuación, mayores problemas de interacción.	- Observación externa. - Duración: 1 – 5 min. - Evaluación de las interacciones entre madre/padre e hijo.
Dyadic Mutuality Code (DMC) (Censullo, 2004)	6	0 – 6 meses	- Cada ítem puntúa con 1 (ausencia) o 2 (presencia) puntos. - A mayor puntuación, mayor sincronía.	- Observación externa. - Interacción lúdica grabada. - Duración: 5 min aprox. - Mide el nivel de sincronía, mutualidad y respuesta en la interacción madre-hijo. - Dividido en tres subescalas referidas a la madre, el hijo y la díada.
Child–Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index) (Crittenden, 2006; Hautamäki, 2014)	15	Dos versiones: - 0-15 meses. - 16-30 meses.	- Cada subescala tiene una puntuación de 0 a 14. - A mayor puntuación, mayor sensibilidad durante la interacción.	- Observación externa. - Interacción lúdica grabada. - Duración: 3 min aprox. - Mide la calidad de la interacción entre madre (adulto) e hijo, la sensibilidad de la madre durante la

				interacción. - Identifica díadas en situación de riesgo. - Dividida en 2 subescalas: adulto y niño.
--	--	--	--	---

1.5. Vínculo, apego y salud mental materno-infantil. Una breve aproximación

La presencia de morbilidad psicológica es elevada en mujeres en edad reproductiva, especialmente la depresión y la ansiedad, siendo frecuentes tanto en el embarazo, como en el postparto (Mahmood & Mercer, 2016). Muchas mujeres experimentan cambios en su salud mental durante el embarazo y durante el primer año tras el parto, la Organización Mundial de la Salud estima que 1 de cada 5 mujeres tendrá un problema de salud mental en este período (World Health Organization, 2022). El embarazo y el parto podrían considerarse eventos estresantes, puesto que implican un cambio en la identidad de la mujer, en la salud física y en la situación económica y social. La ansiedad y la depresión son frecuentes, siendo experimentadas por 1 de cada 10 mujeres en países con ingresos elevados y por 1 de cada 5 en países con ingresos medios y bajos (World Health Organization, 2022). Este empeoramiento de la salud de las mujeres podría afectar tanto al bienestar de la mujer, como al del niño y de la familia, conllevando problemas durante el embarazo y dificultando el proceso de la vinculación entre madre e hijo (World Health Organization, 2022).

La guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2015) recoge que en torno al 12% de las mujeres experimenta depresión durante el embarazo y que aproximadamente el 13% ha padecido ansiedad durante el mismo, siendo habitual la conjunción de ambas. Además, se estima que entre el 15 y el 20% de las mujeres padecen ansiedad y depresión en el primer año tras el parto, aunque existen otros informes que sitúan en un 56% la presencia de depresión en mujeres con hijos entre 0 y 12 meses de

edad (López-Rodríguez & Soriano-Villarroel, 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

Entre el 10 y el 25% de las mujeres remitidas a las consultas de salud mental tras el parto presentan alteraciones en la relación materno-filial y aproximadamente un 29% de las mujeres están diagnosticadas de depresión postparto (DPP) (López-Rodríguez & Soriano-Villarroel, 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Las mujeres con problemas de salud mental graves pueden sentirse inseguras o incapaces a la hora de atender a su hijo. Si las mujeres no establecen un vínculo adecuado con su hijo, esto podría comprometer gravemente su capacidad de respuesta a las necesidades del niño, incluyendo su capacidad para amamantar (World Health Organization, 2022).

La depresión perinatal supone alteraciones en la vinculación y el apego entre madre e hijo, especialmente en lo que se refiere a la asunción del rol materno, la respuesta de la madre hacia las necesidades del recién nacido y calidad del vínculo y del apego materno-filial (Koss et al., 2016; Śliwerski et al., 2020). Hay que distinguir entre depresión prenatal y DPP. La depresión prenatal constituye un factor de riesgo para la aparición de la DPP (Śliwerski et al., 2020).

En líneas generales, existe una relación negativa entre el vínculo materno-fetal y la presencia de sintomatología depresiva (Koss et al., 2016; Rollè et al., 2020). Asimismo, podría existir una asociación entre la depresión materna, en concreto con la presencia de DPP, y las alteraciones del vínculo (Alhusen et al., 2012; Rollè et al., 2020).

La ansiedad constituye otro de los problemas de salud mental más prevalentes durante el período perinatal. Las madres que presentan trastornos de la ansiedad durante el embarazo presentan una percepción negativa del vínculo con su hijo (Nath et al., 2019).

En cuanto a la salud mental del niño, cabe destacar que el estilo de apego, la vinculación y otros aspectos concretos de la relación entre madre e hijo, como la sensibilidad materna, entre otros, tienen un fuerte impacto

sobre la salud mental del niño que es especialmente visible a medio y largo plazo (Diamond, 2004; Pallini et al., 2014; Planalp & Braungart-Rieker, 2013; Sanchis & Botella, 2007).

Los lazos tempranos que se forman entre el niño y sus padres, en especial con su madre, están estrechamente relacionados con las relaciones posteriores que los niños forman con sus pares en edades escolares y posteriores (Pallini et al., 2014).

Los aspectos maternos contribuyen claramente a la formación del estilo de apego, siendo la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad características fundamentales que influyen en la seguridad del apego, de modo que la presencia de estilos de apegos controladores y fríos se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva en la adolescencia (Sanchis & Botella, 2007).

Los niños que presentan un estilo de apego desorganizado tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos, incluyendo trastornos de la conducta y trastornos disociativos en la niñez y la adolescencia, y trastorno límite de la personalidad, trastornos disociativos, de tipo afectivo y psicopáticos en la edad adulta (Diamond, 2004). Asimismo, la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y de desórdenes alimenticios en la infancia y la adolescencia podría guardar relación con la presencia de patrones de apego inseguro en la infancia, caracterizado por la falta de cuidado y la sobreprotección por parte de la figura cuidadora principal hacia el niño (Cella et al., 2014, 2020; De Panfilis et al., 2003).

1.6. Alteraciones en el vínculo y en el apego y repercusiones sobre la salud física: estado actual del tema

Se han identificado pocos estudios que relacionen las alteraciones de la vinculación y del apego con alteraciones y problemas referentes a la salud física concretos. Los patrones de apego inseguros, en concreto los tipo A y C, así como las alteraciones en el vínculo entre madre e hijo podrían guardar relación con el dolor crónico en la infancia y la

adolescencia, e incluso en la edad adulta, concretamente en aquellos sujetos con una vinculación y un estilo de apego caracterizado por la falta de atención y la excesiva sobreprotección (Anno et al., 2015; Donnelly & Jaaniste, 2016; Feeney, 2000; Shibata et al., 2020). Existe una relación entre las actitudes parentales y el sueño del niño, esta relación es compleja, multifactorial y bidireccional (Sadeh et al., 2010). Dentro de los factores que podrían influir en el sueño relacionados con la crianza se encontraría la relación de apego (Sadeh et al., 2010). Los estilos de apego caracterizados por el cuidado inadecuado y la sobreprotección excesiva durante la infancia podrían estar relacionados con alteraciones en la calidad del sueño en la edad adulta (Shibata et al., 2016). Asimismo, un estilo de apego inadecuado en la infancia podría estar relacionado con la presencia de problemas dermatológicos crónicos en la infancia y la adolescencia, como el eczema y las marcas de nacimiento vasculares, entre otros (Soon et al., 2023). El apego inseguro, en concreto el apego inseguro-ambivalente, se asocia con un mayor nivel de estrés que es un factor que contribuye a la morbilidad dermatológica (Soon et al., 2023).

1.7. Factores que intervienen en la formación del vínculo y del apego postnatal

Se han identificado diferentes factores que se relacionan con la formación del vínculo y del apego materno-filial, aunque no hay un consenso. Así, la salud mental materna, en concreto, el estado de emocional y el estado anímico de la madre son un factor clave para la vinculación en el postparto, de manera que tener un estado anímico bajo, el estrés materno, los estados depresivos y la presencia de ansiedad podrían ejercer una influencia negativa sobre la formación del vínculo (Bicking Kinsey et al., 2014a; de Cock et al., 2017; McNamara et al., 2019; Rossen et al., 2016; Sierra-García et al., 2018; Śliwerski et al., 2020). Otro factor relacionado con la formación del vínculo entre madre e hijo es la proximidad de ambos durante la estancia hospitalaria tras el parto, así como el apoyo recibido social percibido, más concretamente, el apoyo percibido por parte de la familia y de la pareja durante el período perinatal

(Bicking Kinsey et al., 2014a; Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; McNamara et al., 2019). El tipo de parto y la experiencia que la mujer ha tenido del proceso del parto, podrían ejercer un papel importante en la formación del vínculo (Bicking Kinsey et al., 2014a). Asimismo, el apego prenatal tiene un fuerte impacto sobre la formación del vínculo postnatal (Rossen et al., 2016).

Cabe destacar que tanto la representación mental de la propia mujer como madre, como el estilo de apego de la propia madre podrían influir en el establecimiento del vínculo y, posteriormente, en la relación de apego con el recién nacido (Alhusen et al., 2013; Gunning et al., 2011; Nordahl et al., 2019; Tichelman et al., 2020; Zdolska-Wawrzekiewicz et al., 2020). Asimismo, factores como la prematuridad del recién nacido, el contacto piel con piel tras el nacimiento y la presencia de depresión perinatal podrían afectar a la establecimiento del apego (Norholt, 2020a; Ruiz et al., 2018; Śliwerski et al., 2020).

Los diferentes estudios que existen sobre los factores que podrían influir sobre la vinculación y/o el apego materno-filial son contradictorios respecto a cuáles son los factores que ejercen influencia en la formación de ambos fenómenos, así como en la direccionalidad de los mismos, poniendo de manifiesto la necesidad de realizar más estudios sobre esta materia.

1.8. Magnitud del problema

La mayoría de las mujeres establecen una relación sana y satisfactoria con su recién nacido, pero existe una minoría que muestran dificultades en ese proceso, con el riesgo que ello conlleva para ambos. En torno al 10 - 25% de las mujeres remitidas a las consultas de psiquiatría/salud mental en el postparto acuden por problemas o alteraciones en la vinculación (Bicking Kinsey et al., 2014a; I. Brockington, 2004).

Existen pocos estudios recientes que muestren cifras concretas sobre el grado vinculación materna. Uno de ellos es el de de Cock et al. (de Cock et al., 2016), donde se midió el nivel de apego parental desde el embarazo

hasta los 24 meses tras el parto, hallando que el 13% de las madres presentaban niveles muy altos de apego, el 45.5% mostraron niveles de apego relativamente altos, el 16.3% tenían niveles intermedios de apego y el 25.3% mostraban niveles de apego relativamente bajos. Otro estudio parte de que la prevalencia de alteraciones en la vinculación materno-infantil en la población general oscila entre el 7% y el 11.3%, ascendiendo incluso al 25% en muestras clínicas (Lehnig et al., 2019).

En la población española, García-Esteve et al. (García-Esteve et al., 2016) hallaron que en el grupo de población general el 2.9% de las madre presentan trastornos en la vinculación y un 0.6% presentaban trastornos grave del vínculo afectivo, mientras que en el grupo clínico los trastornos del vínculo se hallaban presentes en el 15.9% de las madres.

CAPÍTULO 2: JUSTIFICACIÓN



2. JUSTIFICACIÓN

Conocer cuáles son los factores que intervienen en la formación del vínculo y del apego entre una madre y su hijo es fundamental para poder entender mejor dicha relación y poder detectar de manera precoz alteraciones en los procesos de vinculación y apego que puedan generar repercusiones negativas en la díada materno-filial.

La relación que se establece entre una madre y su hijo es única, con unas características únicas y el cómo se establece esta relación tendrá un fuerte impacto sobre ambos en los diferentes planos de la salud, tanto físico, psicológico como social, a corto, medio y largo plazo.

El psiquiatra británico y padre de la Teoría del Apego, John Bowlby, señaló que el estilo de apego que una persona desarrolla en esa primera relación definirá a la persona durante toda su vida, puesto que la relación que un niño establece con su madre servirá como precedente para el resto de relaciones que establezca no sólo en la infancia, sino a lo largo de toda su vida. El vínculo que se crea entre una madre y su hijo es esencial e influye en el establecimiento del apego posterior que se forma entre ambos. Teniendo todo esto en cuenta, hay que destacar la importancia que tiene el estudio de los factores que influyen en el establecimiento de ambos fenómenos, así como la importancia de evaluarlos de manera conjunta dentro de la relación materno-filial. Conocer estos factores permitirá establecer estrategias de detección precoz en las mujeres, específicamente en las mujeres que presenten alguno de estos factores, así como promover las prácticas clínicas que disminuyan la probabilidad de que estos fenómenos se vean alterados.

Se necesita de instrumentos que valoren la vinculación madre-hijo (apego y vínculo). Aunque existen diferentes instrumentos de medida que evalúan la calidad del vínculo postnatal y del apego entre madres e hijos. Estos instrumentos se centran en la evaluación o bien del vínculo, o bien del apego, fenómenos que, aunque son diferentes, están estrechamente relacionados. El desarrollo de una herramienta que permita determinar la

calidad tanto del vínculo como del apego empleando un mismo instrumento de medida será novedoso para la práctica clínica, permitiendo la detección precoz de una vinculación y/o un apego subóptimo de una forma rápida, fácil y sencilla por los profesionales de Enfermería y Pediatría como parte del examen rutinario realizado dentro de programas dirigidos a la atención temprana de la salud infantil, permitiendo a los profesionales de la salud en contacto con las díadas materno-filiales detectar e intervenir rápidamente para evitar la aparición de disfunciones que puedan tener repercusiones negativas en la salud de la madre y del niño.

