



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Programa Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

Determinación de propiedades psicométricas de la escala de Percepción
Materna del Vínculo Prenatal Paterno (PeMViPP).

Tesis para optar al grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva.

Gonzalo Octavio Guzmán Salas.

Concepción-Chile 2016

Profesor Guía: Yolanda Contreras García.

Dpto. de Obstetricia y Puericultura.

Profesor Co tutor: Cristhián Pérez Villalobos.

Dpto. de Educación Médica.

Facultad de Medicina.

Universidad de Concepción.

Dedicatoria

A mis padres, especialmente a mi madre J. Soledad S; por su apoyo en este largo camino de superación personal junto a mis hermanos.



Agradecimientos

Gracias de corazón a mis tutores, a Cristian Pérez Villalobos y con especial énfasis a Yolanda Contreras García, que gracias a su apoyo, incentivo y compromiso transformo una tarea compleja en algo enriquecedor transmitiendo su amor por la investigación.

Entregar mis agradecimientos a Pablo Rodríguez, importante colaborador en el soporte estadístico y a todas las personas que estuvieron presentes en este proceso, tanto académicos, familiares y amigos.



INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	
Generalidades	10
Repercusiones de la paternidad	11
Formación del vínculo paterno	13
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
METODOLOGÍA	17
I. Diseño	17
II. Universo y muestra	17
III. Criterios de inclusión y exclusión	17
IV. Instrumento	18
V. Comité de ética	20
VI. Consideraciones especiales	20
VII. Análisis de datos	20
RESULTADOS	22
I. Antecedentes generales de la muestra	22
II. Evaluación psicométrica del instrumento	23
II.1 Validez de contenido	23
II.2 Validez de constructo	23
II.3 Consistencia interna	34
II.4 Validez de criterio	37
CONCLUSIONES	38
LIMITACIONES	40
PROYECCIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	
I. Autorización Dirección centro involucrado y Comité de ética	44

II. Cuestionario y escala	47
III. Carta de Información a la Participante y Consentimiento Informado	53
IV. Documento elaborado para Comité de Expertos	56
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	
Tabla 1. Resultados preliminares por dimensiones. Análisis y corrección de conducta	24
Tabla 2. Test de división en mitades resultados preliminares	26
Tabla 3. Autovalores y porcentaje de varianza total explicada para los factores de la “Escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno”	27
Tabla 4. Matriz de configuración con Análisis de Ejes principales y rotación Oblicua Oblimin de la Escala de Percepción Materna del Vínculo prenatal Paterno (12 ítems)	29
Tabla 5. Matriz de configuración con Análisis de Ejes principales y rotación Oblicua Oblimin de la Escala de Percepción Materna del Vínculo prenatal Paterno (11 ítems)	30
Tabla 6. Matriz de configuración con Análisis de Ejes principales y rotación Oblicua Oblimin de la Escala de Percepción Materna del Vínculo prenatal Paterno (10 ítems)	32
Tabla 7. Autovalores y porcentaje de varianza total explicada para los factores de la Escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno.	33
Tabla 8. Alfa de Cronbach si se eliminan los elementos y capacidad discriminativa del factor Vínculo Afectivo Prenatal Paterno	35
Tabla 9. Test de división en mitades iguales	36
Tabla 10. Distribución de la relación entre variables predictoras y resultados de la Escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno.	37
Figura 1: Gráfico de Sedimentación para la escala PeMViPP (13 factores)	28
Figura 2: Gráfico de Sedimentación para la escala PeMViPP(10 factores)	34

Resumen

Antecedentes: La incorporación del hombre al proceso reproductivo, haciéndose parte de éste, es una posibilidad para mejorar los resultados a largo plazo en las tareas de crianza y en el desarrollo general del hijo(a). Generar un instrumento que permita medir la vinculación de manera temprana puede ser una estrategia que optimice recursos y equilibre roles parentales en ambos progenitores.

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas de la escala *Percepción materna Vínculo afectivo prenatal paterno (PeMViPP)*. **Material y método:** Estudio cuantitativo, observacional, de validación de cuestionario. Se construye la PeMViPP, en base a la evidencia científica, con 13 preguntas y tres factores:

“Interacción directa con el hijo”, “Apoyo y contención”; y “Auto-análisis y corrección del patrón de conducta” con respuestas tipo likert. Se resguardaron aspectos éticos con las aprobaciones de comités. La muestra fue de tipo aleatorio simple, correspondió a 240 mujeres púerperas atendidas en una maternidad del sistema público chileno. Se aplicaron pruebas de validación de contenido, de constructo y de criterio, junto a la medición de la confiabilidad.

Resultados y conclusiones: mediante Análisis Factorial Exploratorio se identificaron 10 ítems y un solo factor denominado Percepción de vínculo prenatal paterno. Con una adecuada confiabilidad interna $\alpha=0.90$. Se identificó que una variable materna influye en la percepción de este vínculo, correspondiendo al embarazo planificado con un p valor $< 0,0001$. La escala PeMViPP, posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar esta relación prenatal vincular del progenitor. Este estudio genera una escala validada para futuras investigaciones en cuanto a la vinculación paterna temprana.

Palabras clave: validación, vínculo afectivo, paternidad.

Abstract

Background: The incorporation of the man reproductive process, gives the possibility to improve the long-term tasks of parenting and overall development of the child. Generate an instrument to measure linking early can be a strategy to optimize resources and balance parental roles in both parents. **Objective:** To evaluate the psychometric properties of maternal perception of prenatal parental bonding (PeMBPP). **Material and method:** quantitative, observational scale validation research. The PeMViPP is constructed, based on scientific evidence, with 13 questions and three factors: "Direct interaction with the child," "Support and containment"; and "Auto-analysis and correction pattern of conduct" with Likert answers. Ethical committee approvals. The sample was simple random type, corresponded to 240 puerperal women attending a maternity Chilean public system. Validation tests of content, construct and criteria, together with the measurement of reliability were applied. **Results and conclusions:** Exploratory Factor Analysis by 10 items and one factor called Perception materna of prenatal bonding paternal. With adequate internal reliability $\alpha = 0.90$. Identified a maternal variable influences the perception of this bonding, was to the planned pregnancy with a p-value <0.0001 . The PeMViPP scale has adequate psychometric properties to assess the prenatal relationship bonding parent. This study creates a validated scale for future research regarding early paternal bonding.

Keywords: validation, bonding, parenting

Introducción

Para tener una real repercusión en los indicadores de salud se reconoce que la prevención juega un rol fundamental, evitar comportamientos de riesgos y potenciar conductas protectoras que faciliten la llegada a un estado de bienestar en salud. En la Obstetricia esta prevención se evidencia de manera tangible con la recomendación del uso de complementos nutricionales y vitamínicos, el acudir de manera regular a la valoración de la evolución del embarazo en los controles de salud. En el área conductual, también se realizan importantes intervenciones orientadas al autocuidado en el embarazo, no beber alcohol, evitar el hábito tabáquico, consumir alimentos saludables y la identificación temprana de redes de apoyo son solo algunos de los ejemplos orientados en esta área. Estas intervenciones van dirigidas casi exclusivamente a la embarazada y por lo tanto es percibido como regla general la intervención a las embarazadas para obtener mejores resultados los embarazos. Pero ¿Por qué la responsabilidad del embarazo es depositada únicamente en la mujer? ¿Es acaso coherente atribuir la responsabilidad a solo uno de los actores en la relación de pareja? Actualmente bajo el programa Chile Crece Contigo (CCC), se invita a la participación activa del progenitor o de una figura significativa para la mujer, más bien se considera un aporte coadyuvante, pero no fundamental para el desarrollo del bienestar materno-fetal. La presencia del progenitor tiene protagonismo con la oportunidad de participar del parto, y posterior a éste es cuando le corresponde adoptar una responsabilidad, pero orientada principalmente a las responsabilidades económicas. En los controles prenatales, la labor que recae en las parejas por indicación del propio personal de salud es principalmente acompañar a los controles, si es que ésta indicación es entregada. Es por ello que se hace consecuente asumir que la pareja no tiene responsabilidad en el embarazo y mucho menos en los resultados neonatales.

Para evaluar la repercusión de las conductas paternas es necesario en primera instancia definir qué se entiende por buenas o malas conductas de la pareja asociadas al embarazo, es por ello que nace esta investigación, orientada a

desarrollar un instrumento que sirva para identificar la percepción materna del vínculo prenatal paterno, que permita valorar la relación existente durante el periodo de gestación por parte del padre con ese futuro hijo(a) y el apoyo a su mujer gestante. De esta manera contar con datos empíricos del compromiso del progenitor en el embarazo y posteriormente poder vincular estos resultados a nuevas investigaciones y generar a mediano plazo mejoras en las políticas públicas que favorezcan la incorporación activa de la pareja desde el embarazo.



Marco Teórico

Generalidades:

El ciclo vital contempla una serie de procesos y cambios desde el momento en que se nace hasta la muerte, donde se reconocen por lo menos cinco etapas básicas definidas como: infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. A ellas se accede consecutivamente a través de los años y los cambios psico-biológicos, pero también a través de ciertos hechos significativos como el inicio de la vida sexual coital, el trabajo, la vida en pareja, la paternidad y la maternidad, el término del periodo fertilidad, entre otros. Las vivencias sexuales y reproductivas están sumidas en ellas he influenciadas por estas etapas, el significado social que traen consigo y los roles de género, son algunos de los factores que modelan estas conductas¹.

