

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE  
DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autor:** Zambonino Jácome, Stalin Rodrigo

**Tutora:** Ps. Inf. Lara Salazar, Cristina Mariela Mg.

Ambato – Ecuador

Enero, 2019

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS”** de Stalin Rodrigo Zambonino Jácome, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre 2018

## **LA TUTORA**

-----  
Ps. Inf. Lara Salazar, Cristina Mariela Mg.

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Dejo como constancia que los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS”**, así como también los contenidos, ideas, opiniones, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre 2018

### **EL AUTOR**

-----  
Zambonino Jácome, Stalin Rodrigo

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Noviembre 2018

## **EL AUTOR**

-----  
Zambonino Jácome, Stalin Rodrigo

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS”**, de Stalin Rodrigo Zambonino Jácome, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Enero del 2019

**Para su constancia firman**

-----

PRESIDENTE

-----

1er Vocal

-----

2do Vocal

## DEDICATORIA

*A mi apoyo fundamental, mi familia.*

*A Mercedes, mi madre y fuente incondicional de amor.*

*A Alexander, el mejor hermano que la vida me dio.*

*A Kareem, el amor de mi vida.*

*A Esteban y Zoe, mis amados hijos y el regalo más grande que Dios me dio.*

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por ser mi fortaleza en este transcurrir.

A mi madre, hermano, esposa e hijos, fueron y serán mi inspiración.

A mis docentes, todos y cada uno de ellos hicieron con su aporte posible este resultado, especialmente a la Psicóloga Infantil Mariela Lara Salazar y a la Psicóloga Clínica María Cristina Valencia.

Al Distrito de Salud 18D05, en especial al Centro de Salud Tipo B Salcedo, por su apoyo e inestimable ayuda.

A todos quienes contribuyeron a culminar este que más que en un logro en un sueño hecho realidad.

*“Deja en manos de Dios todo lo que haces...y tus proyectos se harán realidad”  
(Proverbios 16:3)*

# ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

## Tabla de contenido

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY .....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 Tema .....	2
1.2.1 Contexto .....	2
1.2.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación .....	4
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo general:.....	5
1.4.2 Objetivos específicos: .....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6



2.1 Estado del Arte .....	6
2.2 Fundamentación Teórica.....	11
Variable Vínculo Temprano.....	11
Vínculo .....	11
Figuras de Apego .....	13
Desarrollo del vínculo .....	13
Fases del apego.....	14
Tipos de vínculo.....	15
Vínculo seguro - óptimo .....	15
Efectos del vínculo seguro.....	15
Vínculo inseguro.....	17
Vínculo ansioso ambivalente-resistente .....	17
Vínculo ansioso evasivo-elusivo.....	17
Vínculo desorganizado .....	18
Efectos del vínculo inseguro.....	18
Vínculos y relaciones tempranas.....	19
Representación e identidad materna .....	19
Fallo vínculo madre-hijo.....	20
Variable Depresión Perinatal.....	21
Embarazo.....	21
Cambios psicológicos en el embarazo.....	21
Depresión .....	23
Depresión perinatal.....	24
Factores de riesgo.....	26
Diagnóstico .....	27
Manifestaciones clínicas .....	28
Efectos de la depresión perinatal .....	29

Prevencción .....	30
Prevencción primaria.....	31
Prevencción secundaria .....	31
Prevencción terciaria .....	32
Programas de prevencción durante el embarazo .....	32
2.2.3 Hipótesis o supuestos .....	32
2.2.3.1 Hipótesis de investigaci3n (Hi) .....	32
2.2.3.1 Hipótesis nula (Ho).....	33
CAPÍTULO III .....	33
MARCO METODOL3GICO .....	33
3.1 Nivel y Tipo de Investigaci3n .....	33
3.2 Selecci3n del 3rea o 3mbito de estudio.....	34
3.3 Poblaci3n.....	34
3.4 Criterios de inclusi3n y exclusi3n .....	34
3.4.1 Criterios de inclusi3n .....	34
3.4.2 Criterios de exclusi3n.....	34
3.5 Diseño muestral.....	35
3.6 Operacionalizaci3n de variables.....	36
3.7 Descripci3n de la intervenci3n y procedimientos para la recolecci3n de la informaci3n .....	39
3.7.1 T3cnicas e Instrumentos de Recolecci3n de Datos .....	39
PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI).....	39
ESCALA DE DEPRESI3N PERINATAL DE EDIMBURGO (EPDS).....	40
INVENTARIO DE DEPRESI3N DE BECK-II (BDI-II).....	41
3.7.2 Procedimiento para la Recolecci3n de la Informaci3n .....	42
3.8 Aspectos 3ticos .....	43
CAPÍTULO IV .....	45

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	45
4.1 Análisis e interpretación de las características sociodemográficas de la muestra. .....	45
4.2 Índice global del tipo de vínculo .....	50
4.3 Índice global de la depresión perinatal .....	53
4.4 Verificación de la hipótesis Vínculo Temprano y Depresión Perinatal .....	54
CAPÍTULO V .....	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
5.1 Conclusiones .....	57
5.2 Recomendaciones .....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
Bibliografía .....	60
Linkcografía .....	61
Base de datos de la Universidad Técnica de Ambato .....	69
ANEXOS.....	70
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	70
Anexo 2. Ficha de Información.....	71
Anexo 3. PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI).....	72
Anexo 4. EDIMBURG PRENATAL DEPRESSION SCALE (EPDS).....	73
Anexo 5. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II) .....	74

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1</b> Operacionalización de la variable Vínculo Temprano .....	51
<b>Tabla N°2</b> Operacionalización de la variable Depresión Perinatal .....	52
<b>Tabla N°3</b> Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por edades .....	60
<b>Tabla N°4</b> Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por estado civil...	62
<b>Tabla N°5</b> Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por número de hijos .....	63
<b>Tabla N°6</b> Índice global en frecuencia y porcentaje de los tipos de vínculo con la madre .....	65
<b>Tabla N°7</b> Índice global en frecuencia y porcentaje de los tipos de vínculo con el padre .....	66
<b>Tabla N°8</b> Índice global en frecuencia y porcentaje de la depresión perinatal .....	68
<b>Tabla N°9</b> Correlación de Pearson Vínculo Temprano y Depresión Perinatal .....	69
<b>Tabla N°10</b> Tabla Cruzada Tipos de vínculo temprano y Niveles de Depresión Perinatal .....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura N° 1</b> Distribución de la muestra por edades.....	46
<b>Figura N° 2</b> Distribución de la muestra por estado civil.....	47
<b>Figura N° 3</b> Distribución de la muestra por número de hijos.....	49
<b>Figura N° 4</b> Índice global de los tipos de vínculo con la madre .....	50
<b>Figura N° 5</b> Índice global de los tipos de vínculo con el padre.....	52
<b>Figura N° 6</b> Índice global de la depresión perinatal .....	53
<b>Figura N° 7</b> Relación entre el Vínculo temprano y la Depresión Perinatal .....	56

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE  
DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS”**

**Autor:** Zambonino Jácome, Stalin Rodrigo

**Tutora:** Ps. Inf. Lara Salazar, Cristina Mariela

**Fecha:** Noviembre 2018

**RESUMEN**

**Objetivos:** Identificar la relación que existe entre el Vínculo Temprano y el desarrollo de Depresión Perinatal en mujeres embarazadas, y examinar la influencia de factores asociados al desarrollo de esta. **Material y Métodos:** El estudio fue de tipo transversal correlacional con una muestra de 60 pacientes embarazadas que acudieron durante el mes de Octubre a los consultorios de Obstetricia del Centro de Salud Tipo B Salcedo y que se encontraban a partir de la semana 16 de gestación. Se aplicó el Instrumento de Vinculación Parental (PBI) para evaluar el tipo de vínculo que tuvo la mujer gestante durante su infancia, así como las Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar sintomatología depresiva y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para medir su gravedad. Se utilizó así mismo una ficha de información para la identificación de datos personales, criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Un 93,3% de las pacientes embarazadas presenta un tipo de vínculo inseguro, ya sea resistente, desorganizado o evitativo, además según los datos obtenidos un 41,3% de la mujeres gestantes presentaron depresión. No se encontró que la edad, el estado civil y el número de hijos influyeran en la frecuencia de depresión. **Conclusiones:** Mediante la prueba de Pearson existe una correlación bilateral significativa positiva de 0,01 entre las variables, y que la

presencia de depresión en las gestantes estudiadas fue muy elevada atribuyendo estos resultados a dificultades de regulación afectiva por parte de sus padres, en especial de la figura materna durante la infancia. Por lo que se debe prestar especial atención al desarrollo del embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos que promuevan, prevengan y restauren el vínculo en la diada madre-hijo.

**PALABRAS CLAVE: VÍNCULO TEMPRANO, APEGO, CUIDADO, SOBREPOTECCIÓN, EMBARAZO, DEPRESIÓN PERINATAL**

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER**

**“THE EARLY BOND AND ITS RELATIONSHIP IN THE DEVELOPMENT  
OF PERINATAL DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN”**

**Author:** Zambonino Jácome, Stalin Rodrigo

**Tutor:** Ps. Inf. Lara Salazar, Cristina Mariela

**Date:** November, 2018

**SUMMARY**

**Objectives:** To identify the relationship between the Early Link and the development of Perinatal Depression in pregnant women, and to examine the influence of factors associated with the development of this. **Material and Methods:** The study was of a cross-correlation type with a sample of 60 pregnant patients who attended the Obstetrics offices of the Salcedo Type B Health Center during the month of October and who were from the 16th week of gestation. The Parental Linkage Instrument (PBI) was applied to evaluate the type of bond the pregnant woman had during her childhood, as well as the Edinburgh Perinatal Depression Scale (EPDS) to evaluate depressive symptomatology and the Beck II Depression Inventory (BDI-II) to measure its severity. An information sheet was also used to identify personal data, inclusion and exclusion criteria. **Results:** 93.3% of pregnant patients have a type of insecure bond, whether resistant, disorganized or avoidant, and according to the data obtained, 41.3% of pregnant women had depression. It was not found that age, marital status and number of children influenced the frequency of depression. **Conclusions:** Through Pearson's test, there was a significant positive bilateral correlation of 0.01 among the variables, and that the presence of depression in the pregnant women studied was very high, attributing these results to difficulties of



affective regulation on the part of their parents, especially the mother figure during childhood. Therefore, special attention must be paid to the development of pregnancy, in order to reach early diagnoses and apply timely treatments that promote, prevent and restore the bond in the mother-child dyad.

**KEY WORDS: EARLY BOND, ATTACHMENT, CARE, OVERPROTECTION, PREGNANCY, PERINATAL DEPRESSION**

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es definida como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias aptitudes, en este sentido puede manejar las presiones normales de la vida, así como trabajar productiva y fructíferamente, además de ser capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS).

Wittkowski, Wieck, & Mann (2007), señalan que las emociones, actitudes y conductas de los padres, en mayor medida de las madres en los primeros meses, son cruciales para el bienestar y el desarrollo de los infantes. Desde la teoría del apego existe un periodo crítico en el desarrollo de los bebés, que obliga a los padres a adoptar conductas de cuidado para satisfacer las necesidades de sus hijos.

En el presente estudio entenderemos al apego como un vínculo, entre dos personas, caracterizado por su bidireccionalidad y reciprocidad, el cual se va adquiriendo gradualmente con los años de inmadurez y es propenso a subsistir por el resto de la vida

Si bien se describe que síntomas característicos de la depresión como la presencia de tristeza, pérdida de placer, cansancio, falta de concentración e interés, baja autoestima, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, pueden iniciarse en cualquier momento de la etapa perinatal.

El apego desempeña un importante rol en el desarrollo mental, tanto cognitivo como emocional del niño, especialmente durante la primera infancia, años críticos en el desarrollo humano. Por lo que cada vez adquiere mayor importancia su conocimiento y entendimiento.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Tema**

El Vínculo Temprano y su relación en el desarrollo de Depresión Perinatal en mujeres embarazadas.

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1 Contexto**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas, con un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015 (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Es así que en las Américas, se estima que cerca de 5 millones de personas vivían con depresión en el 2015, es decir alrededor del 5% de la población (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Del mismo modo, según el Colegio Americano de Obstetricias y Ginecólogos, se calcula que casi 1 de cada 5 mujeres presentará depresión durante el embarazo y aproximadamente 1 de cada 10 mujeres sufre de depresión después del parto (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012).

Resulta relevante señalar que la depresión perinatal es una de las complicaciones médicas más comunes durante el embarazo y el periodo postparto, esta puede incluir

episodios depresivos mayores y menores que ocurren durante el embarazo o en los primeros 12 meses después del parto, y afecta a una de cada siete mujeres (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Con respecto a Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), registra que 2088 personas fueron atendidas por enfermedades depresivas en los establecimientos de Salud del Ecuador, de las cuales el 64% de las personas que fueron atendidas por depresión fueron mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2017).

De esta manera, de las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública (MSP), el número de casos de mujeres triplica a los de los hombres. Los datos recientes que se tienen corresponden al 2015. En ese año, hubo 50.370 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión: 36.631 corresponden a mujeres (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

De ahí que, datos de la OMS, coloquen a Ecuador en el onceavo puesto en Latinoamérica con 4.6% de casos de depresión. (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Según la entrevista realizada el 25 de octubre del 2012 a la Dra. Cortés Fanny, Psicóloga Clínica del Hospital Provincial Docente Ambato de la Zona 3 de S, afirma que en consulta externa del hospital se han atendido en los últimos seis meses aproximadamente a 25 pacientes embarazadas de las cuales 9 padecían de niveles de depresión elevados (Almeida, 2014).

En esta misma línea, Almeida Ana en su estudio, menciona que la depresión como producto de complicaciones durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato de la Zona 3 de Salud, marca un 65% de depresión

moderada, 25% depresión leve y 10 % depresión grave, de un total de 80 mujeres embarazadas (Almeida, 2014).

Por último, Flores Jimena en su investigación, señala que la depresión se presenta en aproximadamente 66.94% de las mujeres gestantes, lo que significa que 7 de cada 10 mujeres, presenta durante el embarazo algún grado de depresión, constituyendo así un problema de salud pública de importancia y gravedad (Flores, 2015).