CAPÍTULO 3:

OBJETIVOS



3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Diseñar y validar un cuestionario que permita valorar de forma conjunta el vínculo y el apego para la detección precoz de disfunciones en la relación entre madre e hijo en la práctica clínica, así como conocer cuáles son los factores que pueden afectar a la formación de ambos fenómenos y su relación con la salud materna y la realización de prácticas clínicas como el establecimiento precoz del contacto piel con piel.

3.2. Objetivos específicos

1. Elaborar un instrumento válido y confiable de medida que permita determinar la calidad del vínculo postnatal y del apego en la relación materno-filial.
2. Conocer la relación existente entre el vínculo materno-filial y la probabilidad del desarrollo y la presencia de DPP en mujeres con recién nacidos entre las 6 semanas y los 18 meses de edad.
3. Identificar cuáles son los factores que pueden estar relacionados con una alteración del vínculo y del apego materno-filial.
4. Desarrollar y validar un modelo predictivo de realización del CPP inmediatamente tras el parto.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA



4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño y participantes

4.1.1. Diseño

Se ha llevado a cabo un estudio transversal descriptivo durante el último trimestre de 2022 y el primer trimestre de 2023 en mujeres de todo el territorio español con un hijo biológico con una edad comprendida entre las 6 semanas y los 18 meses de edad.

Los criterios de inclusión seguidos para conformar la muestra fueron mujeres con una edad comprendida entre los 18 y los 45 años. Los criterios de exclusión fueron mujeres que han tenido un parto múltiple (dos o más recién nacidos) y que no hablan o no conocen la lengua española (barrera idiomática).

Para conformar la muestra se contactó con diferentes asociaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y con grupos de apoyo a la lactancia materna y a la crianza de todo el territorio español. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, las participantes fueron informadas sobre el objetivo y el modo de participación en el estudio y, tras aceptar el consentimiento informado para la participación en la investigación, se les administró el cuestionario pertinente. Los cuestionarios se administraron vía online, donde las asociaciones distribuyeron el cuestionario a sus socias vía telemática, para ello se contactó con la persona responsable de cada asociación, y estas les proporcionaron un código QRS y un enlace para poder hacer el cuestionario en el momento que creyesen más oportuno y se estableció un chat para poder plantear cualquier cuestión o duda.

El diseño y la selección de los sujetos a estudio difieren según los diferentes objetivos planteados para el presente trabajo, siendo la metodología empleada para el objetivo 1 sustancialmente diferente de la empleada para alcanzar el resto de objetivos.

El diseño metodológico planteado para alcanzar el objetivo 1 se divide en cuatro fases:

El diseño del estudio se divide en cuatro fases:

- Fase 1: Diseño y creación del cuestionario

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos (Scopus, Web Of Science (WOS), ProQuest, CINHALL y PubMed) en ciencias de la salud durante los meses de noviembre de 2021 a febrero de 2022.

Finalmente, tras revisar detalladamente los instrumentos existentes para la medición del vínculo, del apego y de diferentes aspectos de la relación materno filial, y tras consultar con profesionales de Pediatría, Neonatología, Matronas, Enfermería, Psicología, Psiquiatría y Antropología, se elaboró un cuestionario compuesto por 31 ítems repartidos en dos subescalas: una subescala de vínculo, compuesta por 18 ítems, y una subescala de apego compuesta por 13 ítems. Obteniendo la versión 0 del cuestionario “Vínculo y Apego Materno-Filial” (VAMF). (ANEXO 1)

- Fase 2: Panel de expertos

Tras obtener la versión 0 del cuestionario VAMF, se procedió a la evaluación del mismo por parte un panel de expertos multidisciplinar. Se contactó con 12 expertos de diferentes disciplinas: Enfermería, Pediatría, Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Enfermería Pediátrica, Psiquiatría, Neonatología, Psicología y Antropología, para la evaluación del mismo. El contacto se realizó vía email, invitándoles a participar en la presente investigación en calidad de expertos en relaciones materno-filiales mediante la evaluación del cuestionario elaborado. Una vez aceptaron participar, se les envió el cuestionario original y se les pidió que evaluaran, asignando una puntuación de 1 (mejor puntuación) - 5 (peor puntuación), cada uno de los ítems que componen el cuestionario basándose en cuatro parámetros: redacción, comprensión, pertinencia y valoración general; asimismo, se incluyó un apartado para que incluyeran las observaciones que considerasen oportunas sobre cada ítem. En cuanto a la evaluación del cuestionario en general, se habilitó un apartado de observaciones para su evaluación en términos generales y para que

hiciesen las aportaciones/sugerencias que considerasen oportunas. (ANEXO 2)

Una vez recibidas las 12 evaluaciones, se pusieron en común y se realizaron las correcciones oportunas basadas en las opiniones de los expertos, obteniendo la versión 1 del cuestionario. El cuestionario modificado fue enviado de nuevo al panel de expertos para una segunda evaluación, tras la que se recibió la aprobación de estos.

- Fase 3: Pilotaje del cuestionario

Se llevó a cabo la captación activa de mujeres con hijos con edades comprendidas entre las 6 semanas y los 18 meses en las consultas de Enfermería (Niño Sano y vacunas), Matrona y Pediatría del Centro de Salud Dr. Ricardo Fernández Valadés (Jódar, Jaén). Se obtuvo una muestra de 15 madres a las que se citó en consulta para administrar el cuestionario VAMF junto con el cuestionario MPAS. Una vez cumplimentado el cuestionario, se realizó una entrevista a cada madre para que lo evaluase y realizara las aportaciones que consideraran oportunas acerca del VAMF: se valoró si el enunciado de cada ítem era correcto, comprensible y tenía una extensión adecuada, la adecuación de los ítems, la categorización de las respuestas, la opinión general de la madre acerca de los ítems, extensión y formato del cuestionario y si hallaron alguna dificultad a la hora de cumplimentarlo. Además, se pidió que evaluaran el cuestionario en general y que realizaran las aportaciones o sugerencias que considerasen oportunas.

Tras el pilotaje, uno de los ítems fue modificado, obteniendo la versión 2 del cuestionario. (ANEXO 3)

- Fase 4: Aplicación del instrumento a la población diana para conocer las propiedades psicométricas

Para esta parte se llevó a cabo un estudio transversal de validación sobre la muestra de mujeres.

4.1.2. Participantes

Al igual que ocurre con el diseño del estudio, la estimación del tamaño muestral para el objetivo 1 difiere de la misma para el resto de objetivos.

Para el objetivo 1, el tamaño de la muestra se estimó de acuerdo con los criterios para la realización de un análisis factorial. Estos criterios contemplan 10 sujetos por cada ítem, por lo que necesitábamos una muestra de al menos 310 participantes (De Vet et al., 2005).

Para el resto de los objetivos se ha seguido el criterio de modelización máxima donde, por cada variable independiente que se incluya en el modelo, se han de incluir 10 sujetos que presenten el problema objeto de estudio (Peduzzi et al., 1996).

De acuerdo a lo anterior, para el objetivo 2, teniendo en cuenta que las cifras de prevalencia de la DPP se sitúan en torno al 20% (National Institute for Health and Care Excellence, 2015) y que el modelo multivariable puede contener un mínimo de 20 variables se requieren 200 mujeres en riesgo de DPP y una muestra total de 1000 mujeres. Sin embargo, el equipo de investigadores optó por reclutar el máximo número de mujeres.

Para el objetivo 3, se ha empleado una prevalencia del 9% de diadas con alteración del vínculo, siguiendo los resultados encontrados por Lehnig *et al.* (Lehnig et al., 2019) con prevalencias de vínculo alterado en población general del 7%-11.3%. De esta forma, con 10 variables independientes en el modelo, necesitaríamos un mínimo de 100 diadas con vínculo alterado y un total de 1111 diadas madre-hijo a estudio.

Para el objetivo 4, teniendo en cuenta que en torno al 65% de las mujeres realizaran CPP inmediato tras el parto, se requieren un mínimo de 200 mujeres que hayan realizado CPP y 108 mujeres sin CPP para incluir 20 variables predictoras en el modelo inicial (Total=308 mujeres). Aun así se decidió incluir el mayor número de mujeres para mejorar la potencia estadística de las estimaciones y distribuir a la mitad de las diadas de forma

aleatoria para formar una cohorte de derivación y una cohorte de validación del modelo.

4.2. Fuentes de información y variables

4.2.1. Fuentes de información

Se administró un cuestionario que contenía variables sociodemográficas, estilos de vida, psicosociales y de salud referentes a la madre y al recién nacido. (ANEXO 4)

El vínculo y/o el apego materno-filial se midieron empleando la subescala de vínculo y/o la subescala de apego, respectivamente, del cuestionario VAMF desarrollado en el manuscrito 1. Este cuestionario está compuesto por 29 ítems divididos en dos subescalas, una de vínculo (VAMF- vínculo) que consta de 16 ítems y otra de apego (VAMF-apego) con 13 ítems. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta: nunca, a veces, a menudo, siempre, con una puntuación que va desde 1 hasta 4. A mayor puntuación, mayor calidad del vínculo entre madre e hijo. Se considera que la díada presenta un vínculo o apego alterado si tiene una puntuación total en el cuestionario por debajo del percentil 10. (ANEXO 3)

Para cada objetivo se han empleado diferentes cuestionarios e instrumentos de medida además de los cuestionarios mencionados anteriormente.

Para alcanzar el objetivo 1, el vínculo postnatal fue evaluado mediante el cuestionario “Maternal Postnatal Attachment Scale” (MPAS), desarrollado por Condon y Corkindale en 1998. Este cuestionario evalúa la respuesta emocional de la madre hacia su recién nacido y compuesto por 19 ítems que describen sentimientos de la madre hacia su hijo. Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert que va desde 1 (peor puntuación) hasta 5 (mayor puntuación), salvo en los ítems con puntuación inversa. A menor puntuación, menor vínculo entre madre e hijo. El MPAS presenta buenas capacidades psicométricas, con una consistencia interna

adecuada ($\alpha = 0.78$) (Condon, 1993; Riera-Martín et al., 2018; Taylor et al., 2005). (ANEXO 5)

En el objetivo 2, el riesgo de DPP se evaluó a través de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y la autodeclaración de diagnóstico médico de DPP. La EDPS fue desarrollada en 1987 por Cox et al. (Cox et al., 1987), consta de 10 ítems que se corresponden con afirmaciones sobre cómo se ha sentido la mujer en los últimos 7 días. Cada ítem puntúa entre 0 y 3, con un rango total que va desde 0 hasta 30 puntos, de manera que a mayor puntuación, mayor riesgo de presentar DPP. Los autores establecieron como punto de corte una puntuación de 9 – 10 para la clasificación dentro del estado depresivo (Cox et al., 1987). En 2003, García – Esteve et al. (García-Esteve et al., 2003) adaptaron y validaron la EDPS en la población española, recomendando un punto de corte en los 10/11 puntos para la identificación de la depresión mayor para el cribado rutinario para una evaluación psiquiátrica posterior. (ANEXO 6)

Dentro del objetivo 3, el riesgo de la mujer de sufrir violencia en el ámbito de la pareja fue evaluado mediante la versión corta del cuestionario Woman Abuse Screening Tool (WAST) (Brown et al., 1996), camuflado como preguntar que forman parte del cuestionario que contenía variables sociodemográficas, psicosociales y de salud. Esta versión corta del cuestionario fue validada para su uso en la población española por Plazaola-Castaño et al. (Plazaola-Castaño et al., 2008). (ANEXO 4).

4.2.2. Variables

4.2.2.1. Variables independientes

- Variables sociodemográficas:
 - Edad materna
 - Estado civil
 - Nacionalidad
 - Situación laboral
 - Nivel de ingresos aproximado
 - Enfermedad en el momento actual

- Variables obstétrico-ginecológicas:
 - Número de embarazos
 - Número de abortos y, en caso afirmativo, tipo de aborto
 - Tiempo transcurrido entre el parto/aborto anterior y el embarazo actual
 - Feto muerto
 - Número de partos vía vaginal
 - Número de cesáreas
 - Número de hijos/as
 - Embarazo de alto riesgo obstétrico
 - Embarazo buscado
 - Semanas de embarazo en el momento del parto
 - Técnicas de reproducción asistida
 - Educación maternal recibida durante el embarazo
 - Presencia de problemas de salud relacionados con el embarazo, en caso afirmativo, especificar el problema de salud específico.
 - Tipo de parto
 - Analgesia/anestesia durante el parto
 - Experiencia de la mujer sobre el parto
 - Valoración de la mujer sobre el trato recibido por los profesionales durante el parto.
 - Inicio precoz de la lactancia materna
 - CPP inmediatamente tras el parto
 - Presencia de complicaciones postparto
 - Días de ingreso en el hospital
 - Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras el parto
 - Reingreso hospitalario tras recibir el alta
 - Estado de salud percibido en las 6 semanas postparto
- Variables psicosociales y familiares:

- Cansancio o fatiga durante el proceso del embarazo, parto y postparto
- Ansiedad durante el proceso del embarazo, parto y postparto
- Problema de salud mental
- Diagnóstico de depresión antes/durante el embarazo
- Diagnóstico de DPP
- Apoyo percibido por parte de la pareja
- Apoyo percibido por parte de la familia
- Variables sobre estilos de vida:
 - Hábito tabáquico y, en caso afirmativo, número de cigarrillos y abandono del hábito tabáquico en el embarazo
 - Consumo de alcohol y, en caso afirmativo, consumo habitual u ocasional y abandono del consumo de alcohol durante el embarazo
- Variables relacionadas con el bebé:
 - Sexo
 - Semanas de gestación al nacer
 - Peso al nacer
 - Prematuridad
 - Puntuación en el test de APGAR al minuto y a los 5 minutos (documento de salud de la embarazada)
 - Agarre al pecho
 - Continúa lactando actualmente y, en caso negativo, motivo de abandono.
 - Duración de la lactancia materna
 - Presencia de algún problema de salud
 - Ingreso al nacer en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o Unidad de Neonatos y, en caso afirmativo, número de días de ingreso.
 - Llanto excesivo
 - Cólico del lactante

- Tratamiento actual
- Práctica del colecho

4.2.2.2. Variables dependientes

- Vínculo materno-filial
- Apego materno-filial

4.3. Análisis estadístico

4.3.1. Manuscrito 1

En primer lugar, se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivo empleando la media con desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

El análisis para el objetivo 1 difiere del análisis para el resto de objetivos. En primer lugar, se realizó el análisis de confiabilidad mediante el estudio de Cronbach (α) para evaluar la consistencia interna. La consistencia interna indica en qué medida los ítems en cuestión están correlacionados entre sí y cómo encajan y miden un mismo concepto. El α es una de las medidas más utilizadas para evaluar la confiabilidad de una escala (Mañes et al., 2011). Sus valores van de 0 a 1. Una de las reglas más aceptadas es considerar $\alpha > 0.9$ como excelente, $\alpha > 0.8$ como bueno, $\alpha > 0.7$ como aceptable, $\alpha > 0.6$ como cuestionable, $\alpha > 0.5$ como pobre y $\alpha < 0.5$ como inaceptable (Darren & Mallery, 2011).