Los estudios sobre género y salud reproductiva han comenzado a interesarse en la masculinidad y la participación de los varones en salud reproductiva. En esta temática, existen diferentes teorías que explican el origen de estas conductas, relaciones y aspectos biológicos en la dimensión de la masculinidad². Dentro de estas teorías del constructivismo de la masculinidad Norma Fuller, Doctora en Antropología, contempla diferentes enfoques planteados por diversos autores, comenzando desde un enfoque biológico, que se define como la identidad masculina generada a través de la búsqueda sexual constante, mayor masa muscular, mejor oxigenación y por ende mayor velocidad de desplazamiento, que trae consigo la territorialidad y aspectos innatos que hacen al hombre un ser masculino. Mientras que Nancy Chodorow, socióloga y psicoanalista estadounidense, explica que este constructo se origina en la psicología interna del hombre producto de la negación a la dependencia, lo que trae consigo alto estatus social, esto desencadena las manifestaciones masculinas con el fin de lograr dicha independencia. Por otro lado, Michael Kauffmann, profesor de la Universidad de Toronto y personaje emblemático en la lucha por la igualdad de género, plantea que desde lo social es donde nacen las bases para imitar las actitudes masculinas, fundadas en el éxito histórico de las culturas patriarcales, lo que confiere un respaldo de éxito para adoptar dicho

comportamiento masculino en la personalidad. Por último, David D Gilmore, profesor de antropología de la Universidad estatal de Nueva York, plantea que esta identidad nace desde la necesidad de probar constantemente la masculinidad, hecho que no sucede en las mujeres, donde generalmente no se les cuestiona su identidad, no así el hombre que debe confirmar su identidad a través de la hombría ².

La masculinidad es una expresión de la identidad, es dinámica y al igual que la sexualidad adquiere diversos significados: el trabajo, el deseo de procrear y la importancia de la pareja cambian de valoración de acuerdo a la etapa del ciclo de vida, adquiriendo mayor o menor importancia y variando su consideración como factor preponderante en las conductas asociadas a la toma de decisiones ^{2, 3}.

La paternidad, concepto que guarda relación del vínculo del progenitor con su hijo, tiene estrecha relación con la masculinidad, es construida por los estímulos recibidos por el hombre a lo largo de toda su vida, como el tipo de estructura familiar, las condiciones materiales y las culturas regionales. Estos mismos factores son los que también están involucrados al momento de exteriorizar el comportamiento paterno que se expresa de dos maneras, uno es el padre amoroso, cercano, y el otro es un padre recto, distante, que se preocupa por sus hijos pero impone un estilo de relación estrictamente regulada.² Cabe destacar que esta clasificación de padres está dada para la infancia del hijo, donde los autores no se refieren al periodo del embarazo. De estas conductas surge una corriente investigativa que fija su mirada en la importancia de la figura paterna en la formación de los hijos a edades tempranas, incluso desde el embarazo, la importancia de su presencia en la educación y las repercusiones que tendrá a futuro esta relación en el hijo ^{4, 5, 6}.

Repercusiones de la paternidad:

La relación de la madre con su hijo(a) comienza desde el período gestacional, momento donde el comportamiento paterno también tiene su origen. El camino hacia la afectividad paternal difiere mucho de la materna, ya que sólo una mujer puede sentir el niño que está creciendo en su interior y dar a luz. Por esta razón algunos padres no logran crear un vínculo tan intenso y sólido con el

bebé durante el periodo prenatal en comparación con las madres. Esto se debe a que la relación padre feto se produce principalmente por las expectativas que tienen sobre el bebé y los procesos imaginativos que surgen a raíz del evento embarazo⁷. Una participación activa desde el comienzo de la gestación por parte del padre está relacionado con una mejor adaptación al “rol de padre” una vez ocurrido el parto, sin embargo, a pesar de la importancia de esta relación, la mayoría de los estudios se han dirigido exclusivamente a las mujeres embarazadas o la evaluación paterna post parto, dejando de lado la relación padre-hijo in útero^{7,8}.

La importancia de estudiar y potenciar este vínculo radica en que los padres que tienen una presencia de buena calidad en la vida de sus hijos se asocia con un mejor desarrollo cognitivo y socio-emocional de los menores que tienden a un mejor desempeño en el rendimiento académico, la salud física y mental, motivación al estudio, mayores habilidades sociales, mayor autoestima, menos problemas de conducta y mayor tolerancia al estrés, entre otras.⁹ Por otra parte, en estudios que han evaluado la ausencia o estímulos negativos de una figura paterna se han asociado con malos resultados académicos y conductuales^{9,10}. Investigadores de la Universidad de Oxford identificaron que los hijos que presentaban un padre desvinculado tenían mayor riesgo de problemas conductuales a temprana edad, estos datos predictivos pueden ser encontrados ya a los 3 meses de vida del bebé, lo que sugiere que la desvinculación del padre en el embarazo trae repercusiones al corto plazo⁹. De igual modo, un estudio que incluyó a 24 estudios en 2008 concluyó que la presencia del padre parece reducir la frecuencia de los problemas de conducta y criminalidad en los niños, mejora el desarrollo cognitivo, disminuye el riesgo de problemas psicológicos en las madres jóvenes y disminuyen las desventajas económicas en las familias de bajo nivel socioeconómico.¹⁰

La presencia de la pareja es un factor que contribuye en el bienestar materno durante el embarazo y por ende, bienestar fetal. En el corto plazo también se ven los resultados la mala calidad de ésta relación o la ausencia del padre se asocia a un mayor riesgo de complicaciones en el parto, puerperio y en el mismo

recién nacido. Un estudio realizado en Perú y publicado en el 2013, en 176 casos de recién nacidos de bajo peso al nacer (RNBP)¹¹ pudo identificar que las madres se sentían controladas por su pareja en un 92,1% de los casos, concluyendo que este tipo de relación de pareja tenía relación significativa con la presencia de RNBP.¹¹ Dos estudios retrospectivos, uno del Reino Unido con una cohorte inicial de 517.416 participantes, y el otro en Estados Unidos, con una cohorte de 1282 participantes, concluyeron que la pareja en el embarazo es un factor protector que previene el parto pre término y RNBP^{12,13}. Esto se explica porque durante la gestación: el estrés, la ansiedad y la depresión de la madre son factores de riesgo que potencian el desarrollo de complicaciones perinatales. La falta de la imagen paterna en el embarazo se vincularía a un aumento de niveles estresantes para la embarazada, *esto provocaría en el neonato mayor probabilidad de presentar restricción del crecimiento, bajo peso al nacer, mortalidad infantil y parto pre término.*^{12,13}

La paternidad, al ser una dimensión compleja de evaluar, la mayoría de los estudios ha utilizado una metodología cualitativa para llegar a las conclusiones mencionadas que corresponden a recomendaciones para la crianza y orientación en el rol de padres^{6, 14}. Los estudios de tipo cuantitativos que avalan estos resultados son evaluaciones de cohortes a largo plazo en países como el reino Unido y Estados Unidos que cuentan con amplio registro mencionados anteriormente^{12, 13, 15, 16}. Con esta misma metodología Nancy Grote, confirmó que la depresión prenatal tiene los mismos resultados adversos que la ausencia del padre.¹⁷

Formación del vínculo paterno:

El vínculo afectivo del padre en el embarazo se genera principalmente a partir de las expectativas que éste tiene respecto de su hijo, pero también hay otras acciones que facilitan la formación de esta relación. Una de ellas son los casos donde los profesionales de salud promueven la participación del padre en el embarazo con actos como: favorecer la presencia del padre en el monitoreo de vigilancia prenatal, colaborar en la preparación para el nacimiento y leer la información sobre el desarrollo del feto y progreso de la gestación, encontrando

también que cuanto mayor es el nivel de la participación del padre en el embarazo, mayor es su enlace emocional con su hijo en comparación con los padres que no estuvieron presentes en el embarazo ⁸. El corte del cordón umbilical por el padre es otra actividad documentada que mejora la conexión emocional entre padre y el recién nacido debido al papel protagónico y no expectante que desempeña el papá en el momento del parto ^{18,19}. Un estudio realizado en Brasil en 2009 señala varias estrategias que facilitan al padre el contacto con su hijo durante el periodo gestacional: Una de ellas es a través del contacto táctil con la piel del vientre de la mujer embarazada, es decir, los padres perciben los movimientos fetales y por lo tanto puede sentir al bebé y con ello construir una imagen mental del mismo ⁷. La ecografía también se ha considerado un método de inclusión y recurso facilitador para los padres en el proceso de gestación, ya que comparten una posición de igualdad con la madre en el momento del examen, ya que ambos ven la misma imagen del bebé y tienen acceso a la misma información, desde este punto de vista los futuros padres tienden a sentirse más responsable de la atención de la madre y el bebé ^{7,19}. Además, el padre al tener un papel activo en el embarazo, y sintiéndose empoderado de su rol, siente una mayor satisfacción y esto se relaciona con una mayor participación en la primera infancia de su hijo junto a que contribuye a una mejor transición en la adopción de la paternidad una vez ocurrido el parto ²⁰. Además de los resultados inmediatos neonatales mencionados anteriormente.