### **1.2.2 Formulación del problema**

¿Cómo el Vínculo Temprano se relaciona con el desarrollo de Depresión Perinatal en mujeres embarazadas?

### **1.3 Justificación**

Las mujeres embarazadas se consideran como un importante grupo prioritario de Salud Pública. Es así que el embarazo desde el punto de vista de la salud representa un periodo de gran vulnerabilidad, ya que determina en gran parte el bienestar de la mujer, del feto y de la infancia del niño o la niña que va a nacer. Durante el embarazo, la prevalencia de depresión se asocia a condiciones biológicas, psicológicas y sociales. Siendo uno de los principales riesgos a las que están expuestas las madres, la depresión perinatal, afecta de esta manera al binomio madre-hijo y a su familia en general. La depresión en el embarazo sin tratamiento es un factor de riesgo para la depresión posparto y reacción depresiva puerperal, ya que estos son trastornos temporales con tendencia a la cronicidad que pueden tener efectos devastadores no solo en las mujeres, sino en los bebés y en las familias, de este modo es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria durante la etapa de gestación.

Por lo anteriormente mencionado cobra importancia el desarrollo de la presente investigación tomando en cuenta que existe un porcentaje elevado de mujeres embarazadas afectadas atendidas en los centros de Salud.

Cabe señalar que la presente investigación servirá a las entidades de Salud respectivas como base para el desarrollo de metodologías y procedimientos para tratar la depresión perinatal, además de establecer programas preventivos orientados a asegurar una elevada calidad de vida, disminuyendo los síntomas psicológicos de riesgo. Así mismo, podrá ser utilizada como herramienta para futuras investigaciones.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general:**

Identificar la relación que existe entre el Vínculo Temprano y el desarrollo de Depresión Perinatal

### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva durante el periodo prenatal en mujeres embarazadas atendidas en el servicio gineco-obstetricia.
- Analizar los niveles de percepción de la conducta y actitud de la madre gestante en relación con el sujeto, en su infancia y adolescencia, en los primeros 16 años de crianza.
- Distinguir la influencia de factores como la edad, el estado civil y el número de hijos en la depresión perinatal.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Estado del Arte

Las experiencias infantiles de apego de la madre o modelos operativos internos están estrechamente relacionadas con las representaciones maternas sobre el futuro hijo y sobre sí misma como madre. Los resultados de la investigación sobre el apego y la psicopatología materna y su relación con el estilo de apego del bebé al año de vida, en la cual participaron 72 díadas madre/primer bebé, indicaron que el 43.1% de los bebés tiene el estilo de apego correspondiente a su madre y que la variable psicopatológica materna, específicamente la escala de síntomas ansioso-depresivos tiene una capacidad predictiva del 69.4% sobre el apego del bebé (Quezada & Santelice, 2010).

Así, el vínculo materno-fetal se asocia con aspectos emocionales y cognitivos que permiten recrear al feto como otro ser humano. A este respecto en un análisis realizado sobre el vínculo materno-fetal y sus implicaciones en el desarrollo psicológico, se propone que la calidad del vínculo materno-fetal constituye un factor protector del vínculo madre-bebé, y por lo tanto, del desarrollo psicológico posterior (Roncallo, Sánchez de Miguel, & Arranz Freijo, 2015).

Complementando lo anterior, en lo que respecta a la calidad de la interacción madre-bebé, los resultados de la indagación sobre la sensibilidad materna en la infancia a las representaciones de apego adulto, en la que participaron 190 sujetos, muestran que una mayor sensibilidad materna en la infancia predice un apego más seguro en la adolescencia y adultez temprana, lo que confirma la importancia de la crianza sensible para el desarrollo humano (Schoenmaker et al., 2015).

Tal como señalan Marcos-Nájera et al. (2017), en un sus hallazgos sobre depresión perinatal, rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva, la gestación y el posparto son etapas en las que se desencadenan numerosos episodios depresivos.

En este sentido, la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo en las mujeres se presenta principalmente en la edad reproductiva, estados de depresión u otros trastornos psiquiátricos durante la gestación influyen en el desarrollo fetal y posteriormente en el comportamiento de los niños. De acuerdo a el aporte sobre la depresión durante la gestación de Bao-Alonso, Vega-Dienstmaier, & Saona-Ugarte (2010), en el cual se incluyeron a 203 pacientes embarazadas, un 34.7 % mostraron niveles de depresión y la prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes fue del 22, 25 %.

De este modo la depresión perinatal puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, al entorno familiar y a la descendencia en la etapa de feto/lactante e incluso, en épocas más tardías de la vida. En relación al trabajo sobre la detección y tratamiento de la depresión perinatal, respecto al cuadro clínico de la depresión del embarazo, se menciona que este es similar al que se presenta en los episodios depresivos en otras épocas de la vida y puede acompañarse de rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé (Jadresic, 2014).

Se ha planteado a su vez, en la revisión de Huber, Jiménez, & Largo (2015), sobre la depresión materna perinatal y el vínculo madre-bebé, que la depresión materna perinatal tiene efectos en la vinculación madre-bebé, en el desarrollo, la salud mental infantil y en la configuración de la identidad materna.

Es preciso señalar que, la depresión es una condición frecuente en el embarazo, según Sainz Aceves, Chávez Ureña, Díaz Contreras, Sandoval Magaña, & Robles



Romero (2013), en su estudio descriptivo sobre ansiedad y depresión en mujeres embarazadas, en el cual se estudiaron 103 embarazadas, concluyeron que existe una alta prevalencia de depresión en el grupo etario de 12 a 19 años, es decir la depresión se manifestó con mayor frecuencia en las pacientes del grupo de edad más joven.

Lo anterior sustenta el trabajo de Quarini et al. (2016), en el que se buscaba demostrar si las niñas son más vulnerables a los efectos a largo plazo de depresión materna durante el embarazo en el que participaron 7959 madres y niños, señalando que la sintomatología depresiva se atribuye al riesgo hereditario a los 12 años, y sugieren que el riesgo después de la exposición depresiva prenatal es mayor en niñas a los 18 años con un 10.6% y en niños del 4.3%.

Según Vieites & Reeb-Sutherland (2017), en su investigación sobre las diferencias individuales en la depresión materna no clínica y su impacto en el afecto y comportamiento infantil a lo largo del primer año, plantean que la depresión materna puede tener un impacto significativo en la sensibilidad de las madres a las necesidades de sus bebés quienes muestran niveles embotados de afecto negativo. Se evaluaron 63 madres y bebés, en los cuales los resultados demostraron que los niveles no clínicos de la sintomatología depresiva materna pueden tener un impacto significativo en la regulación afectiva de los bebés durante la primera mitad del primer año de vida.

A partir de los datos arrojados por el análisis de Braarud et al. (2017), sobre la expresión facial efectiva en madres subclínicamente deprimidas y no deprimidas durante interacciones cara a cara contingentes y no contingentes con sus bebés, en la que participaron 51 madres y sus hijos de tres meses de edad, se concluyó que los síntomas depresivos influyen en la depresión facial efectiva de las madres en una interacción cara a cara con sus bebés, además de considerar que incluso los síntomas depresivos subclínicos son un factor de riesgo para alteraciones en la relación madre-hijo.

Se ha reportado a su vez en la indagación del efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos llevado a cabo en 393 puérperas de bajo riesgo obstétrico, una incidencia de 29% de síntomas depresivos, llegando a la conclusión de que el vínculo puede alterarse cuando el cuidador fracasa en leer los estados mentales del niño o sus necesidades. Ello puede ocurrir en madres con depresión en el periodo perinatal (Dois C, Lucchini R, Villarroel D, & Uribe T, 2013).

En esta misma línea, en un estudio prospectivo longitudinal basado en la comunidad, sobre la depresión prenatal como predictor de la depresión en la descendencia adolescente, en la cual participaron 151 diadas madre-hijo, se ha postulado que aquellos adolescentes cuyas madres tuvieron depresión durante sus embarazos, presentaron un riesgo 4.7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años (Pawlby, Hay, Sharp, Waters, & O'Keane, 2009).

Cabe mencionar que Glover (2014), llevó a cabo un trabajo sobre la depresión materna, ansiedad y estrés durante el embarazo y resultados en el niño, demostrando que, el estado emocional de la madre durante el embarazo, aumenta el riesgo de que su hijo tenga una amplia gama de resultados adversos, incluidos problemas emocionales, conductuales y problemas cognitivos.

En vista de lo anteriormente señalado, el aporte realizado por DiCarlo, Onwujuba, & Baumgartner (2014), sobre los comportamientos comunicativos infantiles y la capacidad de respuesta materna, plantea que no solo las habilidades comunicativas del niño se ven afectadas por la depresión materna, sino también la calidad del intercambio diádico, ya que la comunicación del infante y la respuesta sensible de la madre a sus señales actúan como predictores de la calidad de la interacción.

Resulta importante señalar que a decir de los hallazgos de Gere et al. (2013), sobre la salud mental de los padres como un factor de protección en la relación entre los

síntomas depresivos maternos y los secundarios, en el que se examinó los síntomas depresivos en 190 niños, expone que la adecuada salud mental del padre puede actuar como un factor protector para el niño/a en la relación entre la sintomatología depresiva materna y el desarrollo de la psicopatología infantil.

Si bien se describe en la revisión de Gentile & Fusco (2017), sobre la depresión paterna perinatal no tratada y sus efectos en la descendencia, que las evidencias que surgen de la revisión de varios estudios demuestran que la depresión paterna parece estar asociada con un mayor riesgo de problemas de desarrollo y de comportamiento e incluso trastornos psiquiátricos en la descendencia.

Se ha planteado a su vez en un estudio sobre la intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva en la que participaron 134 embarazadas que existe una correlación entre la sintomatología depresiva, las estrategias de resolución de problemas sociales y los descriptores de la interacción para madres y bebés (Olhaberry et al., 2015).

Por otro lado el trabajo de Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina, & González-Ortega (2014), sobre los vínculos afectivos en la infancia, concluye que los modelos mentales generados en la infancia en las relaciones con figuras de apego, forman la base para las representaciones de apego a lo largo de la vida.

De este modo es de importancia el vínculo seguro para la salud y para el mantenimiento coherente de la vida humana. Si el recién nacido carece de cuidados y afectos podría desarrollar un trastorno de apego. Se ha propuesto en la investigación sobre la prevalencia y variables asociadas al riesgo relacional madre-recién nacido, con una muestra de 333 diadas, que las variables biopsicosociales asociadas a la formación del vínculo son: mujeres sin pareja estable, monoparentalidad, madres adolescentes, embarazo no deseado y no planificado, en donde el grupo de alto riesgo

alcanzo prácticamente a la mitad de las madres (Muñoz, Poo, Baeza, & Bustos, 2015).

A partir de este enfoque el tipo de apego que se estable entre el niño y el cuidador resulta de vital importancia para el desarrollo emocional y la relación o vínculo con otras personas. Así en el análisis sobre la prevención en la relación de apego entre madres adolescentes y sus hijos en la infancia temprana, los resultados arrojaron que el 50% de madre presento una relación de apego seguro con sus hijos, mientras que el otro 50% presento una relación de apego ambivalente (García, Gutiérrez, & Martínez, 2016).

Desde la descripción anterior, existe una relación fuerte entre las primeras vinculaciones, el tipo de apego que forma el sujeto y la salud mental o las patologías en la adultez. Tal como señala Arias (2015), en su indagación sobre los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental y los efectos de la primera experiencia de vinculación del sujeto se llega a la conclusión que un buen cuidado físico y emocional prestado por la madre al hijo crea prototipos sanos de relación a lo largo de la vida de este y que por el contrario de aquellos niños desprovistos de este cuidado fundamental pueden desarrollar patologías o perturbaciones.

## **2.2 Fundamentación Teórica**

### **Variable Vínculo Temprano**

#### **Vínculo**

El concepto de vínculo se ha utilizado en varios estudios como sinónimo de apego, el cual no ha encontrado una definición universal, partiendo de esto, estas son algunas de las definiciones encontradas que coinciden con el propósito de la investigación.

Según Bowlby (2014), el apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño pequeño y sus cuidadores o padres. Desde esta teoría el autor y Ainsworth (1969), definieron a el apego como una forma específica de vínculo afectivo entre individuos, el cual es persistente, involucra a una persona

específica que no puede ser intercambiada por otra, es emocionalmente significativo, genera un deseo de mantener proximidad y genera malestar cuando se propone una separación involuntaria.

A partir de este enfoque Galimberti (2002), define al vínculo como un fuerte lazo afectivo hacia una persona, una cosa, un ambiente, un modo de vida, que en ocasiones presenta rasgos de dependencia identificables a partir del modelo original que es el de la adhesión del niño a la figura materna.

De tal forma que, Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, & Ruth Duskin Feldman (2005), señalan que el apego es el vínculo recíproco y duradero entre el bebé y el cuidador, cada uno de los cuales contribuye a enriquecer la calidad de la relación. Para el infante en particular, el apego posee un valor adaptativo que garantiza que sus necesidades psicosociales y físicas sean satisfechas.

En esta misma línea, Kathleen Stassen Berger (2016), postula que el apego es un lazo afectivo duradero entre personas. El cual se inicia antes de nacer, se fortalece alrededor del año e influye en las relaciones para toda la vida. De esta manera los lactantes demuestran el apego por medio de la búsqueda de proximidad (como acercarse y seguir a sus cuidadores) a través del contacto sostenido (como tocar, hablar, acurrucarse y tomar de la mano).

Así mismo, Valdés (2007), describe al apego como una tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados; está presente desde la infancia hasta la vejez. El autor propone que la conducta de apego tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera más fuerte o mejor capacitado para enfrentar una situación específica.