Para determinar la validez de la escala utilizada, se analizaron tres de los tipos más habituales: validez de constructo, validez convergente y validez de criterio.

- En cuanto a la validez de constructo, se optó por realizar un análisis factorial exploratorio (EFA) para conocer los factores subyacentes a través del análisis de componentes principales (ACP). Antes de realizar el EFA, se analizaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y las pruebas de esfericidad de Bartlett, que

indicaron si era apropiado aplicar este análisis. Para que esto sea así, el KMO debe estar por encima de 0.6 y lo más cerca posible de 1, y la esfericidad de Bartlett, que consiste en la prueba de hipótesis estadísticas, debe ser inferior a 0.05 para rechazar la hipótesis nula de esfericidad y garantizar que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos. En el EFA, se empleó la rotación Varimax para ayudar a aclarar la asignación de artículos a diferentes factores. Para determinar el número de factores que se querían mantener, se utilizó el criterio de Kaiser, uno de los más usados. Retiene factores con valores propios mayores que el valor unitario (Tabachnick & Fidell, 2013).

- A continuación, se estudió la validez convergente, para ello se estudió la relación entre el VAMF y la MPAS utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, así como la capacidad predictiva de la escala VAMF y sus dos subescalas de apego y vínculo con la escala MAPS. Para esto se estimó el área bajo la curva (AUC) ROC con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.
- El siguiente paso fue determinar la validez de criterio. En este análisis se comparó las puntuaciones obtenidas en el test con algunos factores que podrían ser un obstáculo para el establecimiento del vínculo y apego seguro como el tipo de parto, ingreso del recién nacido, tipo de lactancia, estancia hospitalaria, contacto piel con piel, etc. Para ello se realizó un análisis bivariable utilizando las pruebas Ji cuadrado de Pearson o de Student-Fisher en función de la naturaleza cualitativa o cuantitativa de las variables. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0.05$.

Por último, se evaluó la fiabilidad intraobservador mediante una prueba test retest en una muestra de 30 mujeres que volvieron a realizar el cuestionario tras haber pasado 24 horas de la cumplimentación del primero, empleando en este caso el coeficiente de correlación intraclase (ICC).

En el objetivo 2, tras realizar la estadística descriptiva, se estudió la relación entre los diversos ítems que forman la subescala VAMF-vínculo con el riesgo de DPP (escala EPDS) y el diagnóstico autodeclarado de DPP empleando para ello la prueba Ji-cuadrado de Pearson. A continuación, se evaluó la relación de potenciales factores sociodemográficos y clínicos que podrían estar relacionados con el riesgo de DPP, entre ellos la escala VAMF-vínculo de forma cuantitativa. Para ello se utilizó la regresión logística binaria tanto para análisis bivariable como multivariable, obteniéndose Odds Ratio (OR) crudas y ajustadas (ORa) con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC:95%). Para el análisis multivariable se utilizó el sistema por paso hacia atrás y hacia delante para formar el modelo de riesgo de DPP empleando la escala EPDS, así como con el diagnóstico autodeclarado de DPP.

En el objetivo 3 se evaluó la relación de potenciales factores sociodemográficos y clínicos que podrían estar relacionados con la alteración del vínculo (subescala VAMF-vínculo) y del apego (subescala VAMF-apego). Para ello se utilizó también la regresión logística binaria tanto para análisis bivariable como multivariable, obteniéndose Odds Ratio (OR) crudas y ajustadas (ORa) con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC:95%). Para el análisis multivariable se utilizó el sistema por paso hacia atrás y hacia delante para formar el modelo de riesgo de vínculo alterado empleando la subescala VAMF-vínculo, así como con el riesgo de apego alterado mediante la subescala VAMF-apego.

Por último, para alcanzar el objetivo 4 se realizó el análisis bivariable de los factores predictivos mediante la prueba T de Student para variables cuantitativas (edad de la madre) y la prueba Chi cuadrado para variables cualitativas (resto de variables). Estos factores predictivos fueron identificados previamente en la literatura como factores relacionados con el establecimiento del CPP inmediatamente tras el parto y se incluyeron posteriormente en un modelo multivariado mediante eliminación hacia atrás por pasos (RV en SPSS).

Se analizaron parámetros de confiabilidad estadística, incluyendo: - 2LL; Cox-Snell R²; Nagelkerke R², para el modelo, con sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y razón de verosimilitud positiva para las diferentes probabilidades del modelo, tanto para la cohorte de derivación como para la cohorte de validación.

En el siguiente paso, se calculó el área bajo la curva (AUC) de la característica operativa del receptor (ROC) para la cohorte de validación para el modelo predictivo. Para analizar cualitativamente la predicción se utilizó el criterio de Swets considerando los siguientes rangos: 0,5-0,6 (muy malo), 0,6-0,7 (malo), 0,7-0,8 (satisfactorio), 0,8-0,9 (bueno) y 0,9-1,0 (excelente) (Carter et al., 2016).

Finalmente, se compararon las cohortes de derivación y validación a través de las pruebas de Chi cuadrado y T de Student para calcular las variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente.

4.4. Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Jaén (DCVA-21/ 2012-N-21) (ANEXO 7). Las participantes fueron informadas sobre todos los aspectos relacionados con el estudio, tras lo cual aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado. Una vez que aceptaron el consentimiento informado, las mujeres recibieron y cumplimentaron los correspondientes cuestionarios.

Este estudio se ha realizado siguiendo las guías y normas sobre ética de la investigación vigentes, de modo que la recogida, análisis y tratamiento de los datos obtenidos se ha llevado a cabo siguiendo la normativa legal vigente en el ámbito de la protección de datos de carácter personal, la cual se compone por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril del 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPD).

Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes.

CAPÍTULO 5:

RESULTADOS



5. RESULTADOS

5.1. Manuscrito 1: Diseño y validación de una herramienta para la valoración de la calidad del vínculo y del apego materno-filial: “Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial (VAMF)”.

1. **Referencia (autores, título):** Diaz-Ogallar MA, Hernandez-Martinez A, Linares-Abad M, Martinez-Galiano JM., Design and validation of an instrument for the evaluation of the quality of mother-child bond and attachment: “Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial” (VAMF-Questionnaire).
2. **Breve resumen:** The relationship between a mother and her newborn can be determined through two concepts: “bond” and “attachment”. Currently there aren’t instruments that assess these phenomena jointly. Objective: This study aims to develop a valid and reliable instrument to determine the quality of the postnatal bond and attachment in the mother-child relationship. Methods: In Spain, a multidisciplinary panel of experts was involved in creating the “Maternal-Child Bond and Attachment (VAMF, *for its initials in Spanish*)” tool. The tool was piloted on a group of women and applied to the target population of women with children aged between 6 weeks and 18 months to determine the psychometric characteristics: internal consistency Cronbach's α was used. An exploratory factor analysis, study of convergent validity with the scale and predictive validity with the Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS) Pearson correlation coefficient was used, and a study of reliability were carried out an intraclass correlation coefficient was used. Results: 1155 women participated, with a mean age of 34.5 years. The VAMF showed good internal consistency for the scale with 29 items ($\alpha=0.836$). In the Exploratory Factor Analysis (EFA), an explained variance of 49.71% was observed with 6 components. Convergent validity showed an adequate correlation, with a Pearson correlation coefficient with the MPAS scale of 0.679. The VAMF questionnaire

presented an excellent predictive capacity in the bond subscale, with an area under the ROC curve of 0.90 (95% CI: 0.87-0.93), and a poor predictive capacity in the attachment subscale, with an area under the ROC curve of 0.69 (95% CI: 0.63-0.76) to predict MPAS scale scores. In the test-retest, the VAMF presented a very good adequate degree of absolute agreement (ICC: 0.86; 95% CI: 0.72–0.93). Conclusions: The VAMF is a new valid and reliable instrument for determining the quality of the mother-child bond and attachment.

3. **Fecha de publicación:** -
4. **Estado:** en proceso de publicación.
5. **Tipo de publicación:** Artículo original.
6. **Categoría:** Enfermería.
7. **Ubicación:** Journal of Nursing Management.

5.2. Manuscrito 2: El vínculo materno-filial y su relación con la depresión postparto materna.

1. **Referencia (autores, título):** Diaz-Ogallar MA, Hernandez-Martinez A, Linares-Abad M, Martinez-Galiano JM., Mother-child bond and its relationship with maternal postpartum depression.
2. **Breve resumen:** The mother-child bond may be related to maternal health, especially postpartum depression (PPD). Existing studies are scarce and show the need for further in-depth research on the subject. **Aim:** To determine the relationship between bonding and the probability of the development and presence of PPD in with women with a biological child between 6 weeks and 18 months of age. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. A questionnaire containing sociodemographic, psychosocial, and health variables referring to the mother and the newborn, a questionnaire for measuring the bond (VAMF-bond), and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDPS) were administered. **Results:** 1114 women participated. The association between the items of the VAMF-bond subscale and the risk of PPD was statistically significant for all items ($p < 0.005$), except items 4 and 10. The multivariate analysis showed that the risk of PPD (EPDS scale) was lower in women with higher scores on bond (Adjusted Odds Ratio: $aOR = 0.85$; 95%CI: 0.81, 0.88), whose birth experience was good or very good ($aOR = 0.57$; 95%CI: 0.36, 0.89), who received high or very high support from their partner ($aOR = 0.34$; 95%CI: 0.18, 0.66), and family ($aOR = 0.53$; 95%CI: 0.32, 0.86). The presence of PPD was less frequent in women who presented higher scores for bond ($aOR = 0.90$; 95%CI: 0.84, 0.97), who had skin-to-skin contact ($aOR = 0.39$; 95%CI: 0.17, 0.93) and who received high or very high support from the family ($aOR = 0.36$; 95%CI: 0.12, 1.04). **Conclusions:** High scores on the subscale VAMF-bond were associated with a lower risk of PPD.
3. **Fecha de publicación:** -

- 4. Estado:** en proceso de publicación.
- 5. Tipo de publicación:** Artículo original.
- 6. Categoría:** Enfermería.
- 7. Ubicación:** Journal of Reproductive and Infant Psychology.

5.3. Manuscrito 3: Factores relacionados con la alteración del vínculo y del apego materno-infantil.

1. **Referencia (autores, título):** Diaz-Ogallar MA, Hernandez-Martinez A, Linares-Abad M, Martinez-Galiano JM., Factors related to a disturbance in the mother-child bond and attachment.
2. **Breve resumen: Introduction:** Establishing an adequate bond and attachment between a mother and child is essential for preventing pathologies and developing this relationship in the future. **Purpose:** To identify the factors related to a disturbance of the mother-child bond or attachment. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out with women with a biological child between 6 weeks and 18 months of age. The Mother-Child Bond-Attachment Questionnaire (VAMF, for its name in Spanish) was administered to measure the bond and postnatal attachment together with a questionnaire containing sociodemographic, psychosocial, and health variables referring to the mother and the newborn. **Results:** 1114 women participated. The multivariate analysis showed that skin-to-skin contact (aOR=0.58; 95% CI: 0.37, 0.90) and breastfeeding (aOR = 0.55; 95% CI: 0.35, 0.86) reduce the probability of presenting a bond disturbance. Anxiety during pregnancy, childbirth, and the puerperium (aOR = 3.95; 95% CI: 2.57, 6.05) and postpartum complications (aOR = 1.60; 95% CI: 1.03, 2.48) increase the chance of having a bond disturbance. Skin-to-skin contact (aOR = 0.61; 95% CI: 0.38, 1.00), breastfeeding (aOR = 0.47; 95% CI: 0.27, 0.80,) and an older age of the infant (months) (aOR=0.77: 95% CI: 0.72, 0.82) reduces the probability of presenting an attachment disturbance. **Conclusions:** Skin-to-skin contact and breastfeeding are associated with a lower probability of impaired bonding and attachment. Anxiety states during pregnancy, childbirth, and the puerperium, and complications after childbirth increase the probability of developing a bond disorder. The older the age of the infant, the

lower the frequency of having an impaired attachment. Implications to practice: Identifying the factors associated with the establishment of the mother-child bond and attachment is essential for the development of prevention strategies and early identification of cases that may present alterations and avoid their consequences on the health of the mother and child.

3. **Fecha de publicación:** 20/02/2024
4. **Estado:** publicado
5. **Tipo de publicación:** Artículo original.
6. **Categoría:** Enfermería.
7. **Ubicación:** Journal of Pediatric Nursing
8. **Otros datos de interés:** <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.009>

5.4. Manuscrito 4: Desarrollo de un modelo predictivo para el establecimiento del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto: un estudio transversal.