El hábito alcohólico y tabáquico del padre también se relaciona con el consumo de las mismas sustancias por la embarazada, confiriéndole un factor de riesgo para el recién nacido. El padre al suspender este hábito se integra en los cuidados del embarazo promoviendo el bienestar de la madre al no incitar esta conducta y disminuir los riesgos inherentes que conlleva el hábito alcohólico como la violencia y los riesgos de un fumador pasivo. ²²

En la actualidad se observa una transición hacia una nueva configuración de la paternidad y maternidad, el bebé ya no se entiende como una responsabilidad exclusivamente femenina, en relación con el cuidado y la educación. El padre, durante el embarazo, puede desarrollar una relación con su

hijo tomando su lugar como cuidador primario, lo que antes sucedía sólo con la madre ⁷. Identificarse ambos como una pareja embarazada desde el comienzo de la gestación, el padre toma un papel activo, participando en los controles del embarazo o en las clases de preparación para el parto, estableciendo un contacto más directo con su hijo mientras todavía está in útero ^{7, 18}, esta tendencia se ha presentado en países como EEUU y Brasil ⁷. En Chile, la participación de los padres en el embarazo, representada en la asistencia a la totalidad de los controles prenatales es de entre 22,2% (percepción femenina) y 29,5% (percepción masculina); y en la asistencia “solo algunos” de los controles prenatales se obtiene una adherencia de entre el 49.8% (percepción femenina) al 56,2 (percepción masculina), lo que arroja que el 72% de los padres asistieron a lo menos a un control prenatal.⁸ Esta información es relevante, porque demuestra que en Chile las embarazadas asisten a los controles acompañadas de sus parejas lo que confirma el cambio de la perspectiva del hombre; pero aun la información es muy escueta para extraer mayores conclusiones de los efectos que pudiera tener esta compañía en el periodo gestacional.

La necesidad de conocer estos resultados en Chile es evidente, pues, existen estudios orientados a la evaluación de la participación de los padres en las prestaciones de salud, dirigidos a aumentar la presencia de la figura paterna en el embarazo ⁸, pero aún se desconocen indicadores de afectividad paterna prenatal. Como la “Escala de Compromiso paterno”²¹ de Domeq en Perú que evalúan el compromiso paterno son estudios atingentes al tema pero no hace relación con el embarazo, en el mismo ámbito, la escala de Evaluación de la vinculación afectiva y adaptación prenatal (EVAP) ²³ de M. Josefa LaFuent en Valencia, España, evalúa la vinculación afectiva y la adaptación prenatal desde el ámbito de la mujer. Por lo que acercarse a evaluar la relación prenatal paterna podría ser una contribución interesante para construir nuevas estrategias de abordaje sanitario para optimizar el periodo de gestación y crianza con roles compartidos y potenciados, de tal suerte de entregar elementos que mejoren esta relación en pro del desarrollo de nuevas generaciones.

Objetivo General:

Evaluar las propiedades psicométricas de la escala Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno, en una población de madres chilenas de la comuna de Santa Cruz, atendidas en el sistema público sanitario durante los años 2015-2016

Objetivos Específicos:

- Describir el perfil biosociodemográfico del grupo en estudio.
- Evaluar la validez de contenido del instrumento en estudio.
- Evaluar la validez de constructo del instrumento en estudio.
- Determinar la confiabilidad en base a la consistencia interna del instrumento en estudio.
- Evaluar la validez de criterio del instrumento en estudio.



METODOLOGIA

I. Diseño:

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal, de alcance correlacional y de tipo psicométrico.

II. Universo y muestra:

El universo correspondió a todas las puérperas recientes atendidas en el Hospital de Santa Cruz durante los meses de octubre de 2015 a marzo del año 2016 con un total de 518 partos atendidos en este periodo. Para el tamaño muestral se calcularon 260 puérperas, considerando que en la evaluación psicométrica de un instrumento se tiene como referencia el criterio de tener 20 encuestados por pregunta que posee dicha escala, número que obtiene al considerar que la escala a evaluar posee 13 ítems.

Las variables comprendieron aquellas asociadas al perfil sociodemográfico como: edad, paridad, escolaridad, patologías crónicas, tiempo de relación en pareja, convivencia, patología en el embarazo, vía del parto y patología del recién nacido (RN). Mientras que la variable en estudio “percepción materna del vínculo prenatal paterno”, fue evaluada mediante un instrumento especialmente diseñado para esta investigación que se construyó en base a la evidencia científica, contemplando tres dimensiones agrupadas en “Interacción directa con el hijo”, “Apoyo y contención”; y “Auto-análisis y corrección del patrón de conducta”. Las respuestas son recogidas a través de una escala de likert que considera 5 posibles respuestas que tienen como opción: “Nunca”, “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Casi siempre” y “Siempre”. (Anexo 1)

III. Criterios de inclusión y exclusión: Se descartaran las encuestas que en sus respuestas figuren factores el vínculo prenatal paterno que son las siguientes:

1. La presencia de patologías congénitas en el recién nacido diagnosticada previa al parto.
2. Patología psiquiátrica de la madre o el padre.

3. Madre de edad menor o igual a 15 y mayor o igual a 40 años de edad para disminuir el sesgo por factor etario de riesgo obstétrico.

IV. Instrumento: Para el diseño del instrumento se revisaron en la literatura existente la interacción paterna. Una vez identificado los ítems que surgen como claves a explorar se agrupan y definen en dimensiones quedando una escala conformada de tres dimensiones y 13 ítems que se describen a continuación: (Anexo 2)

1.- Interacción directa con el hijo

Esta dimensión reúne las actitudes orientadas a la formación del vínculo afectivo del padre con él bebe in útero de manera directa, estas acciones corresponden a las caricias, los procesos imaginativos, exámenes ecográficos, información de desarrollo y material didáctico ^{7, 8, 18, 19} que contribuye a la formación de una identidad autónoma e independiente de la madre.

- 3.- Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo.
- 4.- Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo.
- 5.- En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se Imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer.
- 6.- Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo.
- 11.- Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo).

2.- Apoyo y contención

Esta dimensión involucra las actitudes del padre orientadas a apoyar y contener a la pareja, colaboran de manera indirecta en el vínculo afectivo prenatal, se orientan a la experiencia de la madre y de qué manera puede favorecer una buena experiencia de la pareja en el embarazo^{7, 8, 11, 12, 13, 22}.

- 1.-Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo.
- 2.- Mi pareja me acompaño en los controles de embarazo.
- 7.-Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuanto tuve problemas emocionales y me contuvo.
- 9.- Me sentí angustiada y/o estresada durante el embarazo por tener problemas con mi pareja.
- 10.- Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco.

3.- Auto-análisis y corrección del patrón de conducta

Esta dimensión comprende las actitudes de la pareja relacionadas con el cambio conductas dirigidas a disminuir factores de riesgo, plantearse sus experiencias infantiles para evaluar el modelo paterno que desea desarrollar y si éste coincide con sus experiencias. Esta dimensión también involucra cambios conductuales como evitar el consumo de alcohol en el embarazo y frente a la pareja para evitar en la embarazada el deseo de consumir alcohol, de la misma manera ocurre con el tabaco pero incorporando en éste el cese del hábito, puesto que los residuos del tabaco depositados en las prendas generan los mismos daños que el consumo de un fumador pasivo^{2, 22}.

- 8.- Mi pareja me comento que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño
- 12.- Mi pareja presento eventos de abuso de alcohol en el embarazo
- 13.- Mi pareja fumó cerca o junto a mí en el embarazo.

V. Comité de ética: El protocolo de investigación fue aprobado en el Comité Evaluador del Hospital de Santa Cruz y el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de Universidad de Concepción, resguardando la confidencialidad, voluntariedad de cada participante, solicitando previo a la aplicación del cuestionario, respectiva escala y consentimiento informado. Los datos fueron tratados de manera confidencial y anónima con fines de este proyecto.

VI. Consideraciones especiales: Como se trata de instrumento diseñado especialmente para esta investigación, Escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno, previo a su aplicación se envió a juicio de expertos con el objetivo de identificar el contenido propuesto para las respectivas dimensiones y la claridad de la redacción de cada ítems. Posterior a ello, se llevó a cabo su aplicación.

VII. Análisis de datos: Los datos fueron digitados a una planilla Excel, y el análisis se realizó en el software SPSS versión 19 y STATA SE versión 11.0. Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para determinar la dimensionalidad interna del cuestionario, a fin de aportar evidencia de su validez de constructo. Previo al AFE se determinó si los ítems estaban suficientemente interrelacionados con las pruebas de Esfericidad de Bartlett, y Kaiser Mayer Olkin (KMO).

Se emplearon tres métodos para definir número de factores: Regla de Kaiser, Gráfico de Sedimentación, y Análisis Paralelo de Horn, de acuerdo al tipo de instrumento en estudio. Para la extracción de factores se empleó el método de Ejes Principales con rotación oblicua Oblimin directo. Posteriormente, se evaluó la consistencia interna de los factores identificados, con el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y la capacidad discriminativa de los ítems mediante la correlación de Pearson entre cada ítem y el total corregido, además del cálculo del coeficiente de Spearman Brown en el test de división en mitades.

Para la validez de criterio se aplicó pruebas de correlación y la prueba no paramétrica de Mann Whitney entre los puntajes de la Escala de Percepción

materna del vínculo prenatal paterno con cinco variables maternas: edad, nivel educacional, paridez, tiempo de relación de pareja y embarazo planificado.



RESULTADOS

I. Antecedentes generales de la muestra

Se trata de madres puérperas recientes con una edad promedio de 28.08 años ($DE= 6.61$) con un mínimo de 15 años y un máximo de 44 años. Su nivel educacional se concentró en la enseñanza media en un 60% ($n=144$). Su número de hijos en un 43.75% de la muestra fue de 2 (contabilizando el RN actual) y un 34.17% éste fue su primer embarazo. La presencia de patologías crónicas está en un 15% de la muestra, siendo el hipertiroidismo la patología más frecuente con un 6.25% ($N=15$)

El perfil del padre en promedio tiene una edad de 31.39 años ($DE=7.73$) con un mínimo de 15 años y un máximo de 60 años. Su nivel de estudio se concentró en la enseñanza media en un 59.58% ($N=143$). El número de hijos en el 44.17% de la muestra fue de 2 (contabilizando el RN actual) y un 34.58% este fue su primer hijo. La presencia de patologías crónicas está presente en un 8.75% de la muestra, siendo la hipertensión arterial (HTA) la patología más frecuente con un 2.92% ($N=7$)

El tiempo de relación en pareja, sin considerar el nombre de esta relación identifica que el 55,83% de estas mujeres poseían una relación de más de 5 años, el 23,33% llevaba un relación de entre 2 y 5 años, mientras que 15,83% tenía una relación de entre 1 y 2 años. Solo el 5% tenía una relación de pareja menor a un año. La convivencia bajo el mismo techo estuvo presente en un 81,25%. Un 61.25% afirmó que el embarazo fue planificado, el 38.33% afirmó que no fue planificado, pero de estos el 100% afirmó haber aceptado el embarazo.