## **Figuras de Apego**

Se ha destacado con frecuencia que el niño siente apego por la madre, pues ella le ofrece cuidados constantes y amorosos, pero puede sentir apego por el padre, el abuelo o un hermano, a condición de que satisfagan sus necesidades y respondan a lo que les pide con señales. A esa persona se le llama cuidador primario. Las figuras de apego no siempre son miembros de la familia inmediata. El niño puede apegarse a muchas de estas figuras, pero es esencial que siempre tenga una. Las conductas de apego estimulan al adulto, así como una atención esmerada origina conductas de apego que se repiten a lo largo del día (Kostelnik, Whiren, Soderman, & Gregory, 2009).

A este respecto Camacho (2010), propone que el cuidado del niño por los adultos, desde el momento del nacimiento, constituye la condición de la existencia. De este modo el vínculo fisiológico del feto y el organismo de la madre es sustituido por el vínculo del niño con los adultos que le cuidan y sostiene su vida; sólo mediante los adultos se satisfacen las necesidades vitales del niño y la niña. Es importante resaltar las necesidades de establecer y fortalecer vínculos internos con el bebé, a fin de desarrollar en forma sana sus emociones y afectos.

## **Desarrollo del vínculo**

El vínculo que se crea entre madre-padre-hijo, es la fuente de donde fluyen todos los afectos que el niño realizará en un futuro con otras personas. Cuando él bebe fija su mirada en el rostro de la madre, en forma intensa, la madre se formula hipótesis, “sabe” lo que necesita él bebe y procura brindárselo, esto va creando un ritmo de encuentros, pausas, que generan el desarrollo del vínculo que así se va moldeando y construyendo el psiquismo del niño (Placeres, 2017).

Si bien se describe la conducta de apego cumple una función muy importante: mantener cerca del niño a un adulto que le proporcione alimento, protección y seguridad. En un principio el reflejo de búsqueda, el asimiento, el llanto y la vocalización tienden a conservar el contacto físico y más tarde la proximidad de los

adultos. Así, conforme el niño va madurando, las conductas de apego se manifiestan sonriendo, señalando, siguiendo u ofreciendo juguetes. Más tarde, cuando ya sabe hablar, les pide que vean algo, que se acerquen o lo ayuden. Los niños de mayor edad también usan conductas de apego como tocar, arrellanarse o buscar a su adulto preferido para que los tome en brazos. Los niños pequeños se valen de sus capacidades sensoriales para reconocer a los adultos en el ambiente y exigir sus cuidados. En general, los adultos encontrarán el reconocimiento del niño, una sonrisa o sus pequeños brazos levantados (Kostelnik et al., 2009).

### **Fases del apego**

Desde el punto de vista de la teoría del apego, toda madre cumple dos funciones: el cuidado del niño, en él se contempla dar afecto, alimentarlo, vestirlo, limpiarlo, mantenerlo sano, y la segunda función, mostrarle el mundo, creando oportunidades para la exploración, es decir, para la estimulación. Se registran, normalmente, tres fases en la evolución del apego (Camacho, 2010):

- Primera fase: Dura desde el nacimiento hasta, aproximadamente, los seis meses. Durante este periodo, el niño desarrolla apegos indiscriminados hacia las personas: grita para llamar la atención de los extraños, y pide contactos con ellos, preferentemente con la madre (Camacho, 2010).
- Segunda fase: Suele comenzar hacia los siete meses de edad, y en ella el niño desarrolla apegos intensos a personas muy específicas: el niño protesta, ahora, solamente cuando se le separa de ciertas personas, entre las que se encuentra la madre (Camacho, 2010).
- Tercera fase: Entre uno y dos meses después del comienzo de presentación de conductas de apego específicas, algunos niños muestran respuestas de miedo ante los extraños (Camacho, 2010).

### **Tipos de vínculo**

Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall (2014), identificaron tres tipos de apego los cuales denominaron: seguro, evitativo y ambivalente. Luego, Main & Solomon, (1990), describieron a el apego desorganizado o desorientado.

Basado en estos postulados, Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, & Kurtz, (2004), plantearon que existe una descripción de cuatro categorías de vínculo: vínculo seguro, ansioso evitativo, ansioso ambivalente-resistente y desorganizado/desorientado.

### **Vínculo seguro - óptimo**

El vínculo seguro, se caracteriza porque el hijo confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y colaboradores si se encuentra en una situación adversa. Con esta seguridad se atreve a realizar sus exploraciones del mundo. Es típica la aparición de ansiedad durante la separación de los padres y la aparición de un sentimiento de seguridad al volver a encontrarse con ellos; este patrón de relaciones se caracteriza por la confianza en el cuidador. Dicha confianza provoca que poco a poco el niño pueda lograr separaciones menos ansiosas pudiendo como consecuencia explorar de manera independiente el mundo. El apego seguro es favorecido por los padres cuando se muestran accesibles y sensibles a las señales de su hijo cuando busca protección y consuelo (Valdés, 2007).

### **Efectos del vínculo seguro**

Los vínculos que se crean en los primeros años de vida son esenciales en la construcción de nuestra identidad y nuestro equilibrio emocional, un vínculo sano, garantizara relaciones futuras de confianza y mayor seguridad en sí mismo, es fundamental que el niño pueda asociar a sus padres con sentimientos de seguridad, afecto y tranquilidad (Placeres, 2017).



Sroufe (2002), redefinió la teoría del apego en términos de regulación del afecto, es así que establece una relación entre apego seguro y la capacidad de autorregulación, por otro lado asoció el apego inseguro a las dificultades de la regulación afectiva. Este autor señala que cuando los padres establecen relaciones óptimas con los hijos forman un vínculo de apego seguro, este vínculo permite a los hijos explorar de manera confiada y productiva su entorno, así como desarrollar una autoestima alta, un mejor ajuste personal y una adecuada salud mental.

El vínculo seguro en la infancia es indicador de una buena interacción entre el niño y la figura parental a corto plazo. El apego es una relación que se va renovando y redefiniendo a lo largo de la relación padre-hijo, y que por lo tanto debe ser estudiada en distintos momentos del desarrollo (Valdés, 2007).

La formación de un vínculo seguro, también se convierte en un sólido predictor de la adaptación de los niños a la escuela. Los niños con un apego seguro son más competentes en sus relaciones sociales, debido a que son más empáticos y más eficaces para responder e iniciar interacciones con otros (Valdés, 2007).

Los niños que tienen un patrón de apego seguro utilizan a la madre como el tipo de base que Bowlby describió. Estos niños parecen confiados en la situación extraña, siempre y cuando sus madres estén presentes. Exploran de forma independiente, regresando a ella ocasionalmente. Aunque pueden o no parecer inquietos cuando ella se va, los niños con apego seguro inmediatamente van hacia su madre cuando ella regresa y buscan el contacto. La mayoría de los niños estadounidenses —cerca de las dos terceras partes— caen en esta categoría de apego seguro (Feldman, 2008).

Por otro lado, los adultos con apego seguro tienden a tener una visión más positiva de sí mismos, sus parejas y sus relaciones. Se sienten cómodos con la intimidad y la dependencia (Bowlby, 2014).

## **Vínculo inseguro**

### **Vínculo ansioso ambivalente-resistente**

El vínculo ansioso-resistente, donde los hijos están inseguros de si sus padres serán accesibles o sensibles o si lo ayudarán cuando lo necesiten. A causa de esta incertidumbre siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, tiende a aferrarse a los padres y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras; así como por las constantes separaciones y las amenazas de abandono utilizadas como medio de control (Valdés, 2007).

Cassidy y Berlin (1994), descubrieron que los niños con un patrón de apego ambivalente muestran una combinación de reacciones positivas y negativas hacia sus madres. Al inicio, los niños ambivalentes tienen un contacto tan estrecho con su madre, que difícilmente exploran su ambiente. Parecen ansiosos incluso antes de que su madre se vaya y cuando lo hace, manifiestan mucha angustia. Pero cuando ella regresa, muestran reacciones ambivalentes: buscan estar cerca de ella, pero también la golpean y patean con aparente enojo. Cerca de 10% de los niños de un año caen en la clasificación de ambivalencia (Citado en Feldman, 2008).

### **Vínculo ansioso evasivo-elusivo**

En la categoría ansioso-elusivo, el hijo no confía en que cuando busque cuidado encuentre una respuesta servicial, sino que por lo general espera ser rechazado. La pauta es resultado del constante rechazo de los padres cuando los hijos se acercan a ellos en busca de consuelo y protección (Valdés, 2007).

Los niños con patrón de vínculo evasivo no buscan la proximidad con su madre y, después de que ella se ha ido, por lo general no se muestran angustiados. Es más, parecen evitarla cuando regresa. Es como si se sintieran indiferentes ante su

comportamiento. Cerca de 20% de los niños de un año de edad se encuentran en la categoría evasivo (Feldman, 2008).

### **Vínculo desorganizado**

El patrón de vínculo desorganizado es una manifestación desorganizada de una de las tres pautas anteriores, especialmente la del apego ansioso resistente. Aquí los niños muestran una conducta un tanto errática, como por ejemplo, iniciar un acercamiento a los padres y de pronto alejarse abruptamente (Valdés, 2007).

Feldman (2008), menciona que los niños que tienen el patrón de vínculo desorganizado-desorientado muestran un comportamiento inconsistente, contradictorio y confuso. Pueden correr hacia su madre cuando ella regresa, pero ni siquiera la miran, o al principio se ven tranquilos pero repentinamente rompen en un llanto de enojo. Su confusión sugiere que son los niños que menos se apegan de forma segura.

### **Efectos del vínculo inseguro**

Sroufe (2002), relaciono el apego inseguro a las dificultades de regulación afectiva. Si las relaciones de los padres con los hijos son inadecuadas, se desarrollan entre ellos tipos de apego que dirigen a problemas de desarrollo emocional. Es así que los niños con apego inseguro hacen representaciones negativas de sí mismos y, sin embargo, son más reacios a admitir sus limitaciones. Del mismo modo, el apego resistente produce que los hijos padezcan con mayor frecuencia trastornos ansiosos; el apego evitativo ocasiona problemas de conducta y el apego desorganizado fomenta la aparición de problemas psicóticos.

Los adultos preocupados-ansiosos buscan mayores niveles de intimidad, aprobación y respuesta de la pareja, volviéndose excesivamente dependientes. Ellos tienden a ser menos confiados, tienen una visión menos positiva de sí mismos y de sus parejas, y pueden presentar altos niveles de expresividad emocional, preocupación e

impulsividad en sus relaciones. Los adultos independientes-evitativos desean un alto nivel de independencia, muchas veces evitando por completo el apego. Ellos se consideran autosuficientes, invulnerables a los sentimientos de apego y sin necesidad de raciones cercanas. Tienden a reprimir sus sentimientos, distanciándose de sus parejas de quien por lo general tienen una visión negativa. Por último, los adultos asustados-evitativos tienen sentimientos encontrados sobre las relaciones, tienden a desconfiar de sus compañeros y se ven a sí mismos desvalorizados. Como los despegados-evitativos, los asustados-evitativos tienden a buscar menos intimidad, suprimiendo a sus sentimientos (Bowlby, 2014).

### **Vínculos y relaciones tempranas**

El vínculo temprano que se genera en la relación madre-hijo/a, comienza en la etapa de la concepción o sea en el periodo pre-natal, continua con el periodo peri-natal y posteriormente el post-natal, que es donde se intensifica la interacción entre la madre y él bebe (Placeres, 2017).

El apego de la madre hacia el futuro hijo se inicia con la noticia del embarazo. Sin embargo, casi toda niña ha jugado a “ser mamá”, y por lo tanto desde el punto de vista psico-dinámico, ha tenido la fantasía de volverse madre, al jugar con muñecas o imaginarse atendiendo un bebé. . Se cree que esta es una suerte de preparación psicológica para la maternidad. En el presente, con la confirmación de que está gestando se desencadenan estos procesos de parentificación en forma más inmediata (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Representación e identidad materna**

Algunos autores plantean que el mundo mental o representacional de una madre influirá en su estilo de relación o de acercamiento a los otros y por ende, en el tipo de vínculo que desarrollará con su hijo/a. Las representaciones en relación a la maternidad son construidas desde el embarazo a partir de las experiencias interaccionales presentes y pasadas, las fantasías y los deseos, modificándose de manera importante desde el embarazo al parto, momento en que la madre contrasta

sus fantasías con la realidad. Según Stern (1997), varían también según el contexto relacional en el que participa la madre y las interacciones actuales con su bebé, constituyendo la presencia (o ausencia) del padre u otros familiares, los modelos parentales, la relación con los pares, con las instituciones, y las creencias y estereotipos sociales; todos ellos factores influyentes en su construcción (Citado en Huber et al., 2015).

Quezada & Santelice (2010), señalan que los cambios en las representaciones, así como el desarrollo de la psicopatología materna y sus repercusiones en el vínculo madre-bebé, podrían explicarse desde los cambios en el contexto socio familiar generados a partir de la experiencia de la maternidad. A partir de este enfoque Stein et al. (1991), mencionan que, las investigaciones muestran que el nacimiento de un hijo impacta las relaciones de pareja, observándose una mayor frecuencia de conflictos maritales con posterioridad al nacimiento, los que a su vez han sido asociados a un incremento de la sintomatología depresiva materna.

En este sentido al abordar la depresión, cobraría especial relevancia el comprender los cambios en la identidad materna generados a partir del nacimiento de un hijo como un producto de su contexto relacional considerando la representación que la madre tiene de sí misma en la interacción con otros (hijo/a, pareja, madre, familia, pares), y con las creencias y los estereotipos sociales y culturales vigentes (Huber et al., 2015).