- 1. Referencia (autores, título):** Diaz-Ogallar MA, Hernandez-Martinez A, Linares-Abad M, Martinez-Galiano JM., Development of a Predictive Model for Skin-to-Skin Contact Immediately after Birth: A Cross-Sectional Study.
- 2. Breve resumen:** The aim of this study was to develop and validate a predictive model for the establishment of skin-to-skin contact immediately after birth. A descriptive cross-sectional study was conducted during the last trimester of 2022 and the first trimester of 2023 with women who had given birth in Spain. A questionnaire containing sociodemographic, psychosocial, and health variables referring to the mother and the newborn, as well as the Bond and Attachment questionnaire (VAMF, for its name in Spanish) for the analysis of the mother–child bond and attachment, were administered. A multivariate analysis was performed, and areas under the ROC curve (AUC) with their 95% confidence intervals (CI) and the predictive characteristics of these models were estimated. In total, 1077 women participated. The prevalence of early skin-to-skin contact after delivery was 50.2% (468) in the derivation cohort and 49.8% (464) in the validation cohort. Multivariate analysis showed that prematurity, type of delivery, and birth experience were statistically significant, so they were included in the model ($p \leq 0.05$). The predictive ability (AUC ROC) was good in both the derivation cohort, yielding 0.92 (95% CI: 0.89–0.95), and in the validation cohort, yielding 0.89 (95% CI: 0.85–0.93). This study developed a predictive model identifying factors facilitating early skin-to-skin contact between a mother and her newborn immediately after birth.
- 3. Fecha de publicación:** 10/05/2024
- 4. Estado:** publicado.
- 5. Tipo de publicación:** Artículo original.

- 6. Categoría:** Enfermería.
- 7. Ubicación:** Children
- 8. Otros datos de interés:** <https://doi.org/10.3390/children11050577>

CAPÍTULO 6:

DISCUSIÓN

GENERAL



6. DISCUSIÓN GENERAL

La vinculación y el apego materno-filial son fenómenos esenciales en el establecimiento de la relación entre una madre y su hijo, siendo determinantes para el desarrollo de la misma y para el establecimiento de nuevas relaciones por parte del infante en un futuro.

Pese a la importancia de ambos fenómenos, existen pocos instrumentos en nuestro medio que permitan evaluar ambos fenómenos de maneja conjunta utilizando un mismo instrumento de medida.

En el Manuscrito 1 se ha diseñado y validado un cuestionario para la medición conjunta del vínculo postnatal y del apego materno-filial, el cuestionario VAMF. Este cuestionario está compuesto por dos subescalas, una para la evaluación del vínculo (VAMF-vínculo) y otra para la evaluación del apego (VAMF-apego). El cuestionario VAMF posee buenas capacidades psicométricas, presentando una buena consistencia interna. El análisis factorial exploratorio mostró que el 49.71% de la varianza del nuevo cuestionario se explicaba dividiendo los ítems en 6 componentes. La validez convergente se estudió empleando la escala MAPS, que mide vínculo postnatal (Condon & Corkindale, 1998), mostrando una adecuada correlación. La escala VAMF presentó una excelente capacidad predictiva en la subescala vínculo y una capacidad predictiva pobre en la subescala apego, hallazgo que concuerda con la naturaleza de cada subescala, puesto que la escala MPAS mide vínculo postnatal. El VAMF mostró una buena correlación intraclase en el test-retest. Existen pocos instrumentos validados a la lengua española para la medición del vínculo y del apego. Dos de los más importantes y utilizados en la práctica clínica son el MPAS y el PBQ, ambos miden vínculo postnatal y han sido traducidos y validados en español, presentando buenas capacidades psicométricas (Garcia-Esteve et al., 2016; Riera-Martín et al., 2018). En este manuscrito también se han explorado diferentes factores maternos y del recién nacido y su relación con el cuestionario VAMF y las subescalas que lo componen. Se ha hallado que la subescala VAMF-vínculo está relacionada con el tipo parto, la

presencia de complicaciones en el postparto, el número de días de ingreso en el hospital, haber sido ingresada en la UCI, el estado de salud de la mujer en las 6 semanas postparto, los problemas de salud mental, la presencia de depresión prenatal, y la presencia de ansiedad y cansancio/fatiga durante el proceso del embarazo, parto y postparto, así como el número de semanas de embarazo en el momento del parto, el ingreso hospitalario del niño al nacer, el inicio precoz de la lactancia materna, el llanto excesivo y la presencia de cólico del lactante. Por su parte, el tipo de parto, el inicio precoz de la lactancia materna y la presencia de cólico del lactante mostró correlación con la subescala de apego. También se encontró que el contacto piel con piel no presentó correlación con la escala VAMF ni con ninguna de sus dos subescalas.

En el Manuscrito 2 se explora la relación existente entre el vínculo materno-filial y el riesgo y el diagnóstico de DPP. Elevadas puntuaciones en el cuestionario VAMF-vínculo se asoció con un menor riesgo de desarrollar DPP y de DPP diagnosticada. También se halló que el riesgo de DPP está influenciado por determinados factores, que son: la experiencia del parto, presentar ansiedad durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, el apoyo recibido por parte de la pareja y de la familia. Por su parte, la presencia de DPP está relacionada con no haber mantenido contacto piel con piel, presentar ansiedad durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, la presencia de depresión prenatal y el bajo apoyo recibido por parte de la familia. Aunque la bibliografía es escasa, estos hallazgos se encuentran en consonancia con la mayoría de los estudios existentes, los cuales señalan que la depresión materna y las alteraciones en la vinculación entre madre e hijo podrían guardar relación, favoreciendo la aparición de DPP (Duman et al., 2018; Kokubu et al., 2012; Ohara et al., 2017; Rossen et al., 2016). Asimismo, existen estudios como el de Ohara et al. (Ohara et al., 2017) que resaltan la importancia del apoyo social, poniendo de manifiesto la importancia del mismo sobre la depresión perinatal y las alteraciones de la vinculación. La experiencia del parto y el apoyo recibido por parte de la familia y de la pareja ejercen una fuerte influencia sobre la vinculación y el desarrollo de DPP, hallazgos que se

encuentran en consonancia con los hallado en este manuscrito (Coo et al., 2023; Martínez-Vázquez et al., 2022; Perkins et al., 2023). El contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido, al igual que sostienen varios autores, hemos identificado que podría ser un factor que reduciría la probabilidad de desarrollar DPP (Kirca & Adibelli, 2021; Scime et al., 2019).

En el Manuscrito 3 se analizan cuáles son los factores que intervienen en la vinculación y el apego materno-infantil, así como cuáles son aquellos factores que están relacionados con alteraciones de los mismos. Se ha hallado que realizar contacto piel con piel inmediatamente tras el parto, así como alimentarse con lactancia materna reduce la probabilidad de desarrollar un vínculo alterado. Por su parte, la depresión prenatal, la presencia de ansiedad durante el proceso del embarazo, parto y puerperio y las complicaciones tras el parto aumentan esa probabilidad. En cuanto al apego, se ha encontrado que la realización de contacto piel con piel tras el nacimiento, alimentarse con lactancia materna y una mayor edad del niño, reducen la probabilidad de presentar alteraciones en el apego. El contacto piel con piel ha sido clásicamente uno de los más importantes para el establecimiento del vínculo entre madre e hijo, como afirmaban Klaus y Kennell (Kennell & Klaus, 1979; Klaus & Kennell, 1970b, 1970a), aunque no el único, como bien se halló posteriormente y como aparece reflejado en los resultados del presente manuscrito, ya que existen otros factores determinantes que intervienen en la formación de dicho vínculo (Fegran et al., 2008; Gupta et al., 2021; Kennell & Klaus, 1984; Moore et al., 2016; Myers, 1984a, 1984b; Widström et al., 2019). El contacto piel con piel ejerce un papel muy importante en la vinculación entre madre e hijo, se asocia a una mayor sensibilidad materna y a una mayor probabilidad de desarrollar un apego seguro (Fegran et al., 2008; Gupta et al., 2021; Kim et al., 2011; Moore et al., 2016; Norholt, 2020b; Scatliffe et al., 2019; Widström et al., 2019). La mayoría de los autores en la materia afirman, en consonancia con lo hallado en este manuscrito, que la alimentación con lactancia materna disminuye la probabilidad de desarrollar un vínculo y un apego alterados (Jackson, 2016; Kim et al., 2011; Linde et al., 2020; Roth et al., 2021). La salud mental materna tiene una fuerte influencia sobre la

vinculación entre la madre y el recién nacido, tal y como se muestra en los resultados obtenidos en el presente manuscrito, en concreto los estados depresivos durante el embarazo y la ansiedad perinatal (Alhusen et al., 2012; Nath et al., 2019; Śliwerski et al., 2020). Se ha encontrado que la presencia de complicaciones en el postparto aumentan la probabilidad de desarrollar un vínculo materno-filial alterado, hay autores que han identificado que complicaciones específicas como el dolor agudo (Makeen et al., 2022), las infecciones del tracto urinario (Karsnitz, 2013) o la hemorragia postparto (Latt et al., 2023) ejercen un impacto negativo en la vinculación. En cuanto a la edad del niño, hay que tener en cuenta que el apego comienza a formarse desde el nacimiento, donde se establece el primer contacto entre la madre y el recién nacido, apareciendo los primeros comportamientos de apego, que se hacen más evidentes y complejos a partir del sexto mes de vida (M. D. S. Ainsworth, 1989; Bowlby, 1958, 1977). Nuestros hallazgos coinciden con esta premisa, de modo que a mayor edad del niño, mayores son los comportamientos de apego que éste muestra y que la madre percibe y más evidente es la relación de apego entre el niño y su madre.

En el manuscrito 4 se ha desarrollado un modelo predictivo para determinar la probabilidad de realizar el CPP entre madre e hijo inmediatamente tras el parto. El modelo presentó una buena capacidad predictiva en las cohortes derivación y validación. Se hallaron como factores predictivos para el CPP la prematuridad del recién nacido, el tipo de parto y la valoración materna de la experiencia del parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se establezca el CPP madre e hijo en recién nacidos prematuros que tengan un peso igual o inferior a 2000g tan pronto como se encuentren clínicamente estables (World Health Organization, 2015), aunque existen factores que dificultan la práctica del CPP en recién nacidos prematuros, tales como la propia definición de “estabilidad clínica”, los equipos y dispositivos empleados en el cuidado del prematuro, factores institucionales, factores relacionados con los propios profesionales de la salud y factores maternos (Gulla et al., 2017; Koopman et al., 2016; Lee et al., 2012). El tipo de parto también

influye en la realización precoz del CPP. Aunque las recomendaciones de la OMS recomienda el inicio del CPP inmediato tras el parto por cesárea realizado con analgesia epidural o cuando la madre se encuentre lo suficientemente alerta como para sostener a su hijo en el caso de cesárea realizada con anestesia general (World Health Organization, 2018), existen diferentes factores que dificultan su realización. La Asociación Española de Pediatría (AEPED) indica que la práctica del CPP podría verse afectada en los partos por cesárea debido a la presencia de determinados factores, tales como la reticencia de los propios profesionales debido al compromiso de la esterilidad del quirófano, la hipotermia que el recién nacido puede sufrir debido a las condiciones ambientales del quirófano, las complicaciones subyacentes a la cirugía, y la vigilancia del recién nacido durante el CPP y en el traslado a la Unidad de Reanimación Postquirúrgica, no quedando definido qué profesional se encarga de la misma, junto con la falta de formación del personal en este ámbito. También se ha hallado la importancia de la valoración subjetiva de la madre sobre la experiencia del parto en el establecimiento del CPP, hallazgo que está en consonancia con otros autores que relacionan una experiencia positiva del parto con el establecimiento satisfactorio del CPP precoz entre la madre y su recién nacido (Da Silva Santos et al., 2022; Fernandez-Turienzo et al., 2020; Martínez-Galiano et al., 2021; Suárez-Cortés et al., 2015).

En cuanto a las limitaciones encontradas para la realización del presente trabajo de investigación, al tratarse de un cuestionario autoadministrado, no hay que descartar un posible sesgo de selección asociado a la no respuesta. Si bien, no hay indicios o razones que hagan pensar que las mujeres que no contestaron hubiesen respondido de forma diferente a las que lo hicieron. También cabe la posibilidad de aparición del sesgo de memoria, aunque al tratarse de una información que la mujer considera importante lo más probable es que la recuerde con facilidad. Además, el tiempo que transcurre desde el parto hasta que se recoge la información no es muy largo, por lo que de existir dicho sesgo, la influencia en los resultados es mínima. Al tratarse de un estudio observacional no se puede descartar totalmente un sesgo de confusión si bien con los criterios

aplicados para la selección de las mujeres participantes y con el análisis multivariable llevado a cabo la posible influencia de este sobre los resultados ha sido mínima. Del mismo modo, por el tipo de estudio, no es posible establecer relaciones causales.

En el manuscrito 4, además de las limitaciones previamente detalladas, cabe destacar que este modelo predictivo para el establecimiento precoz del CPP se ha realizado y validado en la población española, por lo que necesitaría ser validado en otras poblaciones.

CAPÍTULO 7:

CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES

7.1. Conclusiones objetivo 1

Elaborar un instrumento válido y confiable de medida que permita determinar la calidad del vínculo postnatal y del apego en la relación materno-filial.

El cuestionario VAFM es una nueva herramienta que presenta buenas propiedades psicométricas para la medición del vínculo materno filial y del apego en madres e hijos con edades comprendidas entre las 6 semanas y los 18 meses.

7.2. Conclusiones objetivo 2

Conocer la relación existente entre el vínculo materno-filial y la probabilidad del desarrollo y la presencia de DPP en mujeres con recién nacidos entre las 6 semanas y los 18 meses de edad.

Elevadas puntuaciones en la subescala de vínculo del cuestionario VAMF (VAMF-vínculo) se asocia a un menor riesgo de desarrollar DPP, lo que supondría la asociación del vínculo con el desarrollo de DPP.

7.3. Conclusiones objetivo 3

Identificar cuáles son los factores que pueden estar relacionados con una alteración del vínculo y del apego materno-filial.