Respecto de los antecedentes obstétricos se puede observar que un 64,58% ($n= 155$) son mujeres sin riesgo y en aquellas mujeres que cursaron con una patología propia de la gestación el 10,83% ($n= 26$) tuvieron el diagnóstico de Diabetes gestacional compensada con dieta. En el tipo de parto, la vía de parto que predomina es la cesárea para un 52,5%, ($n= 126$), de los cuales el 34,58 ($n= 83$) fue electiva y un 17,92% ($n= 43$) fue de urgencia, mientras que el parto vía vaginal estuvo presente en un 47,08% ($n= 113$). Un 82,01% ($n= 196$) de los

recién nacidos no presentaron patología y un 90,84% (217) de ellos no requirieron hospitalización.

II. Evaluación psicométrica del instrumento.

II.1.- Validez de contenido

Para evaluar la validez de contenido del instrumento en estudio, se realizó una evaluación de juicio de experto, en el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2015. Para esta etapa, se elaboró un documento dirigido al comité de expertos (Anexo 3), con el objetivo de evaluar la equivalencia semántica, constructo o dimensión en la cultural chilena, y su validación de contenido propiamente tal.

Se invitó a 3 profesionales seleccionados a participar en esta investigación, de acuerdo a su formación curricular, experticia y trayectoria en los temas de género, masculinidad, nacimiento y parto. Ellos respondieron el documento preparado para este juicio vía e-mail. Los resultados de sus observaciones fueron recogidas por el equipo de investigación previa a la aplicación final de la escala. Al evaluar el acuerdo inter jueces, considerando todas las respuestas, se obtuvo un Kappa combinado de 0,114 que sería considerado leve (Landis & Koch, 1977).²⁴

II.2.-Validez de constructo

Antes de concluir con la recogida de datos totales realizaron 2 pruebas preliminares con 98 encuestas para estimar si los resultados finales estaban dentro de los márgenes esperados. Estas pruebas de consistencia interna fueron las siguientes:

1.- El coeficiente de alfa de Cronbach para evaluar cada ítem por separado e identificar su relación con el puntaje total con la clasificación de las dimensiones dada por la teoría lo que arrojó los siguientes resultados:

El valor de corte del Alpha de Cronbach es mayor 0.7²⁵. En nuestro caso este índice arrojó un valor de 0.787, para nuestro primer ítem (interacción con el hijo) de donde podemos desprender que cada variable aporta información

necesaria para el estudio y en ningún caso es óptimo sacar alguna de estas ya que bajaríamos nuestro porcentaje de validez. Análogo al caso anterior para el ítem de apoyo y contención obtenemos un Alpha de Cronbach mayor que 0.7, 0.705 donde también cabe mencionar que cada una de las variables es importante puesto que si sacamos una de ellas nuestro porcentaje de validez se vería inversamente afectado, es decir este disminuiría. En cuanto al tercer y último ítem (análisis y corrección de conducta) nos arroja un índice de 0.347 (Tabla 1) el cual determina un bajísimo grado de confiabilidad, no obstante al analizar internamente este ítem se identifica la variable o pregunta 8 es la que afecta directamente en nuestra confiabilidad, por tanto eliminamos esta pregunta para validar este constructo y así aumentar la fiabilidad a 0.713.

Tabla 1. Resultados preliminares por dimensiones.

Análisis y corrección de conducta

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,347	3

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00008	1,5510	2,044	,100	,713
VAR00012	3,4898	3,531	,320	,125
VAR00013	3,5918	3,564	,310	,139

Análisis y corrección de conducta (Corregido)

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,713	2

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00012	,7245	,655	,553	. ^a
VAR00013	,8265	,660	,553	. ^a

Fuente elaboración propia

2.- Se aplicó el test de división en 2 mitades y se calculara el coeficiente de confiabilidad de Spearman Brown para establecer la correlación de las preguntas con los siguientes resultados:

El método de dos mitades consiste en reagrupar el número de variables en dos partes, para luego correlacionarlas entre sí y estimar la confiabilidad de nuestra escala o cuestionario. Al contar con un número par de variables (12, ya que se eliminó el ítem 8) obtenemos un coeficiente de correlación de Spearman-Brown (longitud igual) de 0.778, es decir la parte uno y la parte dos son bastante similares para medir el constructo que estamos evaluando, en otras palabras existe una alta correlación entre las partes ya mencionadas (Tabla2).

Tabla 2: Test de división en mitades resultados preliminares:

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	98	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	98	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,770
		N de elementos	6 ^a
	Parte 2	Valor	,551
		N de elementos	6 ^b
	N total de elementos		12
Correlación entre formas			,637
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,778
	Longitud desigual		,778
Dos mitades de Guttman			,747

a. Los elementos son: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006.

b. Los elementos son: VAR00007, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013.

Fuente elaboración propia

Estas fueron las pruebas preliminares con 98 encuestas aplicadas que indicaron una pregunta que no se relacionaba con dicha dimensión, la pregunta número 8 no apuntaba en la misma dirección disminuyendo el Alfa de Cronbach por lo que fue retirada del instrumento y se continuo la aplicación sin la mencionada pregunta.

Con la totalidad de las encuestas realizadas como primer paso del AFE, se evaluó su pertinencia, considerando los 12 ítems.

Para ello se calculó el estadístico de adecuación muestral Kaiser-MeyerOlkin (KMO), que fue de 0.875 y la prueba de esfericidad de Bartlett, que fue estadísticamente significativa, χ^2 (Chi-square)=1415.765; $p < 0.0$. Ambos resultados indicaron el AFE como pertinente.

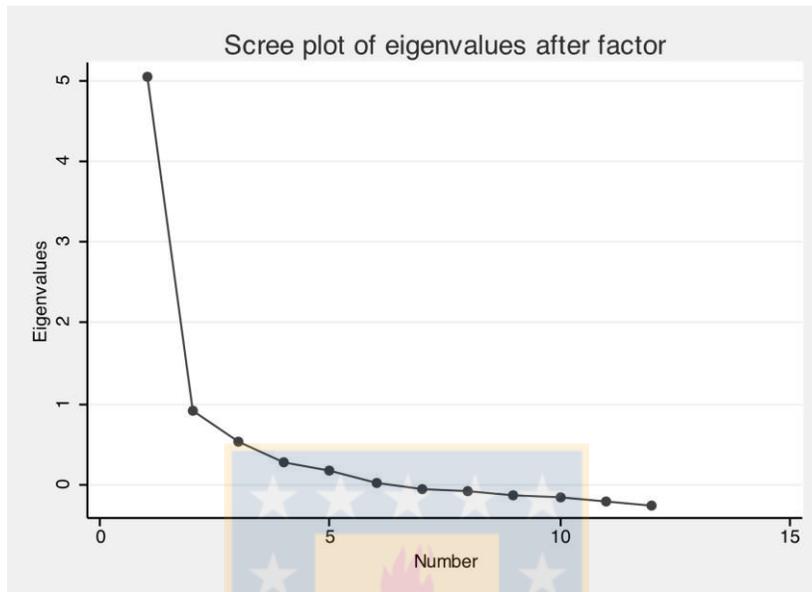
El siguiente paso implicó estimar el número de factores, empleando tres criterios: Kaiser-Guttman o de raíz latente, Análisis Paralelo de Horn y Gráfico de Sedimentación. El primer criterio de Kaiser-Guttman indicó la existencia de un factor con valores propios mayores a 5.07 (autovalores) explicando 82.51% de la varianza total de los ítems (Tabla 3). El análisis paralelo de Horn, en base a 1000 muestras aleatorias, coincidió con la existencia de 1 factores con valores propios (4.60, 5.07, 0.47) por sobre los valores propios presentados por 95% de las muestras aleatorias, al igual que el gráfico de sedimentación (Gráfico 1).

Tabla 3 .Autovalores y porcentaje de varianza total explicada para los factores de la “Escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno”

Factor	Auto valores	% varianza total explicada
Factor 1	5.07822	0.8251
Factor 2	0.92456	0.9735
Factor 3	0.52101	1.0600
Factor 4	0.26968	1.1038
Factor 5	0.19674	1.1358
Factor 6	0.02442	1.1397
Factor 7	-0.04505	1.1324
Factor 8	-	-
Factor 9	-0.08117	1.1192
Factor 10	-0.13273	1.0977
Factor 11	-0.15972	1.0717
Factor 12	-0.19502	1.0400
Factor 13	-0.24640	1.000

Fuente elaboración propia

Figura 1: Gráfico de Sedimentación para la escala PeMViPP (13 factores)



Fuente elaboración propia

Ante el acuerdo entre factores, el tercer paso fue calcular la matriz de configuración rotada, mediante rotación oblicua Oblimin, reconociendo en la distribución de los ítems una estructura de 1 factor. En esta etapa, 2 de los 12 ítems (ítems 12 y 13,) presentaron coeficiente bajo 0,30, el valor mínimo para considerar una carga factorial como estadísticamente significativa, como se observa en la tabla 4 (con los 13 ítems) destacando los 3 ítems más bajos.