### **Fallo vínculo madre-hijo.**

Se han descrito un número de entidades clínicas que tienen en común la falta de “sentimientos maternos” de la nueva madre con respecto a su recién nacido. En un subtipo, la madre simplemente no siente la ternura o sentimientos de cariño hacia el su hijo y se siente culpable por esto. Cuida del bebé pero en forma un tanto mecánica, no logrando sentir la calidez y sentimientos maternos que hacen que una madre cuide al infante. En los casos más graves, los cuales pueden estar asociados con depresión materna, hay sentimientos de hostilidad y resentimiento hacia el bebé,

pensamientos de abandonarlo, lastimarlo o hasta matarlo. Cuando el enojo es intenso, la madre puede tratar al niño sin ternura y cuidado, aventarlo en su cuna, jalarlo bruscamente y hasta golpearlo (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

En algunas ocasiones la madre se siente totalmente atrapada por el recién nacido y desea que alguien más lo cuide. Puede haber un rechazo total hacia el bebé, y la nueva madre no quiere verlo o arrullarlo, y dice que alguien más debe atenderlo (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

## **Variable Depresión Perinatal**

### **Embarazo**

El embarazo o gestación se define como un período durante el que el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la madre y cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

El embarazo también es considerado como la etapa evolutiva de una mujer donde surgen diversos cambios a nivel fisiológico, hormonal y psicológico, los cambios que se producen son encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto en el vientre materno. Durante el embarazo se suspenderán los ciclos menstruales, los embarazos pueden traer un solo feto o en casos muy especiales suelen producirse los embarazos múltiples (Almeida, 2014).

### **Cambios psicológicos en el embarazo**

El embarazo cambia el ritmo de vida de los padres de muchas formas, pero tales cambios afectan en mayor medida a la madre. A ella le suceden cambios hormonales, físicos, bioquímicos, además de psicológicos. Lo más probable es que se sienta agotada, excitada, frustrada, preocupada y feliz al mismo tiempo. Es lógico que la mujer sienta estrés en estas circunstancias. El estado de ánimo de la mujer es muy

importante, puesto que puede influir en su interacción con el bebé y repercutir en su desarrollo (Brugué, Sánchez, & Sellabona, 2008).

La mujer tiene la tarea psicológica de “convertirse en madre”, sobre todo durante su primer embarazo, aunque muchos de estos cambios emocionales se observan también en los embarazos subsecuentes. Pasará de ser sólo mujer, a asumir activamente el papel de madre (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

Morales et al., (2004), mencionan que el embarazo y la maternidad han sido asociados frecuentemente a cambios en distintas áreas de la vida, que muchas veces pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos en esta etapa del ciclo vital. En este sentido, a decir de Hobbs & Cole (1976), el embarazo implica, no sólo modificaciones físicas, sino también psicológicas y sociales. Estos cambios demandan el desarrollo de nuevas habilidades, asumir nuevas responsabilidades y enfrentar un nuevo rol social; exigencias que pueden generar altos niveles de estrés (Citado en Huber et al., 2015).

A principio del embarazo es normal que se experimenten cambios frecuentes en los sentimientos y en el estado de ánimo. La mujer puede sentirse irritada y sufrir cambios frecuentes de humor, además pueden aparecer temores respecto al nuevo hijo/a. No todas las mujeres se sienten de la misma forma, depende de su carácter, de las circunstancias que le rodean y del apoyo que disponga en cada momento. Se producen sentimientos de ambivalencia, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. Puede que se sientan más necesitadas de compañía y de muestras de cariño de su pareja, familia y amistades (Flores & Mohamed, 2011).

En el segundo trimestre es normal que las mujeres se sientan más tranquilas. La experiencia de sentir a su hijo/a le ayudará a olvidar sus temores. En el tercer trimestre al acercarse el momento del parto pueden aparecer las inquietudes, estará impaciente y a la vez preocupada por cómo será el parto, si su hijo/a nacerá sano y si

será capaz de cuidarlo adecuadamente y sobre todo deseando conocer y tocar a su bebé (Flores & Mohamed, 2011).

El embarazo también va a provocar cambios en el entorno familiar y social. La relación con la pareja puede verse alterada ya que esta también puede experimentar sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo/a, desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo. Es posible que en algunos momentos la pareja sienta que se encuentra en un segundo plano, incluso puede tener sentimientos de celos al pensar que no se le presta la misma atención (Flores & Mohamed, 2011).

### **Depresión**

La depresión, ya sea leve, moderada o grave, se caracteriza por un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (CIE-10, 2000).

Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib (2000), señalan que la depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados. Continúa



siendo problemático distinguir los grados de humor, desde el estado depresivo clínicamente significativo (depresión mayor) a aquellos estados depresivos “normales”, pues no existe ningún punto de corte claro entre ellos, por lo que se debería considerar los síntomas de depresión cuando aparecen de manera continua y severa.

En base a lo anteriormente dicho, la depresión es un trastorno que se considera “dimensional”, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son anormales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en grado ligero. Sólo se consideran un trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos en el funcionamiento psicosocial de la mujer, lo que quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes o abrumadas en forma pasajera, pero cuando la mujer se siente intensamente triste la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de auto-culpa persistentes, deseos de morir o de suicidarse, se consideran como sentimientos anormales y parte de un trastorno depresivo (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Depresión perinatal**

El Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-V), introduce el concepto de “trastorno depresivo de inicio en el periparto”, denominando colectivamente a los episodios depresivos mayores que comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo. Opta por esta denominación basándose en que el 50% de los episodios de depresión mayor “postparto” comienzan realmente antes del parto (DSM-5 & Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La depresión perinatal abarca un espectro de enfermedades que afectan a las mujeres, desde síntomas depresivos a un episodio depresivo mayor que ocurre en cualquier tiempo entre la concepción y un año después del nacimiento de su hijo (B.C. Women’s Hospital and Health Centre, Reproductive Mental Health Program, British

Columbia, Mental Health and Addictions, & Provincial Health Services Authority (B.C.), 2006).

Este trastorno mental puede presentarse antes y después del parto y, aunque la forma más conocida en la maternidad es la llamada depresión postparto, se describe que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. Este porcentaje se reduce al 10% si nos ceñimos a la depresión propiamente dicha (Sastre Miras, 2015).

La depresión perinatal es especialmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la madre, su bebé y su familia. Si no se trata a tiempo, puede dar lugar a un efecto prolongado y deletéreo sobre la relación entre la madre y el bebé y sobre el desarrollo psicológico, social y educativo del niño. La relación entre la madre y su pareja también puede verse afectada negativamente. La morbilidad de la depresión clínica frecuentemente se prolonga debido a un retraso en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado. El estigma y la vergüenza que sienten los enfermos que pueden ser reacios a “confesar” sus sentimientos son frecuentemente factores importantes en el diagnóstico tardío. Tal reticencia es especialmente común en la depresión perinatal, cuando los sentimientos de culpa y de fracaso pueden ser intensos. Una madre puede temer que se le considere incapaz de cuidar de su hijo (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012).

La enfermedad mental es también un factor significativo en la mortalidad materna. Se ha encontrado que el suicidio, aunque poco frecuente, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en el Reino Unido, por ejemplo. En la mayoría de las mujeres que mueren por suicidio se ha encontrado presente un grave trastorno del estado de ánimo. La depresión prenatal es un factor de riesgo para depresión posparto, y muchos casos de depresión detectados en el posparto pueden haber comenzado en el período antenatal. Algunos estudios que utilizan cuestionarios de autoinforme sugieren una asociación entre la depresión prenatal y la depresión durante la adolescencia en los hijos. También se están desarrollando pruebas sobre

una asociación entre la depresión prenatal y los malos resultados del comportamiento en los hijos (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012).

### **Factores de riesgo**

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro (Rojas et al., 2010).

Según Maldonado-Durán & Brockington (2011), los principales factores de riesgo son:

- Una pareja que no ofrezca apoyo emocional a la compañera. Aunque el compañero esté presente en la casa, la mujer no puede hablar con él de cómo se siente, o éste le dice simplemente que no piense en esas cosas y que trate de sentirse mejor. Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su esposa dice sentirse triste, abrumada, incierta sobre cómo cuidar al bebé o con miedo al futuro. Otro factor de riesgo es no tener un compañero o ser madre soltera (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).
- Antecedentes de pérdidas tempranas. Esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono o separación (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).
- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia. Estas experiencias predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. No se trata de fenómenos tan raros; se piensa que alrededor de 15 a 20% de mujeres ha sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional

importante en la persona e incluyen negligencia, abuso psicológico, críticas excesivas por un progenitor, así como maltrato físico y sexual (Bifulco, Moran, Baines, Bunn, & Stanford, 2002).

- Aislamiento social. Es decir, el hecho de que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente. También que tenga poca oportunidad de contar con su familia extendida (su madre, padre, hermanos, otros parientes) o poco contacto con amigas o compañeras que pudieran ayudarla o escucharla (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).
- Factores de estrés socioeconómico. Dificultades económicas, no poder pagar los diversos servicios esenciales (corriente eléctrica, etc.) o el acceso a servicios como los cuidados médicos. Otros son vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, donde haya pocas oportunidades de recreación (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).
- Atención de otros niños pequeños en su hogar. Los niños pequeños requieren de una gran inversión de tiempo y cuidados, y si hay varios de ellos antes del presente embarazo pueden causar que la gestante se sienta abrumada (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas (pérdida de uno o ambos padres en la infancia). Una mujer que ha tenido falta de relación con sus padres puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida cuando ella misma está a punto de hacer la transición a la parentalidad y además episodios depresivos previos (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Diagnóstico**

La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar sus respuestas. Por supuesto que debe

haber un clima mínimo de confianza entre la mujer y el entrevistador, aunque la mayoría de las personas deprimidas expresan abiertamente sus sentimientos y hablan de su estado de ánimo si se les pregunta (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico. Tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo. Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas. Buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio. Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles. Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés. Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no (Secretaría de Salud México, 2014).

### **Manifestaciones clínicas**

Maldonado-Durán & Brockington (2011), señalan que las manifestaciones clínicas más comunes de la depresión perinatal son:

- Tristeza la mayor parte del tiempo.
- Pensamientos pesimistas sobre el futuro (todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etcétera).
- Pensamientos de autorreproche (debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, etcétera).
- La paciente puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse

aterrada de estar sola con el niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo).

- La paciente puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.
- En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente: que pierda el apetito y no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poderse volver a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé que la aterran, como temer dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él.

Existen algunas manifestaciones adicionales que pueden presentarse: cuando la depresión es grave la madre puede experimentar una sensación de futilidad y sentimiento de que no vale la pena vivir, y por lo tanto ayudaría a su niño si ambos murieran. La nueva madre puede pensar que no valió la pena traerlo al mundo a sufrir. Los casos de infanticidio son raros cuando la mujer sólo está deprimida y no psicótica, pero el clínico debe tenerlo siempre en consideración (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Efectos de la depresión perinatal**

Se han observado múltiples casos en que la depresión en la madre provoca la desaparición de los sentimientos maternos y de ternura normales para con su hijo, o bien que tenga pensamientos o acciones hostiles hacia el recién nacido, constituyendo un verdadero trastorno de la relación entre la madre y el bebé (Brockington et al., 2001).

La depresión en la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que necesita durante el embarazo, mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar al feto y desenlace obstétrico (Jadresic M, 2010).

Otro problema es la baja ingesta de comida y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebé y su crecimiento in útero. Cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión mayor postparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de sufrir una recurrencia en un parto subsiguiente (Wisner et al., 2000).

La depresión perinatal está asociada con problemas para los niños en múltiples aspectos del funcionamiento, aumentando su vulnerabilidad para el desarrollo de depresiones u otros trastornos posteriores. El rango de problemas va desde el funcionamiento interpersonal y afecto hasta anomalías EEG y neuroendocrinas (Goodman & Rouse, 2010).

Sin tratamiento, la depresión perinatal afecta a los aspectos de la salud de una mujer y la de su bebé. Puede ser un factor que conduce al bajo peso al nacer, la interacción madre-hijo comprometida, y deterioro conductual / cognitivo en los primeros años de preescolar (B.C. Women's Hospital and Health Centre et al., 2006).

### **Prevención**

Se debe preguntar acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses posparto. Los servicios de atención primaria y maternidad deben desarrollar estrategias pertinentes a nivel local para asegurarse de que puedan proporcionar atención psicosocial adecuada y culturalmente sensible a todas las mujeres en sus

comunidades. La enfermedad psiquiátrica materna, sin tratamiento o tratada inadecuadamente, puede dar lugar a un mal cumplimiento con la atención prenatal, a nutrición inadecuada, a exposición a medicamentos adicionales o remedios a base de hierbas, a aumento en el consumo de alcohol, a déficits en la vinculación madre-hijo y a alteración del entorno familiar. Siempre que sea posible, es recomendable un manejo multidisciplinario que involucre al obstetra de la paciente, un clínico en salud mental, al proveedor de atención primaria y al pediatra. Las mujeres identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Cualquier riesgo inmediato deberá ser manejado y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. También debe preguntarse por la seguridad del niño (Secretaría de Salud México, 2014).

### **Prevención primaria**

En términos de salud pública, se señala que la prevención primaria se refiere a estrategias diseñadas realmente para “prevenir” la aparición de alteraciones, en este caso conductuales y emocionales, Se realiza por medio de métodos que promueven la preservación del estado de salud y evitando que se den las condiciones para que se desarrolle alguna alteración (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

Es difícil comprobar la eficacia de estas intervenciones. Para ello se requiere efectuar la intervención y luego determinar si hubo diferencia en la incidencia o prevalencia de determinado trastorno. Esto es generalmente es difícil de lograr por el tiempo que ha de transcurrir y por la dificultad de medir si el programa preventivo es la explicación principal de una variación en incidencia o prevalencia (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Prevención secundaria**

Consiste en impactar positivamente en la vida de las personas que están en riesgo de sufrir la aparición de algún trastorno o padecimiento. Estos programas se dirigen a identificar a las personas que tienen la mayor probabilidad de que se desarrolle



determinado trastorno y evitar que ocurra o, en caso contrario, que no sea tan grave e incapacitante (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Prevención terciaria**

Esta forma de prevención en realidad se refiere sólo a intentar aminorar la gravedad de los padecimientos o trastornos una vez que se han presentado; aplicar un tratamiento y disminuir la incapacidad que acarrea a quienes los sufren, es decir, rehabilitación. Ya no se trata de una población en riesgo sino de personas en quienes ya se ha manifestado el trastorno en cuestión y que necesitan ayuda para aliviar su sufrimiento o incapacidad (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

### **Programas de prevención durante el embarazo**

Existen varios modelos que se han aplicado en distintos países para favorecer la transición de una madre (o pareja) a la parentalidad, el apego de la madre al bebé in útero, la disminución de su nivel de estrés y la sensibilización para que pueda atender adecuadamente al bebé. Uno de estos modelos consiste en la participación de las gestantes (y si es posible de la pareja u otra persona que le brinde apoyo) en doce sesiones semanales de naturaleza grupal. Se recomienda un máximo de ocho parejas para dar mayor oportunidad de expresión individual. Las sesiones se dividen en dos partes: la primera es un componente “educativo” y la segunda de autoexpresión. Se les ofrece a los participantes la oportunidad de hablar de la situación específica de cada mujer o pareja; se utilizan videograbaciones para ilustrar los diferentes puntos. El material “educativo” es como un punto de partida utilizado para que las futuras madres reflexionen sobre su situación actual y puedan hablar de cómo están reaccionando o manejando las diferentes situaciones (Maldonado-Durán & Brockington, 2011).