El contacto piel con piel tras el parto y la alimentación con lactancia materna se asocian a una menor probabilidad de tener un vínculo y un apego materno-filial alterados. Los estados de ansiedad durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, así como las complicaciones tras el parto aumentan la probabilidad de desarrollar un vínculo alterado. La edad del recién nacido está relacionada con el apego, a mayor edad, menor frecuencia de tener un apego alterado.

7.4. Conclusiones objetivo 4

Desarrollar y validar un modelo predictivo de realización del CPP inmediatamente tras el parto.

Se ha desarrollado un modelo predictivo que permite identificar cuáles son los factores que favorecen la práctica del CPP entre madre e hijo inmediatamente tras el parto, que son: la prematuridad del recién nacido, el tipo de parto y la valoración materna de experiencia del parto.

CAPÍTULO 8:
REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, Y. M., & Kim, N. H. (2007). Parental perception of neonates, parental stress and education for NICU parents. *Asian Nursing Research*, 1(3), 199–210. 10.1016/S1976-1317(08)60022-5
- Ainsworth, M. D. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969–1025. 10.1111/j.1467-8624.1969.tb04561.x
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67. 10.1111/j.1467-8624.1970.tb00975.x
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Patterns of Infant-Mother Attachments: Antecedents and Effects on Development. *Bull. N.Y. Acad. Med.*, 61(9), 771–791.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. 10.1037/0003-066X.44.4.709
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2014). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. In *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press. 10.4324/9780203758045
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (pp. 113–136). Methuen.
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L., & Sharps, P. W. (2012). The Role of Mental Health on Maternal-Fetal Attachment in Low-Income Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 41(6), E71–E81. doi:10.1111/j. 1552-6909.2012.01385.x.
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521–529. 10.1007/s00737-013-0357-8
- Anno, K., Shibata, M., Ninomiya, T., Iwaki, R., Kawata, H., Sawamoto, R., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N., & Hosoi, M. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: The Hisayama Study. *BMC Psychiatry*, 15, 181. 10.1186/s12888-015-0574-

y

- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics and Child Health*, 9(8), 541–545. 10.1093/pch/9.8.541
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014a). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30(5), e188–e194. 10.1016/j.midw.2014.02.006.BIRTH-RELATED
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014b). Effect of miscarriage history on maternal-infant bonding during the first year postpartum in the First Baby Study: A longitudinal cohort study. *BMC Women's Health*, 14, 83. 10.1186/1472-6874-14-83
- Bicking Kinsey, C., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320. 10.1016/j.midw.2012.12.019
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M. W. F. T., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 287–298. 10.1016/j.neubiorev.2020.03.014
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373. 10.4324/9780429475931-15
- Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210. 10.4324/9780203441008
- Bowlby, J. (1982a). *Attachment and Loss, Volume I: Attachment* (2nd ed.). Basic Books.
- Bowlby, J. (1982b). Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
- Bretherton, I. (1992a). Attachment and Bonding: From Ethological to Representational and Societal Perspectives. In V.B. Van Hasselt and M. Herson (Ed.), *Handbook of Social Development* (pp. 133–155). New York: Plenum. 10.1007/978-1-4899-0694-6
- Bretherton, I. (1992b). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. 10.4324/9780203440841-8
- Brockington, I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3(2), 89–95.

- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 233–242. 10.1007/s00737-006-0132-1
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133–140. 10.1007/s007370170010
- Broussard E. R. (1979). Assessment of the adaptive potential of the mother-infant system: the neonatal perception inventories. *Seminars in Perinatology*, 3(1), 91–100.
- Cárcamo, R. A., van IJzendoorn, M. H., Vermeer, H. J., & van der Veer, R. (2014). The Validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *Journal of Child and Family Studies*, 23, 767–775. 10.1007/s10826-013-9728-z
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: A community-based study. *Eating Behaviors*, 15, 110–115. 10.1016/j.eatbeh.2013.10.024
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2020). Does body shame mediate the relationship between parental bonding, self-esteem, maladaptive perfectionism, body mass index and eating disorders? A structural equation model. *Eating and Weight Disorders*, 25(3), 667–678. 10.1007/s40519-019-00670-3
- Censullo, M. (2004). *Dyadic Mutuality Code manual*. Unpublished manual. School of Nursing and Health studies, Georgetown University.
- Chen, C. J., Sung, H. chuan, Chen, Y. C., Chang, C. Y., & Lee, M. S. (2013). The development and psychometric evaluation of the Chinese version of the maternal attachment inventory. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 2687–2695. 10.1111/jocn.12162
- Clark, R. (1985). *The Parent–Child Early Relational Assessment. Instrument and manual*. (Unpublishe). Department of Psychiatry, University of Wisconsin Medical School.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167–183.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical*

- Psychology*, 70(4), 359–372. 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x
- Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment : Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57–76.
- Coo, S., García, M. I., & Mira, A. (2023). Examining the association between subjective childbirth experience and maternal mental health at six months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(3), 275–288. 10.1080/02646838.2021.1990233
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. In *Nursing Research* (Vol. 30, Issue 5, pp. 281–284). 10.1097/00006199-198109000-00008
- Crittenden, P. M. (2006). *CARE-Index Infants (birth–15 months). Coding manual. Coding manual of the Child–Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index)*. Family Relations Institute, Unpublished manual.
- Da Silva Santos, A. P., Lamy, Z. C., Koser, M. E., De Paula Gomes, C. M. R., Costa, B. M., & Gonçalves, L. L. M. (2022). Skin-to-skin contact and breastfeeding at childbirth: Women’s desires, expectations, and experiences. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020140.
- de Cock, E. S. A., Henrichs, J., Klimstra, T. A., Janneke, A., Vreeswijk, C. M. J. M., Meeus, W. H. J., & van Bakel, H. J. A. (2017). Longitudinal Associations Between Parental Bonding, Parenting Stress, and Executive Functioning in Toddlerhood. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1723–1733. 10.1007/s10826-017-0679-7
- de Cock, E. S. A., Henrichs, J., Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2016). Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 125–134. 10.1037/fam0000138
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G., & Maggini, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology*, 36, 239–246. 10.1159/000073449
- De Vet, H. C. W., Adèr, H. J., Terwee, C. B., & Pouwer, F. (2005). Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Quality of Life Research*, 14, 1203–1218. 10.1007/s11136-004-5742-3
- Diamond, D. (2004). Attachment disorganization: The reunion of attachment theory and psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*,

- 21(2), 276–299. 10.1037/0736-9735.21.2.276
- Doan, H. M., & Zimmerman, A. (2003). The Maternal Fetal Attachment Scale: Some methodological ponderings. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18(2), 167–188.
- Donnelly, T. J., & Jaaniste, T. (2016). Attachment and chronic pain in children and adolescents. *Children*, 3, 21. 10.3390/children3040021
- Duman, B., Senturk Cankorur, V., Taylor, C., & Stewart, R. (2018). Prospective associations between recalled parental bonding and perinatal depression: a cohort study in urban and rural Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 385–392. 10.1007/s00127-018-1484-3
- Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, 26(4), 277–288. 10.1046/j.1365-2214.2000.00146.x
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810–816. 10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x
- Feldman, R. (1998). *Coding interactive behavior manual*. Unpublished Manual. Bar-Ilan University, Israel.
- Feldman, R. (2012). Parenting Behavior as the Environment Where Children Grow. In L. C. Mayes & M. Lewis (Ed.), *The Cambridge handbook of environment in human development* (pp. 535–567). Cambridge University Press.
- Feldman, R. (2017). The Neurobiology of Human Attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80–99. 10.1016/j.tics.2016.11.007
- Fernandez-Turienzo, C., Bick, D., Briley, A. L., Bollard, M., Coxon, K., Cross, P., Silverio, S. A., Singh, C., Seed, P. T., Tribe, R. M., Shennan, A. H., Sandall, J., Healey, A., Knower, H., Moulla, J., Mehta, M., Brigante, L., Brigante, L., Saad, C., ... Edwards, D. (2020). Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation–effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Medicine*, 17(10), e1003350. 10.1371/journal.pmed.1003350
- Fiese, B. H., Poehlmann, J., Irwin, M., Gordon, M., & Curry-Bleggi, E. (2001). A pediatric screening instrument to detect problematic infant-parent interactions: Initial reliability and validity in a sample of high- and

- low-risk infants. *Infant Mental Health Journal*, 22(4), 463–478. 10.1002/imhj.1011
- García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernández, B., Farré-Sender, B., Subirà, S., Valdés, M., & Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 385–394. 10.1007/s00737-015-0589-x
- Gulla, K., Dahlø, R., & Eilertsen, M. E. B. (2017). From the delivery room to the neonatal intensive care unit—Mothers' experiences with follow-up of skin-to-skin contact after premature birth. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 253–257. 10.1016/j.jnn.2017.06.002
- Gunning, M. D., Waugh, H., Robertson, F., & Holmes, B. (2011). Emotional intelligence, attachment and bonding and communication. *Community Practitioner*, 84(3), 27–31.
- Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 110(8), 2310–2315. 10.1111/apa.15913
- Hautamäki, A. (2014). Mothers and infants: Screening for maternal relationships at risk with the CARE-Index. In *The Routledge Handbook of Attachment: Assessment* (Vol. 3, pp. 37–52). 10.4324/9781315770666.ch3
- Høivik, M. S., Burkeland, N. A., Linaker, O. M., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). The mother and baby interaction scale: A valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A preliminary validation in a Norwegian community sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 733–739. 10.1111/j.1471-6712.2012.01060.x
- Jackson, D. B. (2016). The Association between Breastfeeding Duration and Attachment: A Genetically Informed Analysis. *Breastfeeding Medicine*, 11(6), 297–304. 10.1089/bfm.2016.0036
- Karsnitz, D. B. (2013). Puerperal infections of the genital tract: A clinical review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(6), 632–642. 10.1111/jmwh.12119
- Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1979). Early Mother-Infant Contact: Effects on the Mother and the Infant. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 43(1), 69–78.

- Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1984). Mother-Infant Bonding : Weighing the Evidence. *Developmental Review*, 4, 275–282.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, Brain Activation to Own Infant Cry, and Maternal Sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(8), 907–915. 10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x.Breastfeeding
- Kirca, N., & Adibelli, D. (2021). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on postpartum depression: A systematic review. *Perspect Psychiatr Care*, 57(4), 2014–2023. 10.1111/ppc.12727
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1970a). Human Maternal Behavior at the first contact with her young. *Pediatrics*, 46(187), 231–232.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1970b). Mothers separated from their newborn infants. *Pediatric Clinics of North America*, 17(4), 1015–1037. 10.1016/S0031-3955(16)32493-2
- Kokubu, M., Okano, A., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: A longitudinal study of pregnant women in Japan. *Archives of Women’s Mental Health*, 15, 211–216. 10.1007/s00737-012-0279-x
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H., & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: A qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1367–1376. 10.1111/jocn.13227
- Koss, J., Bidzan, M., Smutek, J., & Bidzan, L. (2016). Influence of perinatal depression on labor-associated fear and emotional attachment to the child in high-risk pregnancies and the first days after delivery. *Medical Science Monitor*, 22, 1028–1037. 10.12659/MSM.895410
- Kumar, R., & Hipwell, A. E. (1996). Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry*, 169, 18–26. 10.1192/bjp.169.1.18
- Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43–51.
- Latt, S. M., Alderdice, F., Elkington, M., Awng Shar, M., Kurinczuk, J. J., & Rowe, R. (2023). Primary postpartum haemorrhage and longer-term

- physical, psychological, and psychosocial health outcomes for women and their partners in high income countries: A mixed-methods systematic review. In *PloS one* (Vol. 18, Issue 6). 10.1371/journal.pone.0274041
- Lee, H. C., Martin-Anderson, S., & Dudley, R. A. (2012). Clinician perspectives on barriers to and opportunities for skin-to-skin contact for premature infants in neonatal intensive care units. *Breastfeeding Medicine*, 7(2), 79–84. 10.1089/bfm.2011.0004
- Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 278. 10.1186/s12884-019-2426-0
- Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*, 81, 102592. 10.1016/j.midw.2019.102592
- López-Rodríguez, R. M., & Soriano-Villarroel, I. (2022). *Informe Salud y Género 2022 Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19*. Ministerio de Sanidad.
- Lotzin, A., Lu, X., Kriston, L., Schiborr, J., Musal, T., Romer, G., & Ramsauer, B. (2015). Observational Tools for Measuring Parent–Infant Interaction: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 99–132. 10.1007/s10567-015-0180-z
- Mahmood, T., & Mercer, C. (2016). *Perinatal mental health: bridging the gaps in policy and practice*.
- Makeen, M., Farrell, L. M., LaSorda, K. R., Deng, Y., Altamirano, V., Jarvis, O., Kenkre, T., & Lim, G. (2022). Associations between postpartum pain, mood, and maternal–infant attachment and parenting outcomes. *Scientific Reports*, 12(1), 17814. 10.1038/s41598-022-21793-1
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526–e536. 10.1016/j.wombi.2020.10.002
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108,

103297. 10.1016/j.midw.2022.103297

- Massie, H., & Campbell, K. (1983). The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress. In *Frontiers of infant psychiatry* (J. Call E., pp. 394–412). Basic Books.
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS ONE*, 14(7), e0220032. 10.1371/journal.pone.0220032
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. 10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 568–582. 10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD003519. 10.1002/14651858.CD003519.pub4
- Muller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 5–22.
- Muller, M. E. (1993). The Development and Testing of The Muller Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25(2), 161–166. 10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x
- Myers, B. J. (1984a). Mother-infant bonding: Rejoinder to Kennell and Klaus. *Developmental Review*, 4, 283–288. 10.1016/S0273-2297(84)80009-X
- Myers, B. J. (1984b). Mother-infant bonding: The status of this critical-period hypothesis. *Developmental Review*, 4, 240–274. 10.1016/S0273-2297(84)80007-6
- Nath, S., Pearson, R. M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E.,