Tabla 4. Matriz de configuración con Análisis de Ejes principales y rotación Oblicua Oblimin de la Escala de Percepción Materna del Vínculo prenatal Paterno” (12 ítems)

Dimensión o factor	Preguntas que tributa a cada factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidad
1	P1 Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo.	0.7027			0.5062
	P2 Mi pareja me acompañó en los controles de embarazo.	0.6921			0.5211
	P3 Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo.	0.6412			0.5889
	P4 Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo	0.6193			0.6165
	P5 En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer	0.8110			0.3423
	P6 Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo	0.8080			0.3471
	P7 Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuando tuve problemas emocionales y me contuvo.	0.7282			0.4697
	P9 Mi pareja me comentó que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño.	- 0.5875			0.6548
	P10 Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco.	0.7702			0.4069
	P11 Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo)	0.7148			0.4891
	P12 Mi pareja presentó eventos de abuso de alcohol en el embarazo	0.0635			0.9960
	P13 Mi pareja fumó cerca o junto a mí en el embarazo	0.1291			0.9833

Fuente elaboración propia

Una vez configurada la matriz rotada, se aplicó nuevamente el análisis anterior, eliminando en cada una de la pregunta de cargas más bajas, comenzando con la pregunta 12, como se muestra en la tabla anterior, cuya carga factorial arrojó valores menores de 0,30 quedando 11 ítems.

Al repetir el análisis con 11 ítems, se identificó sólo un factor. Al configurar nuevamente la matriz rotada, el ítem 13 arrojó un valor menor a 0,3 (factor 13: 0.1154), por lo que se procedió a eliminar este ítem (Tabla 5).

Tabla 5. Matriz de configuración con Análisis de Ejes principales y rotación Oblicua Oblimin de la Escala de Percepción Materna del Vínculo prenatal Paterno” (11 ítems)

Dimensión o factor	Preguntas que tributa a cada factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidad
1	P1 Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo.	0.7031			0.5057
	P2 Mi pareja me acompañó en los controles de embarazo.	0.6925			0.5205
	P3 Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo.	0.6419			0.5880
	P4 Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo.	0.6195			0.6163
	P5 En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer.	0.8107			0.3428
	P6 Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo.	0.8076			0.3428
	P7 Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuanto tuve problemas emocionales y me contuvo.	0.7285			0.4694
	P9 Mi pareja me comento que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño.	- 0.5885			0.6537

	P10 Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco.	0.7693			0.4082
	P11 Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo).	0.7151			0.4887
	P13 Mi pareja fumó cerca o junto a mí en el embarazo.	0.1154			0.9867

Fuente elaboración propia

Una vez configurada la matriz rotada, se aplicó nuevamente el análisis anterior, eliminando la pregunta de cargas bajas que va quedando (P13), como se muestra en la tabla anterior, cuya carga factorial arrojó valores menores de 0,30 quedando 10 ítems.

Al repetir el análisis con 10 ítems, se identificó sólo un factor. Al configurar nuevamente la matriz rotada, el ítem 9 arrojó un valor negativo, como era de esperar, puesto que en la formulación del instrumento esta pregunta debe ser invertida para su análisis (Anexo 2) al entregar menor puntaje con un mejor comportamiento paterno. (Tabla 6)

Tabla 6. Matriz de configuración con Análisis de Ejes principales y rotación Oblicua Oblimin de la Escala de Percepción Materna del Vínculo prenatal Paterno” (10 ítems)

Dimensión o factor	Preguntas que tributa a cada factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidad
1	P1 Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo.	0.7031			0.5057
	P2 Mi pareja me acompañó en los controles de embarazo	0.6925			0.5205
	P3 Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo	0.6419			0.5880
	P4 Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo	0.6195			0.6163
	P5 En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer.	0.8107			0.3428
	P6 Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo.	0.8076			0.3428
	P7 Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuando tuve problemas emocionales y me contuvo.	0.7285			0.4694
	P9 Mi pareja me comento que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño.	-0.5885			0.6537
	P10 Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco	0.7693			0.4082
	P11 Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo)	0.7151			0.4887

Fuente elaboración propia

Se realiza el estadístico de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que fue en esta ocasión de 0.893 y la prueba de esfericidad de Bartlett, que fue estadísticamente significativa, $\chi^2(\text{Chi-square})=1317.7232$; $p < 0.0$. Ambos resultados indicaron el AFE como pertinente.

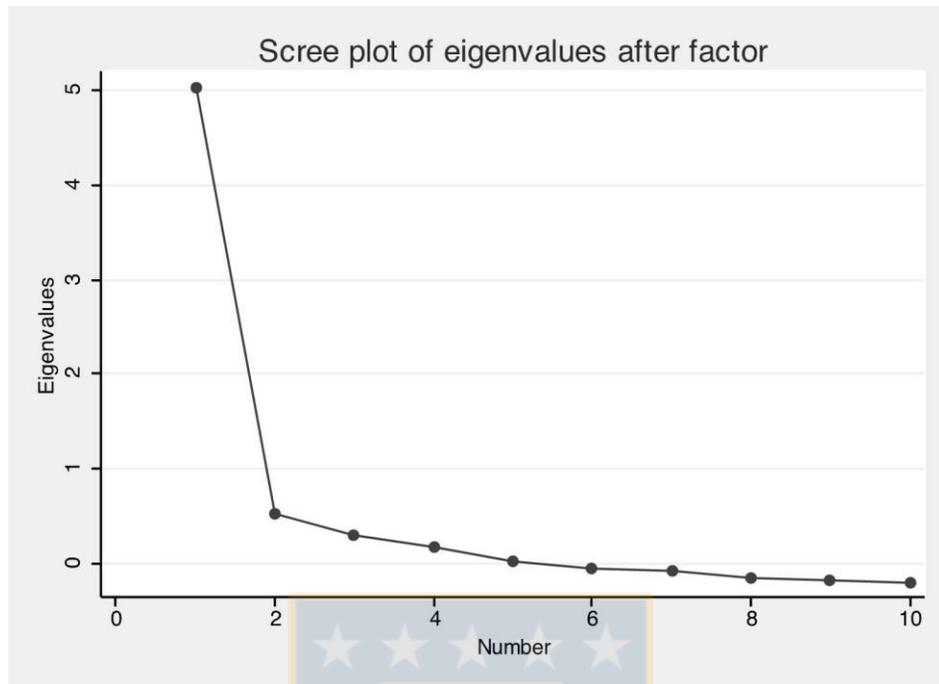
Nuevamente se estimó el número de factores, empleando tres criterios: Kaiser-Guttman o de raíz latente, Análisis Paralelo de Horn y Gráfico de Sedimentación. El primer criterio de Kaiser-Guttman indicó la existencia de 1 factores con valores propios mayores a 5.05 (autovalores) explicando 92.23% de la varianza total de los ítems (Tabla 7). El análisis paralelo de Horn, en base a 1000 muestras aleatorias, coincidió con la existencia de 1 factores con valores propios (4.78, 5.05, 0.27) por sobre los valores propios presentados por 95% de las muestras aleatorias, al igual que el gráfico de sedimentación (gráfico 2).

Tabla 7 .Autovalores y porcentaje de varianza total explicada para los factores de la “Escala de percepción materna del vínculo prenatal paterno”

Factor	Auto valores	% varianza total explicada
Factor 1	5.05750	0.9223
Factor 2	0.52169	1.0174
Factor 3	0.31638	1.0751
Factor 4	0.19365	1.1104
Factor 5	0.02864	1.1156
Factor 6	-0.04809	1.1069
Factor 7	-0.08809	1.0908
Factor 8	-0.13900	1.0655
Factor 9	-0.16344	1.0357
Factor 10	-0.19552	1.0000

Fuente elaboración propia

Figura 2: Gráfico de Sedimentación para la escala PeMViPP (10 factores)



Fuente elaboración propia

II. 3 Consistencia interna

1.- El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

El factor evaluado "Vínculo Afectivo Prenatal paterno" arrojó un alfa de Cronbach total de $\alpha = 0,901$, mostrando una adecuada capacidad discriminativa. (Tabla 8).

Tabla 8. Alfa de Cronbach si se eliminan los elementos y capacidad discriminativa del factor Vínculo Afectivo Prenatal Paterno

Items		Correlación ítem total Corregido	Alfa si se elimina el Elemento
Dimensión	Preguntas		
Vínculo afectivo prenatal paterno	1 Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo.	0.675	0.893
	2 Mi pareja me acompañó en los controles de embarazo.	0.666	0.893
	3 Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo.	0.621	0.899
	4 Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo.	0.585	0.899
	5 En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer.	0.758	0.888
	6 Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo.	0.740	0.891
	7 Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuanto tuve problemas emocionales y me contuvo.	0.663	0.894
	9 Mi pareja me comento que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño.	0.594	0.898
	10 Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco	0.721	0.892
	11 Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo).	0.691	0.892

Fuente elaboración propia

2.- El método de dos mitades: consiste en reagrupar el número de variables en dos partes, para luego correlacionarlas entre sí y estimar la confiabilidad de nuestra escala o cuestionario.

Al contar con un número par de variables (10) se obtiene un coeficiente de correlación de Spearman-Brown (longitud igual) de 0.885, es decir la parte uno y la parte dos son bastante similares para medir el constructo evaluado, es decir, existe una alta correlación entre las partes ya mencionadas expresada en la Tabla 09.

Tabla 09. Test de división en mitades iguales

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,825
		N elementos de	5 ^a
Parte 2	Valor		,844
		N elementos	de 5 ^b
N total de elementos			10
Correlación entre formularios			,794
Coeficiente de Longitud igual			,885
Spearman-Brown Longitud desigual			,885
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,880

a. Los elementos son: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005.

b. Los elementos son: VAR00006, VAR00007, VAR00009, VAR00010, VAR00011.