## **2.2.3 Hipótesis o supuestos**

### **2.2.3.1 Hipótesis de investigación (Hi)**

El vínculo temprano en mujeres embarazadas se relaciona con el desarrollo de depresión perinatal.

#### **2.2.3.1 Hipótesis nula (Ho)**

El vínculo temprano en mujeres embarazadas no se relaciona con el desarrollo de depresión perinatal.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Nivel y Tipo de Investigación**

La presente investigación es de tipo transversal correlacional debido a que la investigación se centró en analizar el nivel de relación entre las variables vínculo temprano y depresión perinatal, en este sentido el estudio se llevó a cabo por una sola ocasión, se trabajó con un enfoque cuantitativo por los reactivos de evaluación que son el Parental Bonding Instrument (PBI), la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Se utilizó así mismo una ficha de información para la identificación de datos personales y criterios de inclusión y exclusión. Del mismo modo, es de tipo bibliográfica-documental ya que la información que se usó para realizar la sustentación teórica fue adquirida de libros y artículos científicos, además es una investigación de campo porque se acudió al lugar donde se realizó el estudio para corroborar los datos obtenidos.

### **3.2 Selección del área o ámbito de estudio**

La presente investigación se llevó a cabo en la Zona 3 de Salud, Provincia de Cotopaxi, en el Cantón Salcedo. La institución que se tomó como ámbito de estudio fue el Centro de Salud Tipo B Salcedo del Distrito 05D06.

### **3.3 Población**

La investigación se realizó a las mujeres embarazadas del cantón Salcedo que acudieron a consulta durante el mes de Octubre del 2018 al área de Obstetricia y Ginecología.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión**

Pacientes embarazadas con 16 a 39 semanas de gestación.

Pacientes en control prenatal.

Pacientes que otorguen consentimiento por escrito de participar en el estudio.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión**

Pacientes que tengan menos de 16 semanas de embarazo.

Pacientes en tratamiento psicológico.

Pacientes en tratamiento psiquiátrico.

Pacientes quienes reciban tratamiento antidepresivo en los seis meses anteriores al embarazo actual.

Pacientes que no acepten ser parte del estudio.

### **3.5 Diseño muestral**

Se evaluó a todas las mujeres embarazadas que acudieron al Centro de Salud Tipo B Salcedo durante el mes de Octubre, obteniendo una muestra de 60 mujeres embarazadas que acuden a control prenatal una vez por mes. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se tomó como muestra a 60 mujeres gestantes.

### 3.6 Operacionalización de variables

**Tabla N°1** Operacionalización de la variable Vínculo Temprano

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTOS
<p>Conjunto de comportamientos en evolución en donde el niño busca establecer y mantener una proximidad física y psicológica hacia una figura que lo proteja de los peligros que el percibe, buscando también recibir afecto y que le permita explorar su mundo de manera segura (Bowlby, 1969). Se inicia antes de nacer, se fortalece alrededor del año e influye en las relaciones para toda la vida. (Kathleen Stassen Berger, 2016).</p>	Vínculo Óptimo (Apego Seguro)	El vínculo óptimo, que se manifiesta cuando la madre se caracteriza por ser con los hijos afectuosa, empática, contenedora emocionalmente, favorecedora de la independencia y la autonomía (Parker, Tupling, & Brown, 1979), guarda similitudes con el tipo de apego seguro en donde la madre es accesible, receptiva y cálida (Ainsworth et al., 2014).	<p>PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI) Gordon Parker, Hilary Tupling and L.B. Brown</p> <p>alfa de Cronbach = .90</p>
	Vínculo Ausente o Débil (Apego Resistente)	El vínculo ausente o débil, referido como aquel que identifica a la madre como fría, emotiva, indiferente (Parker et al., 1979), tiene que ver con el apego resistente definido por una madre que muestra disponibilidad en ciertas ocasiones, pero en otras no: es indiferente, incluso muestra amenazas de abandono como medio de control (Bowlby, 1989).	
	Vínculo Constricción afectiva (Apego Desorganizado)	El apego desorganizado o desorientado de (Ainsworth et al., 2014) en el cual la madre no permite la autonomía, controla en exceso e incluso llega al abuso y maltrato hacia el hijo, guarda similitudes con el vínculo constricción afectiva de (Parker et al., 1979), porque si bien la madre es afectuosa, contiene emocionalmente y es empática, asimismo es controladora, intrusiva, tiene contacto excesivo y previene la conducta autónoma del niño.	
	Vínculo Control sin afecto (Apego Evitativo)	El vínculo evitante de (Ainsworth et al., 2014), en el cual el niño supone que cuando busque cuidados no recibirá atención o cariño, sino rechazo, es equivalente al de control sin afecto generado por una madre que presenta frialdad, indiferencia y negligencia (Parker et al., 1979).	

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Tabla N°2** Operacionalización de la variable Depresión Perinatal

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTOS
Trastorno depresivo de inicio en el periparto, denominando colectivamente a los episodios depresivos mayores que comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo, caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados (DSM-5 & Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)	Depresión Perinatal	<p>Según la CIE-10:</p> <p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</li> <li>2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico</li> </ol> <p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li> <li>2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.</li> <li>3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.</li> </ol> <p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad</li> <li>2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada</li> <li>3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida</li> <li>4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones</li> <li>5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición</li> <li>6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo</li> <li>7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso</li> </ol>	<p>ESCALA DE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDINBURGH (EPDS) British Journal of Psychiatry.</p> <p>Sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%.</p>

	Depresión Leve	Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades (CIE-10).	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. alfa de Cronbach = .81
	Depresión Moderada	Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (CIE-10).	
	Depresión Grave	Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (CIE.10).	

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

### **3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información**

#### **3.7.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Se diseñó y aplicó una ficha de información, en la cual se incluyeron preguntas concernientes a datos personales, obstétricos, de planificación familiar, de antecedentes depresivos y de complicaciones durante la gestación; con el propósito de tomar en cuenta variables que son consideradas como factores de riesgo para la depresión durante el embarazo. Del mismo modo este instrumento sirvió para seleccionar a las mujeres gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos.

A continuación se detallan y explican cada uno de los instrumentos utilizados.

#### **PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)**

##### **Identificación**

Nombre original: Parental Bonding Instrument

Autor: Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown

Año: 1979

##### **Descripción**

Tipo: Cuestionario

Soporte: Papel y lápiz y administración oral.

Objetivos: Mide la percepción de la conducta y actitud de uno o ambos padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, en los primeros 16 años de crianza.

Población: Personas mayores de 16 años, de ambos sexos.



Número de ítems: 25 reactivos, constituido por dos escalas: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems), con opciones de respuesta que van de 0 (Muy en desacuerdo) a 3 (Muy de acuerdo) y nivel de medición intervalar.

### **Aplicación**

Tiempo de administración: requiere entre 10 a 15 minutos

Calificación e interpretación: Cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 puntos, quedando la escala de cuidado con un puntaje máximo de 36 puntos y la de sobreprotección, con 39. La obtención de puntajes de ambas escalas permite elaborar cuatro tipos de vínculos: control sin afecto, constricción afectiva, vínculo ausente, y vínculo óptimo.

### **Propiedades Psicométricas**

Validez y confiabilidad: 0.90

## **ESCALA DE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDIMBURGO (EPDS)**

### **Identificación**

Nombre original: Edingurdh Postnatal Scale

Autor: British Journal of Psychiatry

Traducción: Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987).

Año: 1987

### **Descripción**

Tipo: Autoinforme

Soporte: Papel y lápiz y administración oral

Objetivos: Proporciona una medida de la presencia de depresión durante el embarazo

Población: Mujeres embarazadas.

Número de ítems: Se compone de 10 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

### **Aplicación**

Tiempo de administración: Requiere menos de 5 minutos para ser completado

Calificación e interpretación: Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 30. Una puntuación igual o mayor a 10 muestra un probabilidad de depresión.

### **Propiedades Psicométricas**

Validez y confiabilidad: Sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%.

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)**

### **Identificación**

Nombre original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Año: 2011

### **Descripción**

Tipo: Autoinforme

Soporte: Papel y lápiz y administración oral

Objetivos: Proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión

Población: Adultos y adolescentes de 13 años o más, de ambos sexos.

Número de ítems: Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

### **Aplicación**

Tiempo de administración: Requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado.

Calificación e interpretación: Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

### **Propiedades Psicométricas**

Validez y confiabilidad: 0.81

#### **3.7.2 Procedimiento para la Recolección de la Información**

Se acudió al Centro de Salud Tipo B Salcedo del Distrito de Salud 05D06, al área de consulta gineco-obstétrica, a los cuales asisten mujeres embarazadas que se encuentran entre la semana 16 y 39 de gestación.

Con el objetivo de contar con la autorización necesaria para llevar a cabo la aplicación de los reactivos necesarios, se presentó una solicitud a la Directora del Distrito de Salud adjuntando el anteproyecto. Dicha autorización, permitió dirigirse a las pacientes embarazadas luego de su consulta de control y atención de embarazo, los mismos que se llevaban a cabo en dos consultorios del Centro de Salud, por tal motivo se dio aviso a las especialistas de esta área para poder contar con su apoyo.

La aplicación se llevó a cabo en el mes de Octubre del 2018, se acudía desde las 8 am hasta las 4:30 pm, debido a que se brindaba atención durante este horario, contando con un tiempo adecuado para poder contestar los instrumentos, así como para disipar dudas que les surgiera a las pacientes.

Se abordó de forma individual a cada paciente embarazada, invitándola a participar en la investigación, describiéndole los objetivos, así como el tiempo de duración y lo que evalúa cada cuestionario, se le indicaba la carta de consentimiento informado, y se le informaba que podía realizar preguntas para disipar sus dudas, ya sean estas sobre la finalidad del estudio o sobre los reactivos de los cuestionarios que se le presentaban.

De acuerdo a los objetivos planteados después de los análisis efectuados en la investigación, se tomaron en cuenta a las pacientes que cumplieran los criterios de inclusión establecidos.

### **3.8 Aspectos Éticos**

La presente investigación toma en cuenta el Capítulo II del Código de Ética de la Universidad Técnica de Ambato, en el que se señala que los estudiantes deben desempeñar sus competencias, funciones, atribuciones y actividades en base a los Principios señalados en el artículo tres, estos son: derechos humanos, eficiencia, eficacia, efectividad, calidad, hacer el bien y decir siempre la verdad. Respecto a los Valores Éticos en el artículo cuatro se mencionan a la integridad, pertenencia, transparencia, responsabilidad, lealtad, honestidad, respeto, beneficencia, solidaridad, vocación de servicio y disciplina. Cabe mencionar además que en el literal 11, del artículo 10, en Capítulo III de este Código de Ética, se estipula que uno de los derechos y responsabilidades de los estudiantes es contribuir a la investigación básica, aplicada o experimental para la generación de nuevos conocimientos o para la transferencia y uso de conocimientos científicos y tecnológicos en todas las áreas del conocimiento.

En base a lo anteriormente mencionado, se consideró la elaboración de un consentimiento informado en cual se detalla el objetivo de la investigación y se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada.

Del mismo modo se elaborara un informe final de los resultados, el cual será entregado a la institución donde se realizó la investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis e interpretación de las características sociodemográficas de la muestra.