- Challacombe, F. L., & Howard, L. M. (2019). The association between prenatal maternal anxiety disorders and postpartum perceived and observed mother-infant relationship quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102148. 10.1016/j.janxdis.2019.102148
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. In *NICE*.
- Nordahl, D., Høifødt, R. S., Bohne, A., Landsem, I. P., Wang, C. E. A., & Thimm, J. C. (2019). Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. *BMC Psychology*, 7, 23. 10.1186/s40359-019-0297-9
- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I. P., Moe, V., Wang, C. E. A., & Høifødt, R. S. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: The indirect path of parenting stress. *BMC Psychology*, 8, 58. 10.1186/s40359-020-00424-2
- Norholt, H. (2020a). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 60, 101441. 10.1016/j.infbeh.2020.101441
- Norholt, H. (2020b). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 60, 101441. 10.1016/j.infbeh.2020.101441
- Oates, J., Gervai, J., Danis, I., Lakatos, K., & Davies, J. (2018). Validation of the Mothers ' Object Relations Scales Short-form (MORS-SF). *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 33(1), 38–50.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Yamauchi, A., Uno, Y., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., Ando, M., & Ozaki, N. (2017). Relationship between maternal depression and bonding failure: A prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71, 733–741. 10.1111/pcn.12541
- Oliva Delgado, A. (2004). Current state of The Attachment theory. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 4(1), 65–81.
- Olza-Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., Gil-Sanchez, A., García-Segura, L. M., & Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*,

- 35(4), 459–472. 10.1016/j.yfrne.2014.03.007
- Palacios Hernandez, B. (2016). Alteraciones en el vínculo maternoinfantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164–176. 10.18273/revsal.v48n2-2016001
- Pallini, S., Baiocco, R., Schneider, B. H., Madigan, S., & Atkinson, L. (2014). Early child-parent attachment and peer relations: A meta-analysis of recent research. *Journal of Family Psychology*, 28(1), 118–123. 10.1037/a0035736
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373–1379. 10.1016/S0895-4356(96)00236-3
- Perkins, A., Lever Taylor, B., Morant, N., & Johnson, S. (2023). Experiences of parent-infant teams among mothers diagnosed with perinatal mental health difficulties. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(2), 244–255. 10.1080/02646838.2021.1983920
- Planalp, E. M., & Braungart-Rieker, J. M. (2013). Temperamental precursors of infant attachment with mothers and fathers. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 796–808. 10.1016/j.infbeh.2013.09.004.Temperamental
- Riera-Martín, A., Oliver-Roig, A., Martínez-Pampliega, A., Cormenzana-Redondo, S., Clement-Carbonell, V., & Richart-Martínez, M. (2018). A single spanish version of maternal and paternal postnatal attachment scales: Validation and conceptual analysis. *PeerJ*, 6, e5980. 10.7717/peerj.5980
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2644. 10.3390/ijerph17082644
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14–23. 10.5231/psy.writ.2015.0706
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., A Olsson, C., Allsop, S., J Elliott, E., Jacobs, S., Macdonald, J. A., & Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of*

- Women's Mental Health*, 19(4), 609–622. 10.1007/s00737-016-0602-z
- Roth, M. C., Humphreys, K. L., King, L. S., Gotlib, I. H., & Robakis, T. K. (2021). Breastfeeding Difficulties Predict Mothers' Bonding with Their Infants from Birth to Age Six Months. *Maternal and Child Health Journal*, 25(5), 777–785. 10.1007/s10995-020-03036-9
- Ruiz, N., Piskernik, B., Witting, A., Fuiko, R., & Ahnert, L. (2018). Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLoS ONE*, 13(8), e0202972. 10.1371/journal.pone.0202972
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 89–96. 10.1016/j.smrv.2009.05.003
- Sanchis, F., & Botella, L. (2007). Apego y sintomatología depresiva en la adolescencia: Su relación con los acontecimientos vitales. *Revista de Psicoterapia*, 18(72), 27–56.
- Scatliffe, N., Casavant, S., Vittner, D., & Cong, X. (2019). Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 445–453. 10.1016/j.ijnss.2019.09.009
- Scime, N. V., Gavarkovs, A. G., & Chaput, K. H. (2019). The effect of skin-to-skin care on postpartum depression among mothers of preterm or low birthweight infants: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 253, 376–384. 10.1016/j.jad.2019.04.101
- Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is Attachment Transmitted Across Generations? The Plot Thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 329–345. 10.1177/1359104510365449
- Shibata, M., Ninomiya, T., Anno, K., Kawata, H., Iwaki, R., Sawamoto, R., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N., & Hosoi, M. (2016). Perceived inadequate care and excessive overprotection during childhood are associated with greater risk of sleep disturbance in adulthood: The Hisayama Study. *BMC Psychiatry*, 16, 215. 10.1186/s12888-016-0926-2
- Shibata, M., Ninomiya, T., Anno, K., Kawata, H., Iwaki, R., Sawamoto, R., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N., & Hosoi, M. (2020). Parenting style during childhood is associated with the development of chronic pain and a patient's need for psychosomatic treatment in adulthood: A case-control study. *Medicine*, 99(29), E21230. 10.1097/MD.00000000000021230
- Sierra-García, P., López-Maestro, M., Torres-Valdivieso, M. J., Díaz-

- González, C., Carrasco, M., Ares-Segura, S., De Blas, G. D., & Pallás-Alonso, C. (2018). Developmental Outcomes, Attachment and Parenting: Study of a Sample of Spanish Premature Children. *Spanish Journal of Psychology*, 21, e20. 10.1017/sjp.2018.22
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The effect of maternal depression on infant attachment: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2675. 10.3390/ijerph17082675
- Soon, K., Shipton, A., Wray, J., & Butler, S. (2023). Attachment style and children and young people with chronic dermatological conditions. *Child: Care, Health and Development*, 50(1), e13152. 10.1111/cch.13152
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520–526. 10.1590/0104-1169.0067.2583
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 45–51. 10.1007/s00737-005-0074-z
- Tichelman, E., Henrichs, J., Schellevis, F. G., Berger, M. Y., & Burger, H. (2020). Development of a risk classification model in early pregnancy to screen for suboptimal postnatal mother-to-infant bonding: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 15(11), e0241574. 10.1371/journal.pone.0241574
- Van Rosmalen, L., Van der Veer, R., & Van der Horst, F. (2015). Ainsworth's Strange Situation Procedure: The origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261–284. 10.1002/jhbs.21729
- Walsh, J., Hepper, E. G., & Marshall, B. J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: A model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 383. 10.1186/s12884-014-0383-1
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 108(7), 1192–1204. 10.1111/apa.14754

- Wittkowski, A., Vatter, S., Muhinyi, A., Garrett, C., & Henderson, M. (2020). Measuring bonding or attachment in the parent-infant-relationship: A systematic review of parent-report assessment measures, their psychometric properties and clinical utility. *Clinical Psychology Review*, 82, 101906. 10.1016/j.cpr.2020.101906
- World Health Organization. (2015). Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro. Resumen de orientación. In *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*.
- World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Chrzan-Dętkoś, M., Pizuńska, D., & Bidzan, M. (2020). Attachment styles, various maternal representations and a bond to a baby. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3363. 10.3390/ijerph17103363

ANEXOS



9. ANEXOS

ANEXO 1. Plantilla cuestionario VAMF (Versión 0).

A continuación se enumeran una serie de afirmaciones que describen diferentes aspectos de la relación entre usted y su bebé. Debe marcar la opción que más se ajuste a su situación actual. No existen respuestas buenas o malas, por lo que se ruega contestar con la mayor sinceridad posible.

Ítem:	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
1. Me siento feliz cuando estoy con mi bebé.				
2. Me siento agobiada cuando cuido de mi bebé.				
3. He tenido que dejar de realizar actividades que me gustaban para cuidar de mi bebé.				
4. Me gusta acunar/abrazar a mi bebé.				
5. Me siento orgullosa de mi bebé cuando alcanza nuevas metas y/o aprende cosas nuevas.				
6. Tengo miedo de que le pase algo a mi bebé cuando está conmigo.				
7. Me preocupa no ser una buena madre.				
8. Me gusta pasar el máximo tiempo posible con mi bebé.				
9. Me cuesta separarme de mi bebé, aunque sea durante				

ANEXOS

un breve período de tiempo.				
10. Me gusta jugar con mi bebé.				
11. Me siento segura cuando estoy con mi bebé.				
12. Ver sonreír a mi bebé me hace feliz.				
13. El llanto de mi bebé me molesta e irrita.				
14. Pienso que mi bebé es lo mejor que me ha pasado en la vida.				
15. Soy capaz de identificar las necesidades de mi bebé.				
16. Me gusta hablarle a mi bebé.				
17. Mi bebé me causa ansiedad y/o estrés.				
18. Quiero mucho a mi bebé.				
19. Cuidar de mi bebé me genera satisfacción.				
20. Me siento distante con mi bebé.				
Puntuación vínculo				
21. Mi bebé se consuela fácilmente cuando está conmigo.				
22. Mi bebé se muestra tranquilo y relajado cuando está conmigo.				

23. Cuando estoy con mi bebé, es él/ella quién suele llamar mi atención para que interactúe con él/ella.				
24. Mi bebé llora mucho.				
25. Mi bebé me sonríe espontáneamente.				
26. Mi bebé se ríe cuando juego con él.				
27. Mi bebé busca mi mirada.				
28. Mi bebé se muestra irritable cuando no está conmigo.				
29. Mi bebé apenas establece contacto visual conmigo.				
30. Mi bebé se consuela fácilmente cuando otra persona lo coge en brazos.				
31. Mi bebé entiende lo que trato de expresarle a través de mis gestos y/o mi tono de voz.				
32. Mi bebé llora cuando me voy.				
33. Mi bebé se muestra feliz al volverme a ver, tras un breve período de separación.				
34. Mi bebé me observa con atención.				
35. Mi bebé se calma al oír mi voz.				

ANEXOS

36. Cuando le sonrío a mi bebé, él/ella me sonríe.				
37. Mi bebé se irrita fácilmente.				
38. Mi bebé trata de llamar constantemente mi atención.				
39. Mi bebé prefiere estar en su cuna/carrito antes que en mis brazos.				
40. Mi bebé reacciona de manera positiva a mis muestras de cariño (abrazos, caricias, besos, etc.).				
Puntuación apego				
PUNTUACIÓN TOTAL				

- Ítems que miden vínculo: 1 – 20
- Ítems que miden apego: 21 – 40

Puntuación:

- Siempre: 4
- A menudo: 3
- A veces: 2
- Nunca: 1

Los ítems que indican aspectos negativos de la relación entre madre e hijo/a, tendrán una puntuación inversa:

- Ítems: 2, 3, 13, 17, 20, 24, 29, 30, 37, 39.
- Siempre: 1
- A menudo: 2
- A veces: 3
- Nunca: 4

ANEXO 2. Planilla del cuestionario para la evaluación por el panel de expertos.

Estimado/a señor/a:

El motivo de ponerme en contacto con usted es para solicitar su colaboración en el trabajo que estoy realizando la elaboración de un cuestionario sobre el apego y el vínculo entre madre e hijo/a, para ello solicito su participación para que evalúe la pertinencia de los ítems que se plantean en razón a su utilidad de adecuación de lo que se propone medir, gracias a sus reconocidos y amplios conocimientos sobre el tema.

Lea detenidamente los ítems y a continuación le solicito que valore cada uno de ellos en razón a varios aspectos:

A. Redacción.

1. Muy bien redactado.
2. Bien redactado.
3. Aceptable
4. Mal redactado.
5. Muy mal redactado.

B. Comprensión.

1. Mucho.
2. Bastante.
3. Regular
4. Poco
5. Muy poco.

C. Pertinencia.

1. Muy relevante.
2. Bastante relevante.
3. Relevante
4. Poco relevante
5. Nada relevante.

D. Valoración general.

1. Muy bueno.
2. Bueno.
3. Regular.

4. Malo
 5. Muy malo.
- E. Observaciones del experto acerca del ítem.

Atentamente:

María Antonia Díaz Ogállar

ITEMS 1ª ETAPA Preparación		Redacción: 1. Muy bien redactado. 2. Bien redactado. 3. Aceptable. 4. Mal redactado. 5. Muy mal redactado.	¿Es comprensible?: 1. Mucho 2. Bastante 3. Regular. 4. Poco. 5. Muy poco.	Pertinencia: 1. Muy relevante. 2. Bastante relevante. 3. Relevante. 4. Poco relevante. 5. Nada relevante.	Valoración general del ítem: 1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo 5. Muy malo	Observaciones:
Ítems que miden VÍNCULO:						
1.	Me siento feliz cuando estoy con mi bebé.					
2.	Me siento agobiada cuando cuido de mi bebé.					
3.	He tenido que dejar de realizar actividades que me gustaban para cuidar de mi bebé.					
4.	Me gusta acunar/abrazar a mi bebé.					
5.	Me siento orgullosa de mi bebé cuando alcanza nuevas metas y/o aprende cosas nuevas.					
6.	Tengo miedo de que le pase algo a mi bebé cuando está conmigo.					
7.	Me preocupa no ser una buena madre.					
8.	Me gusta pasar el máximo					

	tiempo posible con mi bebé.								
9.	Me cuesta separarme de mi bebé, aunque sea durante un breve período de tiempo.								
10.	Me gusta jugar con mi bebé.								
11.	Me siento segura cuando estoy con mi bebé.								
12.	Ver sonreír a mi bebé me hace feliz.								
13.	El llanto de mi bebé me molesta e irrita.								
14.	Pienso que mi bebé es lo mejor que me ha pasado en la vida.								
15.	Soy capaz de identificar las necesidades de mi bebé.								
16.	Me gusta hablarle a mi bebé.								
17.	Mi bebé me causa ansiedad y/o estrés.								
18.	Quiero mucho a mi bebé.								
19.	Cuidar de mi bebé me genera satisfacción.								
20.	Me siento distante con mi bebé.								
Ítems que miden APEGO:									
21.	Mi bebé se consuela fácilmente cuando está								

	conmigo.								
22.	Mi bebé se muestra tranquilo y relajado cuando está conmigo.								
23.	Cuando estoy con mi bebé, es él/ella quien suele llamar mi atención para que interactúe con él/ella.								
24.	Mi bebé llora mucho.								
25.	Mi bebé me sonríe espontáneamente.								
26.	Mi bebé se ríe cuando juego con él.								
27.	Mi bebé busca mi mirada.								
28.	Mi bebé se muestra irritable cuando no está conmigo.								
29.	Mi bebé apenas establece contacto visual conmigo.								
30.	Mi bebé se consuela fácilmente cuando otra persona lo coge en brazos.								
31.	Mi bebé entiende lo que trato de expresarle a través de mis gestos y/o mi tono de voz.								
32.	Mi bebé llora cuando me voy.								
33.	Mi bebé se muestra feliz al volverme a ver, tras un breve período de separación.								