Fuente elaboración propia

II. 4.- Validez de criterio

Para evaluar la validez de criterio se aplicó correlación y la prueba no paramétrica de Mann Whitney entre los puntajes de la Escala de Percepción materna del vínculo prenatal paterno “ con cinco variables: Edad, nivel educacional, paridez, tiempo de relación de pareja y embarazo planificado , frente al factor evaluado (vínculo prenatal paterno percibido por la madre).

Para evaluar la relación con la edad de la madre que entregó su percepción de vínculo, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman. Observando que no existe relación estadísticamente significativa entre esta variable con el factor evaluado con un p valor de 0.96.

Posteriormente para comparar el puntaje promedio de la escala mencionada con las otras cuatro variables: paridez, escolaridad, tiempo de relación de pareja y la condición de embarazo planificado, se aplicó el estadístico de Mann Whitney, observando que la variable Embarazo planificado influye en el puntaje promedio del factor con un p valor < 0,0001. Ver tabla 10.

Tabla 10: Distribución de la relación entre variables predictoras y resultados de la Escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno.

Variable	Categoría	n	Percepción materna del vínculo prenatal paterno		p-valor	Estadístico
			Media	DE		
Paridez	Primípara	82	39,51	8,14	0,9569	Mann Whitney
	Múltipara	158	39,18	8,24		
Escolaridad	≤ 12 años	179	39,27	8,05	0,692	Mann Whitney
	>12 años	61	39,36	8,65		
Tiempo relación de pareja	≤ 2 años	50	38,38	9,86	0,7839	Mann Whitney
	>2 años	190	39,53	7,7		
Embarazo Planificado	Si	147	41,85	5,12	<0,0001	Mann Whitney
	No	92	35,12	10,26		

Fuente elaboración propia

CONCLUSIONES

El grupo en el cual se aplicó la escala, se trata de un grupo de mujeres puérperas sanas en general con una edad promedio de 28 años, con una relación de pareja estable en su mayoría ya que sobre el 80% convive con su pareja, se trata de un embarazo aceptado en un 100% y sin patología grave de su recién nacido.

El desarrollo de un instrumento que apunte a identificar la relación paterna prenatal y la validación del mismo, que involucra una metodología que pretende reconocer la capacidad discriminativa del instrumento en cuestión es un desafío en la búsqueda de nuevas posibilidades de inclusión efectiva del padre en este periodo.

El comportamiento de la población frente al instrumento permite deducir que no se percibe el apego paterno en el embarazo bajo los tres factores planteados. “Interacción directa con el hijo”, “Apoyo y contención” y “Auto-análisis y corrección del patrón de conducta”. Siendo este último, el factor que desaparece por completo. Al analizar las razones de esta falta de relación pudiera deberse a que en la población estudiada el comportamiento del padre del progenitor no insidía en el comportamiento actual de él como futuro padre.

Las preguntas número 12 y 13 que evaluaban cambios conductuales como evitar el consumo de alcohol y tabaco en el embarazo frente a la pareja para evitar en la embarazada el deseo de consumirlos no mostro relación significativa para ser excluidas, esto era un evento esperado, puesto que el cese de estos hábitos no está relacionado con el compromiso del padre con su hijo, si no que a otros factores como el círculo social que cuenta con él habito, deseo de dejarlo o motivación bajo un objetivo poco evaluable desde el punto de vista del consumidor.

El resto de las preguntas de instrumento contaron con valores altos para relacionarlos entre sí, exceptuando la pregunta número 9, *“Me sentí angustiada y/o estresada durante el embarazo por tener problemas con mi pareja.”* Que cuenta con valores negativos, esta direccionalidad en la pregunta señalada estaba

previamente consignado de esta manera, es por esta razón que al invertir los valores forma parte de los ítems sin dificultad.

Al estudiar la razón de la unidimensionalidad donde se incluyen las dos dimensiones restantes “Interacción directa con el hijo” y “Apoyo y contención” que se agruparon finalmente en solo una dimensión renombrada “Vínculo Afectivo Prenatal paterno” se puede suponer que este comportamiento se debe a que en la población estudiada no hace diferencia entre los cuidados destinados a la pareja y los comportamientos enfocados a establecer un vínculo con el hijo in útero. La dimensión “Interacción directa con el hijo” que reúne las actitudes orientadas a la formación del vínculo afectivo del padre con él bebe in útero de manera directa hace relación a las caricias, los procesos imaginativos, exámenes ecográficos, información de desarrollo y material didáctico. La dimensión “Apoyo y contención” que involucra las actitudes del padre orientadas a apoyar y contener a la pareja va dirigida a situaciones como compartir las labores del hogar, asistencia a controles en pareja y evitar situaciones de conflicto con la pareja en el embarazo. Esta dualidad de dimensiones las explica Passini, puesto que el padre al asistir a los controles ecográficos no solo afianza su compromiso con la pareja sino que también inicia el vínculo con su hijo in útero a partir de su visualización.

En la validez de criterio, se pudo observar que la condición de embarazo planificado es una variable que influye en la percepción materna del factor estudiado. Situación que resulta relevante para reconocerlo como un posible indicador de la misma relación de la madre no solo con el progenitor de su hijo sino con las posibilidades de una crianza compartida efectiva.

El hecho de identificar una dimensión y no tres como fue la sugerida en el inicio por parte de los autores, aunque el juicio de experto consideró válido esta diferenciación reconoce la importancia de aplicar pruebas psicométricas a las escalas para verificar si cumple con los niveles de valideces y confiabilidad esperados para proponerla como un instrumento válido en la población chilena que acude al sistema sanitario público.

LIMITACIONES

Existen posibilidades de sesgo respecto de la percepción materna de este vínculo prenatal paterno, puesto que no solo se reconoce el aspecto afectivo vincular con el progenitor de su hijo, sino que también hay modelos familiares paternos propios de la mujer madre que inconscientemente compara o aspira . Lo que puede constituir un sesgo al momento de contestar este tipo de evaluaciones.

PROYECCIONES

El desarrollo de un instrumento que cuantifique y evalúe el vínculo paterno a tan temprana edad, desde el embarazo, permite desarrollar estrategias de intervención para mejorar o corregir esta relación sabiendo los efectos que tiene este vínculo a corto, mediano y largo plazo en la progenie. Una escala de este tipo no se había construido para el periodo gestacional y poder utilizar este instrumento para evaluar esta percepción materna del vínculo prenatal paterno puede ser una ventana de oportunidades para potenciar la capacidad de cuidado y participación en la crianza de sus hijos(as).

Referencias bibliográficas

- 1.- Figueroa, J. G. & Liandro, E. En E. Hardy, M. J. Duarte & E. Rodrigues, La presencia del varón en la salud reproductiva. Ciências sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latinoamericanas. 1995 (pp. 193-226). Brasil: Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas, CEMICAMP.
- 2.- Fuller, N. Identidades masculinas. Varones de clase media en el Perú. Lima: 1997, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 3.- Cruzat C, Aracena M. Significado de la Paternidad en Adolescentes Varones del Sector Sur-Oriente de Santiago. Psykhe [online]. 2006, vol.15, n.1, pp. 29-44. ISSN 0718-2228. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100003>.
- 4.- López M, Molina R, Martínez R, Frutos M, Molina R. T, Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro. Cultura de los Cuidados, Edición digital 16, 32, 2012; Disponible en <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.02>
- 5.- Maldonado-Durán M, Lecannelier F. El padre en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 145-154
- 6.- Commission on paternal involvement in pregnancy outcomes. Commission outlook: best and promising practices for improving research, policy and practice on paternal involvement in pregnancy outcomes. Washington dc: the joint center for political and economic studies; 2010.
- 7.- Piccinin C, Levandowski D, Gomes A, Lindenmeyer D, Lopes R. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. Estudos de Psicologia (Campinas), 2009 .26 (3), 373-382.
- 8.- Aguayo, F., Kimelman, E. y Correa, P. Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile. 2012. Informe Final. Chile: CulturaSalud/Ministerio de Salud.
- 9.- Ramchandani PG, Domoney J, Sethna V, Psychogiou L, Vlachos H, Murray L.

Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? findings from a longitudinal cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012. ePub 20.7.12.

10.- Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr*. 2008 Feb; 97 (2): 153-8. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x>

11.- Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza-Camposano WD, GilGuevara E, Vallejos-Matos A, Chacón-Torrico H. Relación con la pareja en madres de neonatos con bajo peso al nacer. *Rev Peru epidemiol* 2013; 17(1) [4 pp.]

12.- Nettle D, Coall D, Dickins T. Birthweight and paternal involvement predict early reproduction in British, Women: evidence from the national child development study. *American Journal Of Biology*; 2010; 22(2):172-9.

13.- Ghosh J, Wilhelm M, Dunkel-Schetter C, Lombardi C, Ritz B. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in los angeles county mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 13:327-38

14. Allen S, Daly K. The effects of father involvement: an updated research summary of the evidence. Guelph: father involvement research alliance; 2007

15.- Alio Ap, Kornosky JI, Mbah Ak, Marty Pj, Salihu Hm. The impact of paternal involvement on feto-infant morbidity among whites, Blacks and hispanics. *Matern Child Health*. 2010; 14(5)

16.- Alio AP, Mbah AK, Grunsten RA, Salihu HM. Teenage Pregnancy and the Influence of Paternal Involvement on Fetal Outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Dic; 2011 .24 (6):404-9.

17.- Grote N, Bridge J, Gavin A, Melville J, Iyengar S, Katon W. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and

intrauterine growth restriction. Archives of general psychiatry. 2010;67(10):1012-24.