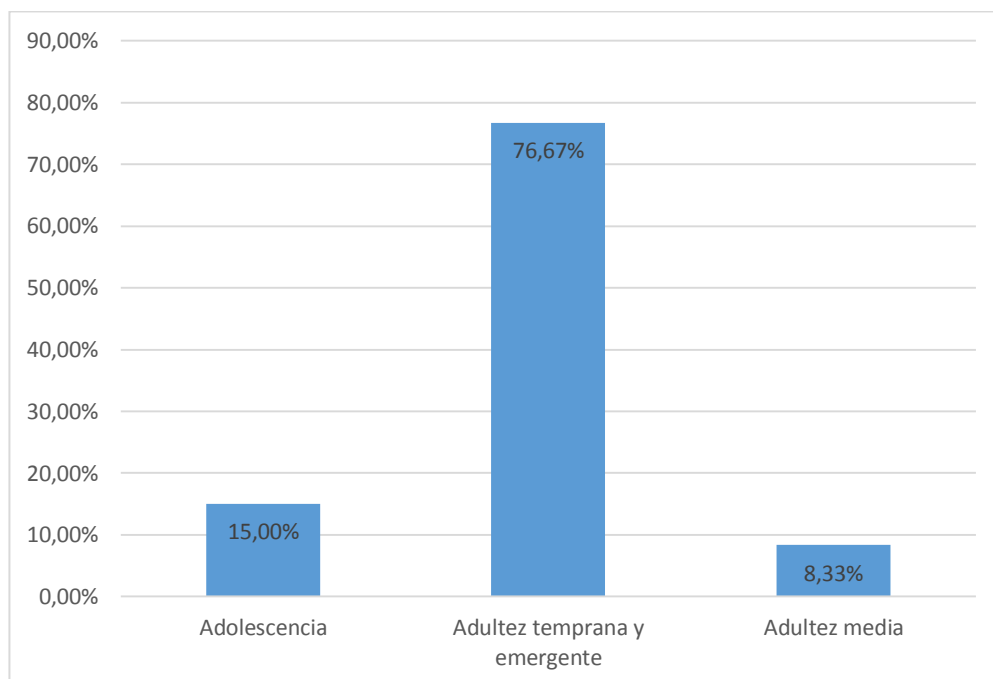
**Tabla N°3** Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por edades

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Adolescencia</i>	<b>15</b>	1	1.7%
	<b>16</b>	1	1.7%
	<b>18</b>	4	6.7%
	<b>19</b>	3	5.0%
<i>Adulthood temprana y emergente</i>	<b>20</b>	5	8.3%
	<b>21</b>	2	3.3%
	<b>22</b>	4	6.7%
	<b>23</b>	2	3.3%
	<b>24</b>	2	3.3%
	<b>25</b>	3	5.0%
	<b>26</b>	3	5.0%
	<b>27</b>	1	1.7%
	<b>28</b>	3	5.0%
	<b>29</b>	4	6.7%
	<b>30</b>	3	5.0%
	<b>31</b>	1	1.7%
	<b>32</b>	4	6.7%
	<b>33</b>	2	3.3%
	<b>34</b>	1	1.7%
	<b>35</b>	3	5.0%
	<b>36</b>	2	3.3%
<b>39</b>	1	1.7%	
<i>Adulthood media</i>	<b>41</b>	3	5.0%
	<b>43</b>	2	3.3%
	<b>TOTAL</b>	60	100.0%

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Análisis:** De la muestra de estudio se identifica un grupo etario de 15 a 43 años de edad, de los cuales el 1,7% tiene 15 años (n=1), el 1,7% tiene 16 años (n=1), el 6,7% tiene 18 años (n=4), el 5,0% tiene 19 años (n=3), el 8,3% tiene 20 años (n=5), el 3,3% tiene 21 años (n=2), el 6,7% tiene 22 años (n=4), el 5,0% tiene 23 años (n=3), el 3,3% tiene 24 años (n=2), el 3,3% tiene 25 años (n=2), el 5,0% tiene 26 años (n=3), el 1,7% tiene 27 años (n=1), el 5,0% tiene 28 años (n=3), el 6,7% tiene 29 años (n=4), el 5,0% tiene 30 años (n=3), el 1,7% tiene 31 años (n=1), el 6,7% tiene 32 años (n=4), el 3,3% tiene 33 años (n=2), el 1,7% tiene 34 años (n=1), el 5,0% tiene 35 años (n=3), el 3,3% tiene 36 años (n=2), el 1,7% tiene 39 años (n=1), el 5,0% tiene 41 años (n=3), el 3,3% tiene 43 años (n=2).

**Figura N° 1** Distribución de la muestra por edades



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** En la figura N°1 podemos observar que el grupo con mayor número de integrantes de acuerdo a la edad se encuentra en la adultez emergente y temprana con un 76,7%; es decir el periodo entre los 20 a los 39 años (Papalia, Olds, & Feldman, 2009), seguido por la adolescencia con un 15%; según la OMS cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de

estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, Sainz Aceves et al. (2013), señalan que existe un alto índice de depresión en este grupo etario. En último lugar se encuentra la adultez media con un 8,3% que es la etapa entre los 40 y 65 años de edad (Papalia et al., 2009).

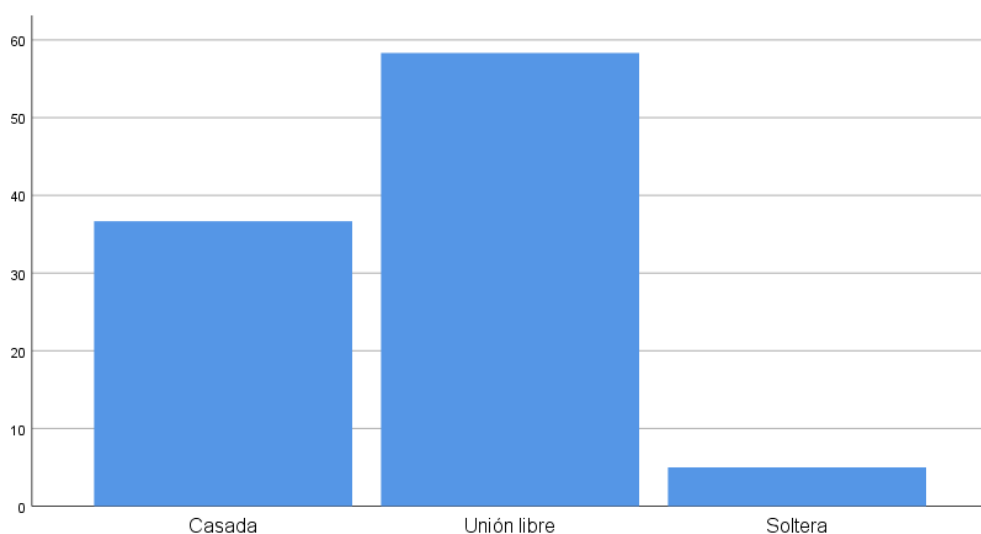
**Tabla N°4** Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por estado civil

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Casada</b>	22	36.7%
<b>Unión libre</b>	35	58.3%
<b>Soltera</b>	3	5.0%
<b>TOTAL</b>	60	100.0%

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Análisis:** De la muestra total del estudio el 36,7% son casadas (n=22), el 58,3% viven en unión libre con su pareja (n=35) y el 5% son solteras (n=3).

**Figura N° 2** Distribución de la muestra por estado civil



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).



**Interpretación:** En la figura N°2 se puede observar que el mayor número de mujeres embarazadas mantienen un estado civil de unión libre con su pareja, representando un 58,3% del total de la muestra, seguido por un 36,7% de mujeres gestantes casadas y 5% de solteras. Estos datos se asemejan con el estudio de Sotero Salgueiro, Sosa Fuertes, Domínguez Rama, Alonso Telechea, & Medina Milanesi (2006). A pesar de esto es preciso señalar que la unión libre se asocia con menor estabilidad en las relaciones que el matrimonio, Brown, Manning, & Stykes (2015) documentan que la incidencia de depresión es alta entre las madres que viven en unión libre, en comparación con mujeres casadas y que más del 50% de esta población termina su relación en los primeros cinco años. Por otro lado un factor estadísticamente significativo de síntomas de depresión durante la gestación es ser soltera (Bao-Alonso et al., 2010)

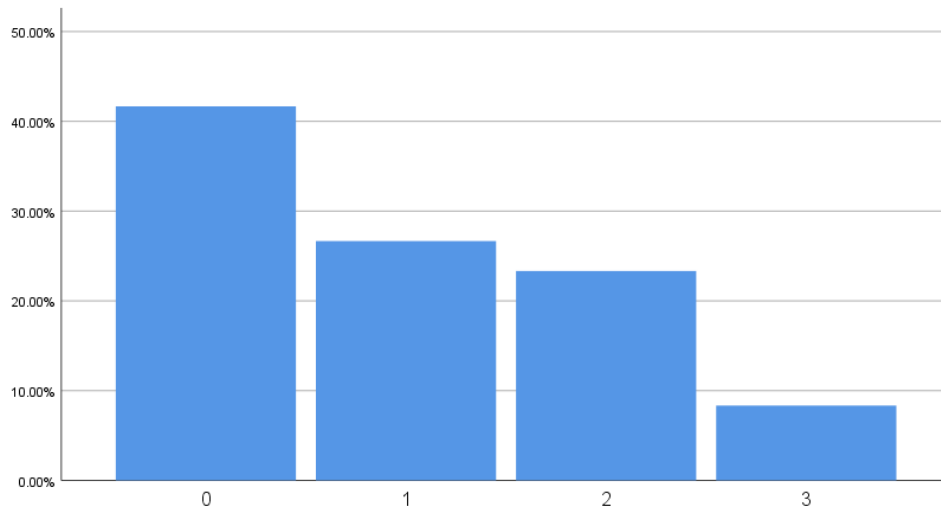
**Tabla N°5** Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por número de hijos

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>0</b>	25	41.7%
<b>1</b>	16	26.7%
<b>2</b>	14	23.3%
<b>3</b>	5	8.3%
<b>TOTAL</b>	60	100.0%

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Análisis:** De la muestra total del estudio el 41,7% no tiene hijos (n=25), el 26,7% tiene un hijo (n=16), el 23,3% tiene dos hijos (n=14) y el 8,3% tiene tres hijos (n=5).

**Figura N° 3** Distribución de la muestra por número de hijos



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** En la figura N°3 podemos observar que existe un mayor porcentaje de mujeres gestantes no primerizas que tienen entre uno a tres hijos, representadas por el 58,3%, Maldonado-Durán & Brockington (2011), señalan a la atención de otros niños pequeños en el hogar como un factor de riesgo para la depresión perinatal. Por otra parte el 41,7% del total de la muestra manifestó no tener hijos y encontrarse en el primer embarazo.

## 4.2 Índice global del tipo de vínculo

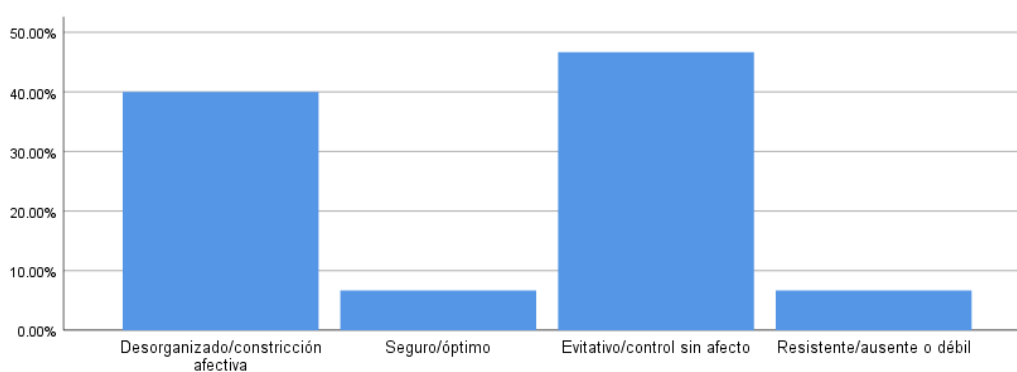
**Tabla N°6** Índice global en frecuencia y porcentaje de los tipos de vínculo con la madre

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Desorganizado/constricción afectiva</i></b>	24	40.0%
<b><i>Seguro/óptimo</i></b>	4	6.7%
<b><i>Evitativo/control sin afecto</i></b>	28	46.7%
<b><i>Resistente/ausente o débil</i></b>	4	6.7%
<b><i>TOTAL</i></b>	60	100.0%

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Análisis:** De la muestra total del estudio en relación al vínculo con su madre el 40% presenta un tipo de vínculo desorganizado o constricción afectiva (n=24), el 6,7% un vínculo seguro o óptimo (n=4), el 46,7% un vínculo evitativo o control sin afecto (n=28), el 6,7% un vínculo resistente, ausente o débil (n=4).

**Figura N° 4** Índice global de los tipos de vínculo con la madre



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** En la figura N°4 se muestra una mayor prevalencia del vínculo inseguro, (Sroufe, 2002), vinculó el apego inseguro a las dificultades de regulación afectiva, las cuales ocasionarían problemas de desarrollo emocional a futuro. Los datos obtenidos en la investigación muestran al tipo de vínculo evitativo o control sin afecto con un 46,7%, generado por una madre que presenta frialdad, indiferencia y negligencia (Parker et al., 1979) y que ocasiona problemas de conducta. El vínculo desorganizado o constricción afectiva muestra un 40% en el que si bien la madre es afectuosa, contiene emocionalmente y es empática, asimismo es controladora, intrusiva, tiene contacto excesivo y previene la conducta autónoma del niño, incluso puede llegar al abuso y maltrato hacia el hijo (Parker et al., 1979), fomentando la aparición de trastornos psicóticos en sus hijos. El tipo de vínculo resistente, ausente o débil representa un 6,7% en el cual la madre se identifica como fría, emotiva, indiferente (Parker et al., 1979), es una madre que muestra disponibilidad en ciertas ocasiones, pero en otras no, incluso muestra amenazas de abandono como medio de control (Bowlby, 1989), ocasionando que los hijos padezcan trastornos ansiosos con mayor frecuencia. Por último los datos muestran al vínculo óptimo o seguro con un 6,7% en el que la madre se caracteriza por ser con los hijos afectuosa, empática, contenedora emocionalmente, favorecedora de la independencia y la autonomía (Parker et al., 1979), la madre es accesible, receptiva y cálida (Ainsworth et al., 2014). Los datos concuerdan con la investigación de (Vega, Roitman, & Barrionuevo, 2011) en donde el vínculo evitativo obtuvo puntuaciones elevadas con respecto a los otros tipos de vínculo.

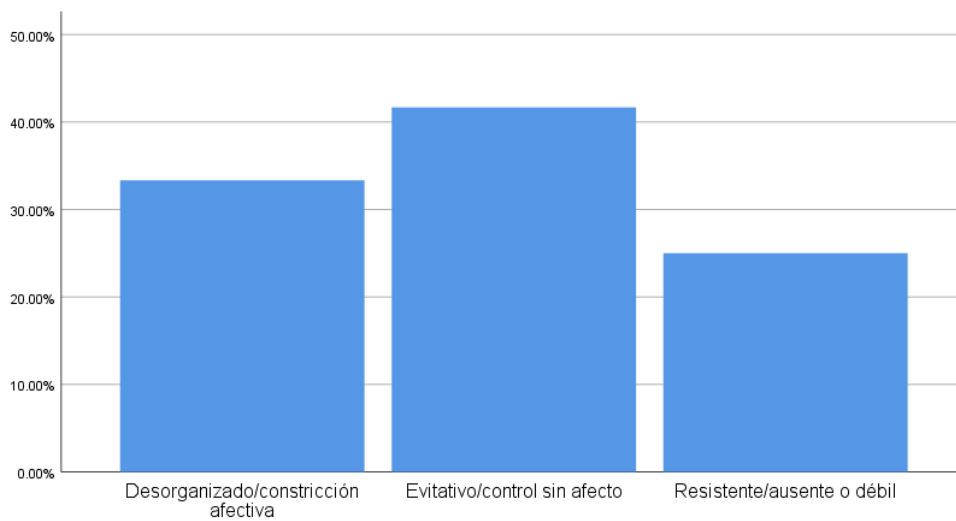
**Tabla N°7** Índice global en frecuencia y porcentaje de los tipos de vínculo con el padre

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Desorganizado/constricción afectiva</i></b>	20	33.3%
<b><i>Seguro/óptimo</i></b>	0	0.0%
<b><i>Evitativo/control sin afecto</i></b>	25	41.7%
<b><i>Resistente/ausente o débil</i></b>	15	25.0%
<b><i>TOTAL</i></b>	60	100.0%

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Análisis:** De la muestra total del estudio en relación al vínculo con su padre el 33,3% presenta un tipo de vínculo desorganizado o constricción afectiva (n=20), el 0% un vínculo seguro o óptimo (n=0), el 41,7% un vínculo evitativo o control sin afecto (n=25), el 25% un vínculo resistente, ausente o débil (n=15).