34.	Mi bebé me observa con atención.						
35.	Mi bebé se calma al oír mi voz.						
36.	Cuando le sonrío a mi bebé, él/ella me sonrío.						
37.	Mi bebé se irrita fácilmente.						
38.	Mi bebé trata de llamar constantemente mi atención.						
39.	Mi bebé prefiere estar en su cuna/carrito antes que en mis brazos.						
40.	Mi bebé reacciona de manera positiva a mis muestras de cariño (abrazos, caricias, besos, etc.).						

* Los ítems en color rojo indican aspectos negativos de la relación entre madre e hijo/a, y tendrán una puntuación inversa.

ANEXO 3. Plantilla cuestionario VAMF (Versión 2).

A continuación se enumeran una serie de afirmaciones que describen diferentes aspectos de la **relación entre usted y su bebé**. Debe **marcar con una X** la opción que más se ajuste a su **situación actual**. No existen respuestas buenas o malas, por lo que se ruega contestar con la mayor sinceridad posible.

Ítem:		Siempre	A menudo	A veces	Nunca
1.	Me siento feliz cuando estoy con mi bebé.				
2.	Me siento sobrepasada cuando cuido de mi bebé.				
3.	Me gusta acunar o abrazar a mi bebé.				
4.	Me siento orgullosa cuando mi bebé hace cosas nuevas.				
5.	Tengo miedo de que le pase algo a mi bebé cuando está a solas conmigo.				
6.	Me preocupa no cubrir las necesidades de mi bebé.				
7.	Me gusta el tiempo que paso con mi bebé.				
8.	Me gusta jugar con mi bebé.				
9.	Me siento tranquila				

ANEXOS

	cuando estoy con mi bebé.				
10.	Ver sonreír a mi bebé me hace feliz.				
11.	El llanto de mi bebé me molesta, irrita o genera impotencia.				
12.	Me cuesta separarme de mi bebé.				
13.	Me siento capaz de identificar las necesidades de mi bebé.				
14.	Me gusta hablarle a mi bebé.				
15.	Estar con mi bebé me causa ansiedad y/o estrés.				
16.	Siento que quiero mucho a mi bebé.				
17.	Cuidar de mi bebé me da satisfacción.				
18.	No me siento cariñosa con mi bebé.				
Puntuación vínculo					
19.	Mi bebé se muestra tranquilo cuando está conmigo.				
20.	Mi bebé me sonríe espontáneamente.				
21.	Mi bebé se ríe cuando				

	juego con él.				
22.	Mi bebé sostiene su mirada sobre mí.				
23.	Mi bebé se muestra irritable o inquieto cuando no está conmigo.				
24.	Mi bebé percibe mis sentimientos a través de mis gestos y mi tono de voz.				
25.	Mi bebé llora cuando dejo de estar presente.				
26.	Mi bebé muestra expresiones de alegría al volverme a ver, tras un período de separación.				
27.	Mi bebé se calma al oír mi voz.				
28.	Cuando le sonrío a mi bebé, me devuelve la sonrisa.				
29.	Mi bebé trata de llamar frecuentemente mi atención.				
30.	Mi bebé prefiere estar en su cuna o carrito antes que en mis brazos.				
31.	Mi bebé expresa alegría a mis muestras				

ANEXOS

	de cariño (abrazos, caricias, besos, etc.).				
Puntuación apego					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ANEXO 4. Cuestionario para la recogida de datos.

Cuestionario para la recogida de datos:

A continuación, encontrará una serie de cuestiones. Especifique su respuesta **marcando con una cruz (X)** en el recuadro correspondiente o **responda en el apartado señalado**. Todas las respuestas son anónimas y serán usadas para el estudio en el que usted está participando. Le agradecemos de antemano su participación, la información obtenida será de gran ayuda para los profesionales y, especialmente, para las futuras mamás y bebés.

- **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

Edad: _____ años.

Estado civil:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Soltera | ☐ Casada | ☐ Pareja de hecho |
| ☐ Divorciada | ☐ Separada | ☐ Viuda |

Nacionalidad:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Española | ☐ Otra (especificar): _____ |
|-----------------------------------|--|

Nivel de estudios:

- | | |
|---|--|
| ☐ Sin estudios | ☐ Estudios primarios |
| ☐ Estudios secundarios | ☐ Estudios superiores |

Situación laboral actual:

- | | |
|--|--|
| ☐ Eventual por cuenta ajena | ☐ Indefinido por cuenta ajena |
| ☐ Por cuenta propia | ☐ Baja laboral |
| ☐ Desempleada | ☐ Otra (especificar): _____ |

Nivel de ingresos aproximado:

- | | |
|--|--|
| ☐ Menos de 1.000 Euros/mes | ☐ Entre 1.000 y 1.999 Euros/mes |
| ☐ Entre 2.000 y 2.999 Euros/mes | ☐ Más de 3.000 Euros/mes |

¿Presenta usted alguna enfermedad en este momento?:

- | | |
|-----------------------------|--|
| ☐ No | ☐ Sí (especificar): _____ |
|-----------------------------|--|

- DATOS OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICOS:

Número de embarazos incluyendo éste: _____

Número de abortos: _____

En caso de haber tenido algún aborto, ¿qué tipo de aborto tuvo?:

☐ Espontáneo ☐ Voluntario

¿Cuánto tiempo ha transcurrido entre su anterior aborto o parto y este embarazo?:

☐ Este es mi primer embarazo ☐ Menos de 1 año

☐ Entre 1 y 2 años ☐ Entre 2- 4 años

☐ Entre 4-10 años ☐ Más de 10 años.

¿Ha tenido algún feto muerto?:

☐ No ☐ Sí ☐ No lo sé

Número de partos vía vaginal: _____

Número de cesáreas: _____

Número de hijos/as: _____

¿El último embarazo ha sido de alto riesgo obstétrico? :

☐ No ☐ Sí ☐ No lo sé

¿El último embarazo ha sido un embarazo buscado?:

☐ No ☐ Sí

¿Ha necesitado alguna técnica de reproducción asistida (inseminación artificial, fecundación in vitro) para conseguir este último embarazo?:

☐ No ☐ Sí

¿Usted asistió a educación maternal en su último embarazo?:

☐ No ☐ Sí

¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted en el momento del parto?:

- ☐ A término (igual o más de 37 semanas)
- ☐ Prematuro moderado (De 32 a 37 semanas)
- ☐ Muy prematuro (De 28 a 32 semanas)
- ☐ Prematuro extremo (menos de 28 semanas)

Durante su último embarazo ¿ha tenido algún problema de salud relacionado con el embarazo?:

- ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo en la pregunta anterior, ¿qué problema/s de salud presentó usted durante el embarazo? (Señale aquella/s opción/es que se ajuste/n a su situación):

- | | |
|--|--|
| ☐ Sangrado | ☐ Hipertensión |
| ☐ Diabetes gestacional | ☐ Hiper/hipotiroidismo |
| ☐ Anemia | ☐ Infecciones genitourinarias |
| ☐ Trombosis Venosa | ☐ Amenaza de Parto Prematuro |
| ☐ Alteraciones en la cantidad de líquido amniótico. | |
| ☐ Otros (especificar): _____ | |

¿Qué tipo de parto ha tenido?:

- ☐ Normal
- ☐ Con ayuda de espátulas/ventosa/fórceps/otros.
- ☐ Cesárea programada
- ☐ Cesárea urgente

¿Recibió algún tipo de analgesia/anestesia durante el parto?:

- ☐ No ☐ Sí (especificar): _____

¿Cómo definiría la experiencia del parto?:

- ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular
☐ Mala ☐ Muy mala

En general, ¿cómo valoraría usted el trato que recibió por parte los profesionales durante el parto?:

- ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular
☐ Malo ☐ Muy malo

¿Se inició la lactancia materna de manera precoz (en la primera hora tras el parto)?:

- ☐ No ☐ Sí ☐ No lo sé

¿Tuvo contacto piel con piel con su bebé tras el nacimiento?:

- ☐ No ☐ Sí ☐ No lo sé

¿Tuvo usted complicaciones tras el parto?:

- ☐ No ☐ Revisión de útero ☐ Hemorragia
☐ Fiebre ☐ Legrado ☐ Otras (especificar): _____

Tras el parto, ¿cuántos días permaneció usted ingresada en el hospital?:

- ☐ Un día ☐ Dos días ☐ Tres días
☐ Entre 3 días y una semana ☐ Más de una semana.

Tras el parto, ¿usted necesitó ingreso en la unidad de cuidados intensivos?:

- ☐ No ☐ Sí

Tras recibir el alta, ¿tuvo que volver a ser ingresada nuevamente en el hospital?:

- ☐ No ☐ Sí

En general, ¿cómo se encontró usted las 6 semanas después del parto?:

- ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular
☐ Mal ☐ Muy mal

- DATOS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES:

¿Se ha sentido cansada o fatigada durante el proceso del embarazo, parto y postparto?:

☐ No

☐ Sí

¿Presenta o ha presentado ansiedad durante el proceso del embarazo, parto y postparto?:

☐ No

☐ Sí

¿Usted padece o ha padecido algún problema de Salud Mental a lo largo de su vida?:

☐ No

☐ Sí (especificar): _____

¿Ha sido diagnosticada de depresión antes o durante el embarazo?:

☐ No

☐ Sí (especificar cuándo): _____

¿Ha sido diagnosticada de depresión postparto?:

☐ No

☐ Sí

¿Cómo define usted el apoyo que recibe por parte de su pareja?:

☐ Muy elevado

☐ Elevado

☐ Moderado

☐ Bajo

☐ Muy bajo

En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?:

☐ Mucha tensión

☐ Alguna tensión

☐ Sin tensión

Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

☐ Mucha dificultad

☐ Alguna dificultad

☐ Sin dificultad

¿Cómo define usted el apoyo que recibe por parte de su familia?:

☐ Muy elevado

☐ Elevado

☐ Moderado

☐ Bajo

☐ Muy bajo

• **DATOS SOBRE ESTILOS DE VIDA:**

¿Usted es fumadora?:

☐

No

☐

Sí

En caso afirmativo, ¿qué número de cigarrillos fumaba antes del embarazo?: _____

¿Ha abandonado el hábito tabáquico durante el embarazo?:

☐

No

☐

Sí

En caso negativo, ¿qué número de cigarrillos fumaba durante el embarazo?: _____

¿Con qué frecuencia consumía alcohol antes del embarazo?:

☐

Ninguna

☐

Consumo habitual (especifique): _____

☐

Consumo ocasional (especifique): _____

¿Ha abandonado el consumo de alcohol durante el embarazo?:

☐

No

☐

Sí

• **DATOS RELACIONADOS CON EL BEBÉ:**

Sexo: _____

Semanas de gestación al nacer: _____

Peso al nacer: _____

Edad actual: _____

¿Fue prematuro?:

☐

No

☐

Sí

☐

No lo sé

Puntuación en el test de APGAR al minuto de nacer (este dato lo puede consultar en el “Documento de Salud Infantil”): _____

Puntuación en el test de APGAR a los cinco minutos de nacer (este dato lo puede consultar en el “Documento de Salud Infantil”): _____

Al momento de nacer, ¿el llanto de su bebé era vigoroso?:

☐ No☐ Sí☐ No lo sé

¿Su bebé tuvo un buen agarre al pecho?:

☐ No☐ Sí☐ No lo sé

¿Continúa lactando?:

☐ No☐ Sí

En caso negativo en la pregunta anterior, indique el motivo del abandono de la lactancia materna: _____

¿Cuánto tiempo ha estado lactando?: _____

¿Su bebé presenta algún problema de salud?:

☐ No☐ Sí (especificar): _____

¿Su bebé precisó ingreso hospitalario al nacer?:

☐ No☐ Sí, en Unidad de Neonatos☐ Sí, en UCIN

En caso afirmativo en la pregunta anterior, ¿cuántos días permaneció hospitalizado su bebé?: _____

¿Considera que su bebé llora excesivamente?:

☐ No☐ Sí

¿Su bebé tiene o ha tenido cólico del lactante?:

☐ No☐ Sí☐ No lo sé

¿Su bebé recibe algún tratamiento en este momento?:

☐ No☐ Sí (especificar): _____

¿En qué lugar duerme su bebé?:

- ☐ En otra habitación
- ☐ En la misma habitación, pero en una cuna
- ☐ En la misma habitación, pero en una cuna sidecar (pegada a la cama)
- ☐ En la misma cama

ANEXO 5. Versión española del cuestionario MPAS (Maternal Postnatal Attachment Scale) para la medición del vínculo postnatal.

A continuación se enuncian una serie de preguntas, por favor **marque con una X** la opción que mejor describa los **sentimientos que tiene hacia su bebé**.