18.-Nogueira J; Rui Duarte Farias, Ferreira M.O Envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. Rev. Enf. Ref. [periódico na Internet]. 2012; ser (8): 57-66.

19.-Brandão, Pereira S. Implicación emocional del padre con el bebé: Impacto de Parto Experience 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10216/16151>

20.- Hildingsson I, Cederlof L, Widen S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. Women Birth. 2011. 24(3):129–136. doi:10.1016/j.wombi.2010.12.003.

21.- Garcés D, Martínez P. “Construcción y Validación de una escala para medir el Compromiso Paterno” [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica] Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Especialidad de Psicología. Año 2011.

22.- Dupraz J, Graff V, Barasche J, et al. Tobacco and alcohol during pregnancy: prevalence and determinants in Geneva in 2008. Swiss Medical Weekly Suiza. 2013; 143:w13795

23.- Lafuente M^a Josefa . La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia, Valencia, España. Índex Enferm v.17 n.2 Granada abr.-jun. 2008.

24.- Cerda J. y Villarroel L. Evaluación de la concordancia inter-observador en la investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. Rev. Chil Pediatr 2008;79(1):54-58

25.- Oviedo H C., Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev.Colomb.Psiquiatr.2005 ; 34(4):572-580.

Anexo I:

Autorización Dirección centro involucrado y Comité de ética

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS
HOSPITAL DE SANTA CRUZ

SOLICITUD DE INVERTIVACIÓN CIENTÍFICA
SANTA CRUZ, 28-09-2015

DE: - DRA. LETICIA SOLIS VALENZUELA
DIRECTORA H.S.C
- DRA. CARMEN TOVAR ROMERO
SUB DIRECTORA MEDICO
- SRA. SANDRA FUENZALIDA GAETE
ENFERMERA ENCARGADA DE CALIDAD

A: -GONZALO GUZMÁN SALAS
MATRÓN, ESTUDIATE DE POST GRADO UdeC

En respuesta a la solicitud entregada por Don Gonzalo Guzmán Salas, el día 10 de septiembre de 2015 para realizar su proyecto de tesis: "*Determinación de propiedades psicométricas de la escala PeMVIPP (Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno)*" que consiste en la aplicación de una encuesta a las púerperas de nuestro hospital se ha decidido:

Conforme a los antecedentes de la investigación, el rigor metodológico, las consideraciones éticas contempladas y la importancia potencial de los resultados de este estudio se ha decidido aprobar la solicitud y autorizar esta investigación científica.



[Signature]
DRA. LETICIA SOLIS VALENZUELA
DIRECTORA H.S.C



[Signature]
DRA. CARMEN TOVAR ROMERO
SUB DIRECTORA MEDICO

[Signature]
SRA. SANDRA FUENZALIDA GAETE
ENFERMERA ENCARGADA DE CALIDAD

DISTRIBUCION:
- Calidad HSC
- Dirección de Postgrado UdeC



Concepción, julio 12 de 2016
EI42/2016

Dr.
Sergio Oñate
Dirección de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Oñate:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de investigación titulado "*Determinación de propiedades psicométrica de la escala Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno (PeMViPP)*", del estudiante de postgrado patrocinado por el programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Gonzalo Guzmán Salas, guiado por la tutora académica profesora Yolanda Contreras García, junto al profesor co-guía de tesis Cristhián Pérez Villalobos., le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** este proyecto permitirá validar un instrumento para evaluar el vínculo paterno en el embarazo. Su impacto será relevante para la toma de decisiones en la salud materno-fetal.
2. **Validez científica:** Utiliza los principios científicos y metodologías de investigación cualitativa adecuados. El investigador fundamenta adecuadamente el diseño del estudio; los procedimientos de recolección y análisis de información se ajustan a los propósitos de su investigación.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** La condición de los sujetos se ajusta a los propósitos de la investigación.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** el estudio no presenta riesgos potenciales para los sujetos de investigación.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** los formularios de consentimiento informado cumplen con los requisitos éticos de la investigación en seres humanos.
7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta confidencialidad de la información y la autonomía de las participantes mediante el proceso de consentimiento informado.

¹ Emanuel L. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Síntesis requisitos éticos. En Lora F, Quicada A, editores. *Praxis Ética de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas*. Programa Regional de Bioética OPI/OBIO; 2003



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA**.

Atentamente,

Dra. Liliana Ortiz M.
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina

lilianaortiz@udec.cl Fono (41) 2207083



Anexo II. Cuestionario y escala



Universidad
de Concepción

“Percepción materna del Vínculo pre-natal del padre”



DIRECCIÓN DE
POSTGRADO

El objetivo de este cuestionario es identificar actitudes que caracterizan la paternidad en el embarazo. Consta de 2 ítems, el primero será completado por el/la encuestador/a con información que usted le entregará y un segundo ítem donde usted deberá marcar con una X la alternativa escogida.

Junto con esta encuesta, a usted se le ha entregado un consentimiento informado, en donde acepta participar de este proyecto de investigación entregando la información requerida sobre datos generales y el comportamiento paterno en el embarazo.

Si tiene alguna duda, por favor consúltela con el/la encuestador/a quien estará disponible para resolverla.

I.- Información general



Madre:

- a) 1
- 1.- Edad: _____
- 2.- Paridad: _____
(Contando éste parto)
- 3.- Nivel de estudios:
- 4.- Patologías crónicas:

- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más hijos
- a) Sin estudios
- b) E. Básica
- c) E. Media
- d) Técnico
- e) Universitaria
- a) Sin patología
- b) D. M.
- c) HTA
- d) Hipotiroidismo
- e) Hipertiroidismo
- f) Epilepsia
- g) Psiquiátrica: _____
- h) Otra: _____

Padre:

- 5.- Edad: _____
- 6.- Paridad: _____
(Contando éste parto)
- 7.- Nivel de estudios:
- 8.- Patologías crónicas:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más hijos
- a) Sin estudios
- b) E. Básica
- c) E. Media
- d) Técnico
- e) Universitaria
- a) Sin patología
- b) D. M.
- c) HTA
- d) Hipotiroidismo
- e) Hipertiroidismo
- f) Epilepsia
- g) Psiquiátrica: _____
- h) Otra: _____

47

9.- Tiempo de relación con el padre: _____
con su

- pareja?
- c) Entre 2 y 5 años 2. No
- d) Mas 5 años

b) Entre 1 y 2 años

10a) Menos de 1 año .- ¿Comparte vivienda

1. Si

11.- ¿Este embarazo fue planificado? a) Si



Pasar a la pregunta n° 12

b) No



11.1.- ¿Este embarazo fue aceptado?

- a) Si
- b) No

12.- Patología en el embarazo: a) Sin patología

Vaginal

b) D. Gestacional C/D

c) D Gestacional I.R

d) SHE

e) SPP

f) CIE

g) Otra: _____

—

14.- Patología del RN:

a) Sin patología

b)

c) PEG

d) GEG

e) Pre-termino

P. Congénita

Diagnosticada
previo al parto

13.- Vía del parto: a)

b) Vaginal con fórceps

c) Cesárea electiva

d) Cesárea de urgencia

14.1.-Requirio hospitalización el RN:

1. Si

2. No



II.- Información del vínculo afectivo paterno

Escala PeMViPP

Marque con una "X" solo una de las alternativas que usted considere adecuada		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo.					
2	Mi pareja me acompaño en los controles de embarazo.					
3	Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo					
4	Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo.					
5	En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer.					
6	Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo.					
7	Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuanto tuve problemas emocionales y me contuvo.					
8	Mi pareja me comento que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño.					
9	Me sentí angustiada y/o estresada durante el embarazo por tener problemas con mi pareja.					
10	Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco.					
11	Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo)					
Responder las siguientes preguntas solo si su pareja presentaba hábitos alcohólico y/o tabáquico previo al embarazo						
12	Mi pareja presentó eventos de abuso de alcohol en el embarazo.					
13	Mi pareja fumó cerca o junto a mí en el embarazo.					

Gracias por su colaboración

Clasificación por dimensiones de variables. Clasificación de la puntuación

- 1.- Interacción directa con el hijo : I 1.- Proporcional : P
 2.- Apoyo y contención : A 2.- Inversamente proporcional : I
 3.- Análisis y corrección del patrón de conducta : C

Marque con una "X" solo una de las alternativas que usted considere adecuada				Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
A	P	1.-	Mi pareja me ayudo en las labores del hogar en el periodo de embarazo ¹	1	2	3	4	5
A	P	2.-	Mi pareja me acompaño en los controles de embarazo ²	1	2	3	4	5
I	P	3.-	Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo ³	1	2	3	4	5
I	P	4.-	Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo ^{1,4}	1	2	3	4	5
I	P	5.-	En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer. ¹	1	2	3	4	5
I	P	6.-	Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo ¹	1	2	3	4	5
A	P	7.-	Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar cuanto tuve problemas emocionales y me contuvo ⁵	1	2	3	4	5
C	P	8.-	Mi pareja me comento que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño	1	2	3	4	5
A	I	9.-	Me sentí angustiada y/o estresada durante el embarazo por tener problemas con mi pareja ^{6,7}	5	4	3	2	1
A	P	10.-	Mi pareja demostró preocupación en el embarazo por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados de alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco ^{5,8} .	1	2	3	4	5
I	P	11.-	Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo) ²	1	2	3	4	5
Responder las siguientes preguntas solo si su pareja presentaba hábitos alcohólico y/o tabáquico previo al embarazo								
C	I	12.-	Mi pareja presento eventos de abuso de alcohol en el embarazo ⁸	1	2	3	4	5
C	I	13.-	Mi pareja fumó cerca o junto a mí en el embarazo ⁸	1	2	3	4	5