**Figura N° 5** Índice global de los tipos de vínculo con el padre



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** En la figura N°5 se muestra una mayor prevalencia del vínculo evitativo o control sin afecto con un 41,7%, generado por un padre que presenta frialdad, indiferencia y negligencia (Parker et al., 1979). El vínculo desorganizado o constricción afectiva muestra un 33,3% en el que si bien padre es afectuoso, contiene emocionalmente y es empático, asimismo es controlador, intrusivo, tiene contacto excesivo y previene la conducta autónoma del niño, incluso puede llegar al abuso y maltrato hacia el hijo (Parker et al., 1979). El tipo de vínculo resistente, ausente o débil representa un 25% en el cual la padre se identifica como frío, emotivo, indiferente (Parker et al., 1979), es un padre que muestra disponibilidad en ciertas ocasiones, pero en otras no, incluso muestra amenazas de abandono como medio de control (Bowlby, 1989).

### 4.3 Índice global de la depresión perinatal

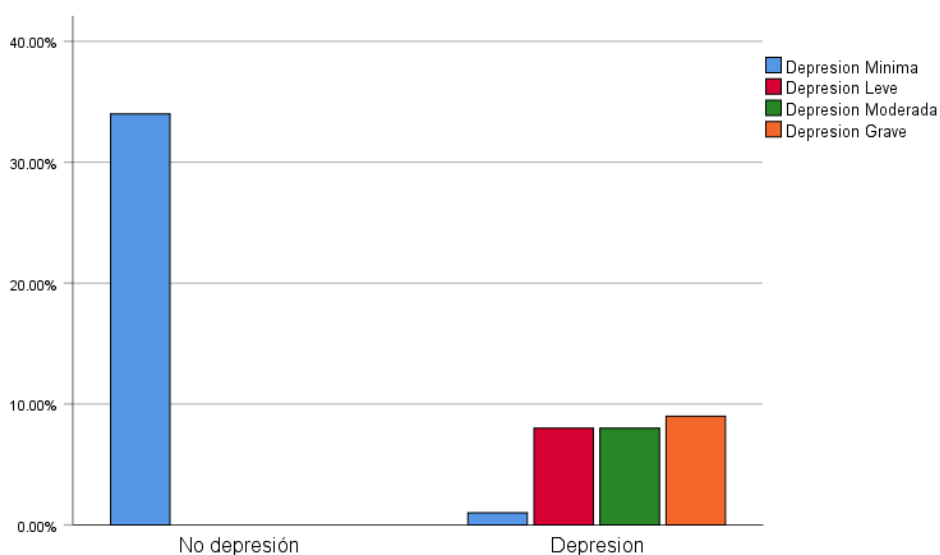
**Tabla N°8** Índice global en frecuencia y porcentaje de la depresión perinatal

	<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>No depresión</b>	<b>Mínima</b>	35	58.3%
	<b>Leve</b>	8	13.3%
<b>Depresión</b>	<b>Moderada</b>	8	13.3%
	<b>Grave</b>	9	15.0%
<b>TOTAL</b>	<b>Total</b>	60	100.0%

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Análisis:** De la muestra total del estudio en relación al nivel de depresión el 58,3% presenta un nivel de depresión mínima (n=35), el 13,3% nivel de depresión leve (n=8), el 13,3% nivel de depresión moderada (n=8) y el 15% restante un nivel de depresión grave (n=9).

**Figura N° 6** Índice global de la depresión perinatal



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** En la figura N°6 se muestra que existe un 41,7% de depresión en mujeres embarazadas de acuerdo a la Escala de depresión perinatal de Edimburgo, a partir de estos datos arrojados, con la aplicación del Inventario de depresión de Beck-II se identificó que el 13,3% del total de la muestra presenta un nivel de depresión leve, del mismo modo el 13,3% un nivel de depresión moderada y un 15% de depresión grave. Estos datos se asemejan a la investigación de Bao-Alonso et al., (2010) en la que un 34.7 % de mujeres gestantes mostraron niveles de depresión y la prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes fue del 22, 25 %. En este sentido, la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo en las mujeres se presenta principalmente en la edad reproductiva, los estados de depresión durante la gestación influyen en el desarrollo fetal y posteriormente en el comportamiento de los niños.

#### 4.4 Verificación de la hipótesis Vínculo Temprano y Depresión Perinatal

**Tabla N°9** Correlación de Pearson Vínculo Temprano y Depresión Perinatal

Correlación de Pearson			
		Vínculo Temprano	Depresión Perinatal
Vínculo Temprano	Correlación de Pearson	1	.360**
	Sig. (bilateral)		0.005
	N	60	60
Depresión Perinatal	Correlación de Pearson	.360**	1
	Sig. (bilateral)	0.005	
	N	60	60
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** La tabla muestra que existe una correlación positiva de 0,01 entre las dos variables: Vínculo Temprano y Depresión perinatal con un coeficiente de 0,005.

**Tabla N°10** Tabla Cruzada Tipos de vínculo temprano y Niveles de Depresión Perinatal

		Tabla cruzada Vínculo Temprano*Depresión Perinatal					
		Depresión perinatal				Total	
		Mínima	Leve	Moderada	Grave		
Vínculo Temprano	Desorganizado/constricción afectiva	Recuento	17	4	2	1	24
		Recuento esperado	14.0	3.2	3.2	3.6	24.0
		% del total	28.3%	6.7%	3.3%	1.7%	40.0%
	Seguro/óptimo	Recuento	4	0	0	0	4
		Recuento esperado	2.3	0.5	0.5	0.6	4.0
		% del total	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%
	Evitativo/control sin afecto	Recuento	13	4	4	7	28
		Recuento esperado	16.3	3.7	3.7	4.2	28.0
		% del total	21.7%	6.7%	6.7%	11.7%	46.7%
	Resistente/ausente o débil	Recuento	1	0	2	1	4
		Recuento esperado	2.3	0.5	0.5	0.6	4.0
		% del total	1.7%	0.0%	3.3%	1.7%	6.7%
Total		Recuento	35	8	8	9	60
		Recuento esperado	35.0	8.0	8.0	9.0	60.0
		% del total	58.3%	13.3%	13.3%	15.0%	100.0%

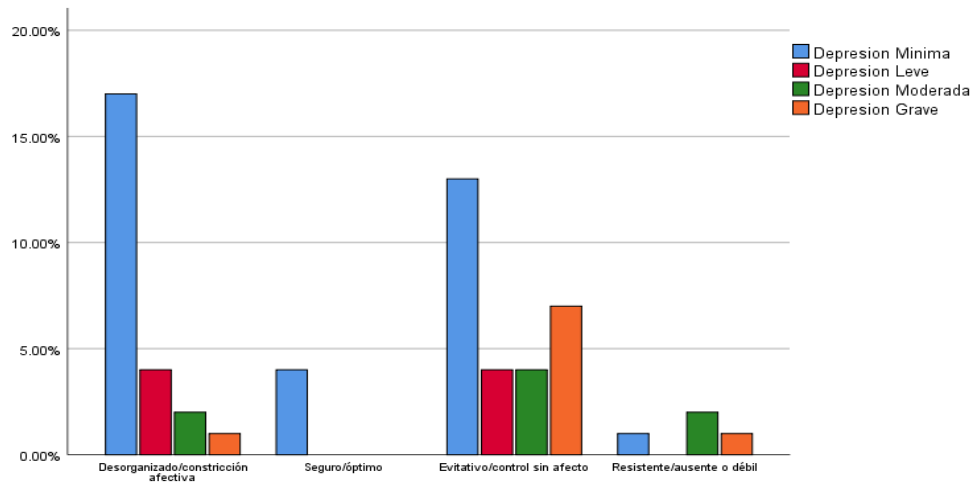
**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

**Interpretación:** De un total de 60 mujeres gestantes evaluadas 56 presentan un tipo de vínculo inseguro y 4 un vínculo seguro. El vínculo evitativo o control sin afecto con 28 mujeres embarazadas; de las cuales 4 presentan depresión leve, 4 moderada y 7 grave. El vínculo desorganizado o constricción afectiva presenta 24 mujeres embarazadas; de las cuales 4 presentan depresión leve, 2 moderada y 1 grave. Del mismo modo el vínculo resistente, ausente o débil presenta 4 mujeres gestantes de las cuales 2 muestran depresión moderada y 1 grave. El vínculo seguro u óptimo se ve representado por 4 mujeres en las cuales no se evidencian depresión perinatal ya que



la futura madre estructura la experiencia de su embarazo relacionándola con el apoyo de la figura principal de apego, la madre.

**Figura N° 7** Relación entre el Vínculo temprano y la Depresión Perinatal



**Nota:** Obtenido de la fuente: El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, autor Zambonino (2018).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

- Se ha llegado a la conclusión por la comprobación de la hipótesis mediante la prueba de Pearson en la cual, si existe una correlación significativa positiva 0,01 entre las variables Vínculo Temprano y Depresión Perinatal, con un coeficiente de 0,005; por lo que se acepta la hipótesis  $H_1$  y se descarta la hipótesis  $H_0$ .
- El tipo de vínculo temprano más frecuente de la población en estudio es el de tipo inseguro con un 93,3%, de este se desprenden los vínculos: desorganizado o constricción afectiva, resistente, ausente o débil y evitativo o control sin afecto, siendo este último el más frecuente. Los resultados obtenidos, se asemejan con investigaciones precedentes, señalando que la mujer embarazada con un tipo de apego seguro presenta una visión de sí misma en la que es capaz de proveer cuidado y protección. Y las gestantes con un vínculo inseguro se observa un continuo entre en el patrón maternal de su madre y el de sí misma.
- De acuerdo a la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo se demuestra que el 41,7% de las mujeres gestantes sufre depresión durante el embarazo, de estas el 13,3% se encuentran en el nivel leve, así mismo el otro 13,3% pertenecen al nivel moderado y el 15% al nivel grave. Indicando una presencia de depresión en las gestantes estudiadas muy elevada y atribuyendo estos resultados a dificultades de regulación afectiva por parte de sus padres, en especial de la figura materna durante la infancia. Estos datos guardan similitud con datos estadísticos a nivel mundial, poniendo de manifiesto que

4 de cada 10 mujeres presentan episodios depresivos durante el embarazo afectando a la madre y al desarrollo cognitivo y comportamental de su hijo, además de un aumento en el nivel de riesgo para el desarrollo de depresión en las diferentes etapas del ciclo vital.

- Así también se ha evidenciado que factores como la edad, el estado civil y el número de hijos no se relacionan con el desarrollo de depresión perinatal, sin embargo en los resultados obtenidos se evidencia que el nivel de depresión se asocia a factores como episodios depresivos previos, falta de apoyo de la pareja y no planificación del embarazo.
- A partir de los datos arrojados por esta investigación, se pone de entrehecho que durante el embarazo, en la mente de la mujer se desarrollan expectativas, temores y deseos de su futuro como madre. Las representaciones acerca de sí misma, de los otros y de la historia de vínculo influirán radicalmente en la conducta con su hijo a futuro.
- El fomento de apego seguro u óptimo es fundamental, conocer su importancia y sus consecuencias ayuda a mejorar el bienestar no solo del niño sino también del adulto en su futuro.

## **5.2 Recomendaciones**

- Se recomienda la evaluación temprana del vínculo madre e hijo, con el objetivo de potenciar y proteger la relación existente en la diada, así como de detectar dificultades en la vinculación y posibles trastornos emocionales.
- Implementar estrategias e intervenciones psicoterapéuticas individualizadas con el objetivo de fortalecer en la madre sus recursos a nivel psicológico, social y en su rol como madre, reconociendo las diferencias y

particularidades de la relación madre-hijo, considerando a ambos sujetos activos en esta y en la formación de su vínculo.

- Fortalecer y promover el vínculo temprano seguro. Los controles prenatales así como los espacios de captación de embarazos en instituciones de salud pública o privada, son un punto clave para el fortalecimiento y promoción del vínculo temprano seguro a través de la psicoprofilaxis prenatal, recordando que un vínculo óptimo empieza desde el embarazo.
- Crear espacios de apoyo y nuevas redes sociales y tecnológicas, nacionales e internacionales, con el fin de potenciar los recursos internos de las gestantes, ofreciendo así una intervención interdisciplinar con efectos positivos a corto, mediano y largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografía

- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Camacho, O. T. (2010). *Manual práctico de estimulación y desarrollo infantil: Guía práctica para Estimulación Temprana 0-36 meses* (Primera edición).
- CIE-10. (2000). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, & Ruth Duskin Feldman. (2005). *Psicología del desarrollo de la Infancia a la adolescencia* (Novena Edición). Mexico D.F: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.
- Feldman, R. S. (2008). *Desarrollo en la Infancia* (Cuarta Edición). Mexico: Pearson Educación, Prentice Hall.
- Flores, S. A., & Mohamed, D. M. (2011). *Guía de cuidados en el embarazo: consejos de su matrona*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional.
- Kathleen Stassen Berger. (2016). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia* (Novena). Bronx Community College City University of New York: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Kostelnik, M. J., Whiren, A. P., Soderman, A. K., & Gregory, K. M. (2009). *El desarrollo social de los niños* (Sexta Edición). Mexico D.F: DELMAR Centage Learning.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *Desarrollo Humano* (Undecima).