1. Cuando estoy cuidando al bebé, me siento fastidiada o irritada:	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca.
2. Cuando estoy cuidando al bebé siento que se está portando mal a propósito o intentando fastidiarme:	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca.
3. En las últimas dos semanas, podría describir mis sentimientos hacia el bebé como:	Desagrado.
	Falta de sentimientos intensos hacia el bebé.
	Ligero cariño.
	Cariño moderado.
	Cariño intenso.
	Me siento muy culpable por no

4. Respecto a mi relación con el bebé, en general:	implicarme más.
	Me siento bastante culpable por no implicarme más.
	Me siento moderadamente culpable por no implicarme más.
	Me siento ligeramente culpable por no implicarme más.
	No me siento nada culpable por no implicarme más.
5. Cuando interactúo con el bebé me siento:	Muy competente y segura.
	Bastante competente y segura.
	Moderadamente competente y segura.
	Ligeramente competente y segura.
	Nada competente y segura.
6. Cuando estoy con el bebé me siento tensa y nerviosa:	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca
7. Cuando estoy con el bebé y otras personas están presentes, me siento	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.

orgullosa de él/ella:	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca
8. Intento implicarme jugando con el bebé tanto como me es posible:	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca.
9. Cuando no tengo más remedio que dejar al bebé:	Me cuesta mucho irme.
	Me cuesta bastante irme.
	Me cuesta algo irme.
	Me cuesta poco irme.
	No me cuesta nada irme.
10. Cuando estoy con el bebé disfruto:	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca.
11. Cuando no estoy con el bebé, me doy cuenta de que pienso en él/ella:	Casi todo el tiempo.
	Muy frecuentemente.

	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Nunca.
12. Cuando estoy con el bebé intento alargar el tiempo que estoy con él/ella:	Muy frecuentemente.
	Frecuentemente.
	Ocasionalmente.
	Muy raramente.
	Nunca.
13. Cuando he estado un tiempo separada del bebé y estoy a punto de encontrarme con él/ella de nuevo, normalmente siento:	Placer intenso ante la idea.
	Placer moderado ante la idea.
	Leve placer ante la idea.
	Ningún sentimiento ante la idea.
	Sentimientos negativos ante la idea.
	Completamente como MI bebé.
14. En este momento pienso en el bebé como algo propio, como algo mío:	Bastante como MI bebé.
	Algo como MI bebé.
	Un poco como MI bebé.
	Aún no lo siento como MI bebé.
15. Respecto a las cosas que hemos	Me arrepiento completamente.

tenido que dejar por causa del bebé:		Me arrepiento bastante.
		Me arrepiento algo.
		Me arrepiento poco.
		No me arrepiento para nada.
16. En los últimos 3 meses, he sentido que no tenía tiempo para mí misma o para hacer las cosas que me interesan:		Muy frecuentemente.
		Frecuentemente.
		Ocasionalmente.
		Muy raramente.
		Nunca.
17. Cuidar del bebé es una gran carga de responsabilidad. Estoy:		Completamente de acuerdo con esto.
		Bastante de acuerdo con esto.
		Algo de acuerdo con esto.
		Muy poco de acuerdo con esto.
		Nada de acuerdo con esto.
18. Confío en mi propio criterio para decidir lo que el bebé necesita:		Muy frecuentemente.
		Frecuentemente.
		Ocasionalmente.
		Muy raramente.
		Nunca.
19. Normalmente cuando estoy con el		Soy muy impaciente.

bebé:		Soy bastante impaciente.
		Soy moderadamente impaciente.
		Soy ligeramente impaciente.
		No soy nada impaciente.

ANEXO 6. Cuestionario EPDS.

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **marque con una X** el casillero con la respuesta que más se acerca a **cómo se ha sentido** en los **últimos 7 días**:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	☐	Igual que siempre
	☐	Ahora, no tanto como siempre
	☐	Ahora, mucho menos
	☐	No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión.	☐	Igual que siempre
	☐	Algo menos de lo que es habitual en mí
	☐	Bastante menos de lo que es habitual en mí
	☐	Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal.	☐	Sí, la mayor parte del tiempo
	☐	Sí, a veces
	☐	No muy a menudo
	☐	No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo.	☐	No, en ningún momento
	☐	Casi nunca
	☐	Sí, algunas veces
	☐	Sí, con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo.		Sí, bastante
		Sí, a veces
		No, no mucho
		No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado.		Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
		Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
		No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
		No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir.		Sí, la mayor parte del tiempo
		Sí, a veces
		No muy a menudo
		No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada.		Sí, la mayor parte del tiempo
		Sí, bastante a menudo
		No con mucha frecuencia
		No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he		Sí, la mayor parte del tiempo

estado llorando.		Sí, bastante a menudo
		Solo en alguna ocasión
		No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño.		Sí, bastante a menudo
		A veces
		Casi nunca
		En ningún momento

ANEXO 7: Woman Abuse Screening Tool (WAST).

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad

ANEXO 8: Autorización del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Jaén.



4.1.Noviembre21.Posp.CEI

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PROVINCIAL DE JAÉN

D^a. Ana Laura Ortega Granados, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Jaén,

CERTIFICA

Que este Comité en su reunión de 25/11/2021, ha evaluado la propuesta para realizar el Estudio de Investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO (TD): "Diseño y validación de una escala para la medición del vínculo y del apego materno-filial en la población española"

INVESTIGADOR/ES: Tutor Académico: D. Juan Miguel Martínez Galiano, Alumna: D^a. M^a Antonia Díaz Ogallar.

PROTOCOLO: DCVA-2021 / 2012-N-21 Versión y fecha: 2 de Octubre/2021

HIP y CI Versión y fecha: 2 de Octubre/2021

Y considera que,

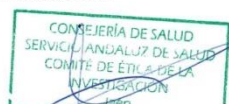
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo y de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado, en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos, aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del/a Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el Proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Por ello, el Comité de Ética de la Investigación de Jaén, tras la valoración del citado estudio, **APRUEBA** la realización del mismo, clasificando el estudio con un nivel de riesgo:

BAJO, lo que implica que el IP deberá remitir a este comité el informe final del estudio.

Lo que firmo en Jaén, a 25 de Noviembre de 2021,

Fdo.:



D^a. Ana Laura Ortega Granados
Secretaria del CEI Provincial de Jaén

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN
Avda. Ejército Español, 10. 23007 – Jaén
Unidad de Investigación
Tel. 953 00 85 19
ui.chj.sspa@juntadeandalucia.es

ANEXO 9: Aportaciones científicas.

Publicaciones en revistas científicas:

- Díaz-Ogallar MA, Hernández-Martínez A, Linares-Abad M, Martínez-Galiano JM. Factors related to a disturbance in the mother-child bond and attachment. Journal of Pediatric Nursing. 2024; 76:114-23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.009>
- Díaz-Ogallar MA, Hernández-Martínez A, Linares-Abad M, Martínez-Galiano JM. Development of a Predictive Model for Skin-to-Skin Contact Immediately after Birth: A Cross-Sectional Study. Children. 2024; 11(5):577. <https://doi.org/10.3390/children11050577>
- Díaz-Ogallar MA, Hernández-Martínez A, Linares-Abad M, Martínez-Galiano JM. Design and validation of an instrument for the evaluation of the quality of mother-child bond and attachment: “Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial” (VAMF-Questionnaire). Journal of Nursing Management (en proceso de publicación).
- Díaz-Ogallar MA, Hernández-Martínez A, Linares-Abad M, Martínez-Galiano JM. Mother-child bond and its relationship with maternal postpartum depression. Journal of Reproductive and Infant Psychology (en proceso de publicación).

Pósters y comunicaciones presentados en congresos:

- Martínez-Galiano JM, Díaz-Ogallar MA, Linares-Abad M, Hernández-Martínez A. Diseño y validación de una herramienta para la valoración de la calidad del vínculo y del apego materno-filial. Congreso de Investigación “Ciudad de las Tres Culturas” “Nuevos retos en cuidados de Enfermería”.
- Díaz-Ogallar MA, Hernández-Martínez A, Linares-Abad M, Martínez-Galiano JM. Factores relacionados con la alteración del vínculo y del apego materno-infantil. XI Jornadas Nacionales de Profesorado de la CNDE y el II Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería de la CNDE.

- Martínez-Galiano JM, Díaz-Ogallar MA, Linares-Abad M, Hernández-Martínez A. Asociación entre la calidad del vínculo materno-recién nacido y el riesgo de depresión perinatal (comunicación aceptada). XLII Reunión SEE y XIX Congreso da APE.

Otras aportaciones:

- Se ha solicitado el registro de la propiedad intelectual del “Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial (VAMF)” en el Registro de la Propiedad Intelectual del Ministerio de Cultura.

Congreso de Investigación

"Ciudad de las Tres Culturas"

CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN ORAL

El Comité Científico del Congreso de Investigación "Ciudad de las Tres Culturas" "Nuevos retos en cuidados de Enfermería" **certifica** que

Juan Miguel Martínez Galiano

ha presentado la **comunicación oral** titulada

Diseño y validación de una herramienta para la valoración de la calidad del vínculo y del apego materno-filial

cuyos autores son

Juan Miguel Martínez Galiano

Maria Antonia Díaz Ogallar

Manuel Linares Abad

Antonio Hernández Martínez

Corroborado en Toledo, a 20 de noviembre de 2023.




José Alberto Laredo Aguilera
Presidente del Comité Científico



**II CONGRESO INTERNACIONAL
XI JORNADAS NACIONALES de
PROFESORADO de la CNDE
II ENCUENTRO NACIONAL de
ESTUDIANTES de ENFERMERÍA de la CNDE**



D. Juan Manuel Carmona Torres, en su calidad de presidente del Comité Científico del I Congreso Internacional, las XI Jornadas Nacionales de Profesorado de la CNDE y el II Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería de la CNDE, organizados por la **C**onferencia **N**acional de **D**ecanos de **E**nfermería

CERTIFICA

que el trabajo titulado:

**FACTORES RELACIONADOS CON LA ALTERACIÓN DEL
VÍNCULO Y DEL APEGO MATERNO-INFANTIL**

realizado por **María Antonia Díaz Ogállar, Antonio Hernández Martínez, Manuel Linares Abad y Juan Miguel Martínez Galiano**, ha sido presentado durante las sesiones científicas de la Jornada, celebrada en Cádiz, los días 2 y 3 de noviembre de 2023, en formato de

COMUNICACIÓN PÓSTER

A los efectos oportunos, se firma la presente en Cádiz, a tres de noviembre de dos mil veintitrés.

Fdo.: Inmaculada García García
Presidenta de la CNDE

Fdo.: Juan Manuel Carmona Torres
Presidente del Comité Científico

CERTIFICADO DE REGISTRO



Identificador de Certificado: 2405218046907-6CR9PV
Emitido el 21 may, 2024 a las 11:03 horas UTC

Safe Creative, S.L., empresa de nacionalidad española, con NIF B99161739 y domicilio social en Zaragoza (España), calle Bari núm. 39, 3ª Planta, a los efectos que legalmente procedan.

CERTIFICA

1

Según consta en sus registros y bases de datos, en fecha 21 may, 2024 8:45 UTC se realizó la inscripción de un fichero identificado como obra, con la descripción y contenido siguiente:

Título de la obra: VAMF-Cuestionario Vínculo y Apego Materno-Filial
Nombre del fichero: Cuestionario-vínculo-apego-29Items.pdf
Tamaño del fichero: 95889 bytes

A dicho fichero se le asignó el identificador/número de registro **2405218046907**

2

Por medio de los mecanismos internos del Registro de Safe Creative, a partir de dicho fichero se obtuvieron las siguientes huellas digitales, que permiten la identificación unívoca del fichero proporcionado por el usuario:

Huella digital SHA1: 819f892e45a65debafe8934c62ec0bc3a2394e00c
Huella digital SHA256: be17e98bbba4ff991bc5a340f394d60c8a7334956844eb33dffa11e337669ff
Huella digital SHA512: 15daf7b14bf3000a72b84444697400643a7411afc1af2c22ee29a60c5ff6ca8a7cb429a854ecd95b82484804cd24b7d2f0cc0c1a1c2ab1a37970e269696135a

Adicionalmente, en el momento de registro, se aplicaron los siguientes sellados de tiempo, que permiten acreditar la fecha y hora de la inscripción:

- ✓ Sellado de tiempo interno de Safe Creative
- ✓ Sellado de tiempo externo

3

La información declarada por el usuario en relación a la titularidad, derechos y licencias en materia de propiedad intelectual que figura registrada es la siguiente:

Titular	Derechos	Fecha y hora	Datos adicionales
Universidad de Jaén	Explotación	21 may, 2024	80.00%
- Ámbito territorial Universal - Ámbito de explotación Total			
Universidad de Castilla La Mancha	Explotación	21 may, 2024	20.00%
- Ámbito territorial Universal - Ámbito de explotación Total			
Maria Antonia Díaz Ogállar	Autor	21 may, 2024	40.00%
Juan Miguel Martínez Galiano	Autor	21 may, 2024	20.00%
Manuel Linares Abad	Autor	21 may, 2024	20.00%
Antonio Hernández Martínez	Autor	21 may, 2024	20.00%

Reserva de derechos/licencia: Todos los derechos reservados



CERTIFICADO DE REGISTRO



4

No consta abierta actualmente reclamación o controversia alguna en materia de derechos de propiedad intelectual en relación a esta inscripción.

5

El presente certificado acredita los extremos anteriores en el momento de la emisión del mismo, y constituye un medio de prueba legalmente admisible de titularidad y derechos de propiedad intelectual.

Puede comprobar la validez del certificado introduciendo el Código de Verificación 2405218046907-6CR9PV en <https://www.safecreative.org/certificate>

6

La información aquí indicada podría estar desactualizada por modificaciones o anotaciones posteriores realizadas por el usuario que haya efectuado el registro, Safe Creative o un tercero.

Le recomendamos que compruebe la actualidad y vigencia de la información de registro a través de:



Código de comprobación: 2405218046907

<https://www.safecreative.org/validity>



safecreative^e
Do what's unique