Bibliografía exclusiva de la encuesta

- 1.- Piccinin C, Levandowski D, Gomes A, Lindenmeyer D, Lopes R. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. Estudos de Psicologia (Campinas), 2009 .26 (3), 373-382.
- 2.- Aguayo, F., Kimelman, E. y Correa, P. Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile. 2012. Informe Final. Chile: CulturaSalud/MINSAL.
- 3.-Nogueira J; Rui Duarte Farias, Ferreira M.O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. Rev. Enf. Ref. [periódico na Internet]. 2012; ser (8): 57-66.
- 4.-Brandão, Pereira S. Implicación emocional del padre con el bebé: Impacto de Parto Experience 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10216/16151>
- 5.- Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza-Camposano WD, Gil-Guevara E, Vallejos-Matos A, Chacón-Torrico H. Relación con la pareja en madres de neonatos con bajo peso al nacer. Rev Peru epidemiol 2013; 17(1) [4 pp.]
- 6.- Nettle D, Coall D, Dickins T. Birthweight and paternal involvement predict early reproduction in British, Women: evidence from the national child development study. American Journal Of Biology; 2010; 22(2):172-9.
- 7.- Ghosh J, Wilhelm M, Dunkel-Schetter C, Lombardi C, Ritz B. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in los angeles county mothers. Arch WomensMent Health. 2010; 13:327-38
- 8.-Dupraz J, Graff V, Barasche J, et at. Tobacco and alcohol during pregnancy: prevalence and determinants in Geneva in 2008. Swiss Medical Weekly Suiza. 2013; 143:w13795

Anexo III. Carta de información a la participante y consentimiento informado



Información a la participante y consentimiento Informado



Título del proyecto: Determinación de propiedades psicométricas de la escala PeMViPP (Percepción Materna Vinculación Prenatal Paterno), Hospital de Santa Cruz. 2015

Investigador responsable: Gonzalo Guzmán Salas (gonzaloguzman@udec.cl) Matrócn

Tutores responsables: Yolanda Contreras García (ycontre@udec.cl) Docente Magister en salud Sexual y Reproductiva.

Invitación a participar: Estimada Señora, le invitamos a participar en un proyecto de investigación que busca validar un instrumento para evaluar el vínculo paterno en el embarazo. En el embarazo el padre juega un rol muy importante en el bienestar del su hijo, estos resultados incluyen menores índices de criminalidad, mejores resultados académicos y conductuales; y disminución en las patologías neonatales. Para esto requerimos de su información sobre el comportamiento del padre en el embarazo.

El estudio incluirá un número aproximado de 200 madres recientes (puérperas) que se atienden en el Hospital de Santa Cruz.

Procedimiento: Usted será contactada e le sala de puerperio del H.S.C. Si accede a participar a usted se le entregará un cuestionario que consta de 2 ítems, en la primera parte se solicitará información general de su embarazo y parto; el segundo ítem, usted deberá responder las preguntas y seleccionar la más fidedigna en una escala que incluye “Siempre”, “Casi siempre” “Algunas veces”, “Casi nunca” y “Nunca”.

Costo: Este proyecto es si costo para usted, ya que la información entregada no considera gastos económicos ni tiempos agregados en su estadía en la maternidad.

Beneficios y riesgos derivados de su participación: Este estudio tiene como beneficio el progreso del conocimiento. Este estudio no contempla riesgo para su salud ni si trato como paciente.

Compensación: Usted no recibirá compensación económica por su participación.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación será conservada n estricta confidencialidad. Los datos serán almacenados en papel y

digital en el Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, oposición, cancelación y rectificación de su participación en cualquier momento de la investigación dirigiéndose a los números telefónicos entregados en la hoja de información o al correo electrónico del investigador.

Acceso a los resultados: La información que se genere de esta investigación estará disponible para usted y podrá acceder a ella comunicándose con el investigador responsable Don Gonzalo Guzmán Salas a su correo electrónico (gonzaloguzman@udec.cl) o al teléfono de contacto +569-78298329.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar sin dar explicaciones sin repercusión en su atención en salud.

Derecho de las participantes: Usted mantiene todos sus derechos inherentes a su atención en salud si ser alterados ni modificados.

Contacto: El investigador estará disponible para responder todas las inquietudes respecto a este estudio. Para ello usted puede comunicarse al número de teléfono y correo electrónico señalados.



Hoja de firmas documento consentimiento informado

En cumplimiento de la ley 20.120, acepto y autorizo entregar la información requerida sobre mis antecedentes de salud de mi embarazo y los de mi pareja junto a los antecedentes de salud de mi hijo al investigador Gonzalo Guzmán Salas y sus colaboradores.

FIRME ESTE FORMULARIO UNICAMENTE SI TODOS LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SON VERDADEROS:

- a) Mis preguntas han sido aclaradas en su totalidad y considero que la información entrega fue comprendida.
- b) Acepto que la información entregada en este estudio sea parte de un estudio científico con potencial publicación en revistas de salud.
- c) He decidido participar de este proyecto de investigación
- d) Entiendo que recibiré una copia del consentimiento informado

Acepto hacerme parte de éste estudio y autorizo el recopilado, almacenamiento y utilización de la información entregada con la estricta confidencialidad detallada en este documento

Nombre de la participante
participante

Fecha de la firma: ____/____/____

Firma de la

Nombre de la persona que solicita el consentimiento
solicitante

Fecha de la firma: ____/____/____

Firma del

Nombre del Investigador

Fecha de la firma: ____/____/____

Firma del Investigador

Anexo IV: Documento elaborado para comité de expertos

Juicio de expertos

EVALUACIÓN DE EXPERTO:

Escala PeMViPP

Se le solicita participar en calidad de experta(o) en la evaluación de un instrumento que busca determinar el vínculo afectivo paternal en el embarazo, en una población de puérperas en un centro terciario del sistema público chileno durante el periodo agosto-noviembre del año 2015.

Para esto, se considerarán 3 **dimensiones** que se organizarían como:

- 1.- Interacción directa con el hijo
- 2.- Apoyo y contención
- 3.- Análisis y corrección del patrón de conducta

Este instrumento se ha diseñado para ser aplicado en las salas de puerperio a las madres de recién nacidos recientes (puérperas) que asistan al Hospital Regional de Concepción.

Para cada dimensión la encuestada deberá responder utilizando una escala Likert de 5 puntos (Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre)

En su calidad de experto(a), le solicitamos que evalúe la congruencia de cada ítem con la dimensión que representa, usando como guía las definiciones teóricas que se exhiben a un costado de éstas (ver página siguiente).

Para realizar esta tarea, se le solicita que, por cada ítem, marque con una cruz (“+”) o una equis (“x”) la alternativa que mejor represente su opinión, utilizando una de estas opciones:

Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
El ítem es un claro indicador del área que busca medir.	El ítem se asocia de manera indirecta o no es muy relevante para medir el área.	El ítem no tiene relación con el área que pretende medir.

Adicionalmente, si considera hacer comentarios sobre la redacción del ítem y qué tan claro o comprensible puede resultar para la población, puede escribir cambios sobre cada reactivo (idealmente destacando el cambio) o realizar comentarios al final de este formulario.

Dimensión	Definición	Indicador	Esencial	Útil pero no esencial	No Necesario
Interacción directa con el hijo	Unión o relación no material, especialmente la que se establece entre dos personas. En este caso, entre el padre y el bebe in útero.	Mi pareja leyó la agenda de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo			
		Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo			
		En el embarazo, mi pareja me comentaba como él se Imaginaba que sería nuestro hijo/a al nacer.			
		Mi pareja acarició mi vientre DURANTE el embarazo			
		Utilizamos en conjunto con mi pareja el material entregado en los controles prenatales (CD de relajación, Guía para padres, Guía del embarazo)			
Apoyo y contención	Apoyo o empatía frente a circunstancias nuevas, desconocidas o desfavorables en el embarazo.	Mi pareja se hizo cargo de algunas o todas las labores del hogar en el periodo de embarazo			
		Mi pareja me acompañó a todos los controles de embarazo			
		Durante el embarazo mi pareja me entendió y me contuvo cuando estuve más sensible emocionalmente			
		Mi pareja pasó conmigo más tiempo que lo habitual durante el embarazo			
		Me sentí angustiada y/o estresada durante el embarazo por tener problemas con mi pareja			
		Durante el embarazo mi pareja demostró preocupación por mi asistencia a los controles, por el uso de medicamentos, etc.			
		Durante el embarazo mi pareja demostró preocupación por mi alimentación, frecuentar lugares saludables y/o libres de humo de tabaco, etc			

Análisis y corrección del patrón de conducta	Conductas asociadas a disminuir los factores desfavorables o de riesgos para el bebe in útero y el embarazo relacionados con conductas previas al embarazo del padre	Mi pareja me comentó que quería tener con nuestro/a hijo/a una actitud distinta a la que su padre tuvo con él durante su niñez			
		Mi pareja me comentó que quería tener con nuestro/a hijo/a una actitud distinta a la que su madre tuvo con él durante el embarazo			
	Las siguientes preguntas solo serán contestadas si la pareja presentaba hábitos tabáquicos o alcohólicos previo al embarazo.				
		Mi pareja presentó eventos de abuso de alcohol en el embarazo			
		Mi pareja fumó cerca o junto a mí durante el embarazo			

Para terminar:

Le solicitamos que realice comentarios sobre su opinión en relación al instrumento, sugiriéndole las siguientes preguntas orientadoras:

¿Existe alguna dimensión que no esté representada en el instrumento?	
¿Cree que es necesario agregar algún ítem en particular en una dimensión específica?	
¿Qué opinión general tiene en relación al instrumento?	
¿Tiene alguna otra observación que realizar?	

¡Muchas gracias!