## Linkcografía

- Ainsworth, Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2014). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship, 49.
- Arias, A. R. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: efectos de la primera experiencia vinculación del sujeto. *Revista Electrónica Psyconex*, 7(11), 1-16.
- Bao-Alonso, M. del P., Vega-Dienstmaier, J. M., & Saona-Ugarte, P. (2010). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=372036931006>
- B.C. Women's Hospital and Health Centre, Reproductive Mental Health Program, British Columbia, Mental Health and Addictions, & Provincial Health Services Authority (B.C.). (2006). *Addressing perinatal depression: a framework for BC's health authorities*. Vancouver: BC Women's Hospital & Health Centre, Reproductive Mental Health Program.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258.
- Braarud, H. C., Skotheim, S., Høie, K., Markhus, M. W., Kjellevoid, M., Graff, I. E., ... Stormark, K. M. (2017). Affective facial expression in sub-clinically depressed and non-depressed mothers during contingent and non-contingent face-to-face interactions with their infants. *Infant Behavior and Development*, 48, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.05.004>
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... Murdoch, C. (2001). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3(4), 133-140. <https://doi.org/10.1007/s007370170010>

- Brown, S. L., Manning, W. D., & Stykes, J. B. (2015). Family Structure and Child Well-Being: Integrating Family Complexity. *Journal of marriage and the family*, 77(1), 177-190. <https://doi.org/10.1111/jomf.12145>
- DiCarlo, C. F., Onwujuba, C., & Baumgartner, J. I. (2014). Infant Communicative Behaviors and Maternal Responsiveness. *Child & Youth Care Forum*, 43(2), 195-209. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9233-y>
- Dois C, A., Lucchini R, C., Villarroel D, L., & Uribe T, C. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista chilena de pediatría*, 84(3), 285-292. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000300006>
- DSM-5, & Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Londres. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=1pmvBAAAQBAJ&pg=PT4&dq=Asociaci%C3%B3n+Americana+de+Psiquiatr%C3%ADa.+Gu%C3%ADa+de+consulta+de+los+criterios+diagn%C3%B3sticos+del+DSM-5&hl=es&sa=X&ei=txV0VZiyBsHcUsusgLgH&ved=0CCQQuwUwAA#v=onepage&q=Asociaci%C3%B3n%20Americana%20de%20Psiquiatr%C3%ADa.%20Gu%C3%ADa%20de%20consulta%20de%20los%20criterios%20diag%C3%B3sticos%20del%20DSM-5&f=false>
- Flores, J. T. I. (2015). Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora, periodo 2014. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/12281>
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2004). What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 13(3), 90-91.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología* (Ricardo Valdés R). Siglo Veintiuno Editores. Recuperado de <https://saberepsi.files.wordpress.com/2016/09/galimberti-umberto-diccionario-de-psicologc3ada.pdf>

- García, S., Gutiérrez, G., & Martínez, N. (2016, enero 31). Prevención en la relación de apego entre las madres adolescentes y sus hijos en la infancia temprana | PsicoEducativa: reflexiones y propuestas. Recuperado 11 de junio de 2018, de <http://psicoeducativa.iztacala.unam.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/view/20>
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research*, 252, 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.064>
- Gere, M. K., Hagen, K. A., Villabø, M. A., Arnberg, K., Neumer, S.-P., & Torgersen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38. <https://doi.org/10.1002/da.22010>
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Huber, M. O., Jiménez, M. R., & Largo, Á. M. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica UST*, 12(1), 77-87.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017, abril 6). Día Mundial de la Salud. Recuperado 13 de mayo de 2018, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/dia-mundial-de-la-salud/>
- Jadresic M, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
- Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)



- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1584-1591. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1584>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Main Solomon 1990 Procedures for Identifying Infants as Disorganized Disoriented During The Ainsworth Strange Situation | Attachment Theory | Mental Health. Recuperado 25 de septiembre de 2018, de <https://es.scribd.com/document/254737416/Main-Solomon-1990-Procedures-for-Identifying-Infants-as-Disorganized-Disoriented-During-The-Ainsworth-Strange-Situation>
- Maldonado-Durán, J. M., & Brockington, I. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237667>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. de la F., Izquierdo-Mendez, N., Olivares-Crespo, M. E., Soto, C., Marcos-Nájera, R., ... Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, *28*(2), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- Martínez-Álvarez, J. L., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I., & González-Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de Psicología*, *30*(1), 211-220. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.135051>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública. Recuperado 14 de mayo de 2018, de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 494.

- Muñoz, M., Poo, A. M., Baeza, B., & Bustos, M. L. (2015). Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.005>
- Olhaberry, M., Escobar, M., Mena, C., Santelices, P., Morales-Reyes, I., Rojas, G., & Martínez, V. (2015). Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas. *Suma Psicológica*, 22(2), 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2015.08.002>
- OMS. (s. f.-a). OMS | Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Recuperado 7 de noviembre de 2018, de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preventing\\_early\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/)
- OMS. (s. f.-b). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado 12 de noviembre de 2018, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2017, marzo 30). OPS/OMS Ecuador - «Depresión: hablemos», en el Día Mundial de la Salud 2017 | OPS/OMS. Recuperado 14 de mayo de 2018, de [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360)
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S., & O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.018>
- Placeres, D. (2017). Vínculo temprano: apego y el impacto en la parentalidad, 30.
- Quarini, C., Pearson, R. M., Stein, A., Ramchandani, P. G., Lewis, G., & Evans, J. (2016). Are female children more vulnerable to the long-term effects of

maternal depression during pregnancy? *Journal of Affective Disorders*, 189, 329-335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.039>

Quezada, V., & Santelice, M. P. (2010). Attachment and mother's psychopathology: relation with baby attachment style in the first year of life. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53-61.

Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile*, 138(5), 536-542. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500002>

Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 14-23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>

Sainz Aceves, K. G., Chávez Ureña, B. E., Díaz Contreras, M. E., Sandoval Magaña, M. A., & Robles Romero, M. A. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20(1), 25-27. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30082-7)

Sastre Miras, I. (2015). Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la gestación y el puerperio. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es:80/handle/10324/11938>

Schoenmaker, C., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., Linting, M., van der Voort, A., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2015). From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: a longitudinal adoption study with secure base scripts. *Attachment & Human Development*, 17(3), 241-256. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1037315>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2012). SIGN 127 Management of perinatal mood disorders. Recuperado 17 de agosto de 2018, de <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html>

Secretaría de Salud México. (2014). Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto: En el primer y segundo niveles de atención. Recuperado de

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)

Sotero Salgueiro, G. A., Sosa Fuertes, C. G., Domínguez Rama, Á., Alonso Telechea, J., & Medina Milanesi, R. (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Revista Médica del Uruguay*, 22(1), 59-65.

Sroufe, L. A. (2002). From infant attachment to promotion of adolescent autonomy: Prospective, longitudinal data on the role of parents in development. Recuperado 12 de noviembre de 2018, de [https://www.researchgate.net/publication/232597249\\_From\\_infant\\_attachment\\_to\\_promotion\\_of\\_adolescent\\_autonomy\\_Prospective\\_longitudinal\\_data\\_on\\_the\\_role\\_of\\_parents\\_in\\_development](https://www.researchgate.net/publication/232597249_From_infant_attachment_to_promotion_of_adolescent_autonomy_Prospective_longitudinal_data_on_the_role_of_parents_in_development)

Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 158, 46-52.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012, mayo). Depresión - ACOG. Recuperado 14 de mayo de 2018, de <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Depresion>

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015, mayo). Screening for Perinatal Depression - ACOG. Recuperado 15 de agosto de 2018, de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression>

Vega, V., Roitman, D., & Barrionuevo, J. (2011). Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia: Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100042](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100042)

- Vieites, V., & Reeb-Sutherland, B. C. (2017). Individual differences in non-clinical maternal depression impact infant affect and behavior during the still-face paradigm across the first year. *Infant Behavior and Development, 47*, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.02.005>
- Wisner, K. L., Zarin, D. A., Holmboe, E. S., Appelbaum, P. S., Gelenberg, A. J., Leonard, H. L., & Frank, E. (2000). Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *The American Journal of Psychiatry, 157*(12), 1933-1940. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1933>
- Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of Women's Mental Health, 10*(4), 171-175. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0191-y>

## Base de datos de la Universidad Técnica de Ambato

- Almeida, L. A. V. (2014). "Niveles de depresión como producto de las complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del hospital provincial docente ambato en el período septiembre 2012 - marzo 2013." Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7486>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida (6a. ed.)*. Madrid, UNKNOWN: Ediciones Morata, S. L. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=5307791>
- Sadurní i Brugué, M., Rostán Sánchez, C., & Serrat Sellabona, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Madrid, UNKNOWN: Editorial UOC. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=4184480>
- Valdés Cuervo, Á. A. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. México, D.F., MEXICO: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=3215513>

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

#### Consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_ con Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ autorizo al Sr. Stalin Rodrigo Zambonino Jácome hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica.

He sido informado y conozco que:

1. La participación en esta investigación es voluntaria. Esto quiere decir que si yo lo deseo puedo negarme a participar en el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas y sin temor a repercusiones.
2. No recibiré ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de prevención y manejo en cuanto a la depresión perinatal.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo a su integridad como persona ya que se garantiza total discreción y confidencialidad de la información obtenida.

Previo a la aplicación de los cuestionarios, se le emitirá una explicación previa del objetivo de cada uno de estos, y se procederá a hacer un acompañamiento para un mejor desenvolvimiento y conocimiento del objetivo de la investigación.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL EVALUADO (A)**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL EVALUADOR**

Día: Mes: Año:

## Anexo 2. Ficha de Información

### FICHA DE INFORMACIÓN

#### INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de interrogantes sobre características personales, por favor trate de responder según la respuesta que más se asemeje a su condición actual:

**1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_**

**2. ¿En qué semana de gestación se encuentra? \_\_\_\_**

**3. ¿Su condición laboral es?**

Ama de casa \_\_\_\_

Con trabajo \_\_\_\_

**4. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?**

Primaria \_\_\_\_

Secundaria \_\_\_\_

Superior \_\_\_\_

**5a. ¿Su estado civil actual es?**

Casada \_\_\_\_

Conviviente \_\_\_\_

Soltera \_\_\_\_

**5b. ¿El embarazo fue planeado?**

Sí \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**6. ¿Se ha sentido deprimida por más de 15 días seguidos en algún momento de su vida?**

Sí \_\_\_\_, que edad tenía \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**7. ¿Ha tenido alguna complicación médica grave usted o el bebé?**

Sí \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**8. Tiene otros hijos**

Sí \_\_\_\_, ¿cuántos? \_\_\_\_

No \_\_\_\_

**9. Si tiene pareja ¿Cómo describiría su relación de pareja durante el embarazo, comparándola con la relación antes del embarazo?**

Peor \_\_\_\_

Con problemas ocasionales \_\_\_\_

Igual que antes \_\_\_\_

Mejor \_\_\_\_

**10. ¿En general como ha sido su embarazo?**

Complicado \_\_\_\_

Con algunos problemas \_\_\_\_

Casi sin problemas \_\_\_\_

Normal \_\_\_\_

**11. ¿Cuánto considera usted que le ha apoyado su pareja durante el embarazo?**

Nada \_\_\_\_

Poco \_\_\_\_

Suficiente \_\_\_\_

Mucho \_\_\_\_



### Anexo 3. PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario enumera diversas actitudes y comportamientos de los padres. Cuando recuerde a su MADRE y PADRE en sus primeros 16 años, marque la casilla con el número más apropiado al lado de cada pregunta.

(3) Muy de acuerdo (2) De acuerdo (1) En desacuerdo (0) Muy en desacuerdo

		MADRE	PADRE
1	Hablaba conmigo en un tono de voz cálido y amistoso.		
2	No me ayudaba tanto como yo necesitaba.		
3	Me dejaba hacer las cosas que me gustaban.		
4	Conmigo parecía emocionalmente frío/a.		
5	Parecía entender mis problemas y preocupaciones.		
6	Era afectuoso/a conmigo.		
7	Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.		
8	No quería que yo creciera.		
9	Intentaba controlar todo lo que yo hacía.		
10	Invadía mi vida privada.		
11	Disfrutaba charlando conmigo.		
12	Me sonreía frecuentemente.		
13	Tendía a tratarme como a un/a niño/a.		
14	No parecía entender lo que yo quería o necesitaba.		
15	Me dejaba decidir las cosas por mí mismo.		
16	Me hacía sentir que no era querido.		
17	Podía hacer que me sintiera mejor cuando me encontraba contrariado.		
18	No hablaba mucho conmigo.		
19	Intentaba hacerme dependiente de él/ella.		
20	Sentía que yo no podía cuidar de mí mismo/a no ser que él/ella estuviera cerca.		
21	Me daba más libertad de la que yo quería.		
22	Me dejaba salir tan a menudo como yo deseaba.		
23	Era sobre- protector /a conmigo.		
24	No me decía palabras de elogio		
25	Dejaba que me vistiera como a mí me gustaba.		

## Anexo 4. EDIMBURG PRENATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

### INSTRUCCIONES

Como va a tener un bebé nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se siente hoy.

**1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:**

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

**2. He mirado al futuro con placer**

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:**

- Sí, casi siempre
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:**

- No, nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

**5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:**

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian:**

- Sí, casi siempre
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

**7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:**

- Sí, casi siempre
- Sí a menudo
- No, muy a menudo
- No, nada

**8. Me he sentido triste o desgraciada:**

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No, muy a menudo
- No, nada

**9. He estado tan infeliz que he estado llorando:**

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma:**

- Sí, bastante a menudo
- Sí, a menudo
- Casi nunca
- No, nunca

## Anexo 5. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

### INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de una respuesta por grupo.

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mí futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mí futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que he debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que deberías haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimiento de castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más criticado conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede,

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12. Pérdida de interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los hábitos de sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en lo absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

## **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.