



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

VIVENCIAS DEL APEGO PRENATAL DE UN GRUPO DE MUJERES PRIMIGESTAS ADULTAS JÓVENES DE LA CIUDAD DE CHILLÁN

Tesis para optar al grado de Psicólogo.

Autores:

Jiménez Torres, Renzo Nicolás
Pino Parra, Nicole Constanza

Académica Guía:

Opazo Vega, Dámaris Elizabeth

Chillán, Diciembre de 2014.

Vayan nuestros más sinceros y sentidos agradecimientos,

A Gisella y Martina,

A Karina y Matías,

A Mercedes y Antonia,

A Nataly y Antonia,

Y a Carla y su bebé, que pronto tendrá un nombre también;

*Por haber abierto su mundo interior y esta nueva experiencia,
tan íntima y significativa en sus vidas.*

Estamos seguros de que serán madres excepcionales.

*A nuestra docente guía, Dámaris Opazo,
por sus conocimientos, el acompañamiento y la contención a lo largo de todo este proceso.*

*A nuestras familias,
por su amor, apoyo incondicional y por confiar siempre en nosotros.*

Sin su ayuda este trabajo no pudiera haberse concretado.

Muchas gracias.

Dedicatoria:

Con todo mi amor a mis padres Ivonne y Daniel, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida, principalmente durante mis años de vida universitaria. Por tener siempre palabras de aliento en los momentos difíciles y por su eterna confianza depositada en mí.

A mis hermanas Daniela y Catalina, por su amor, apoyo y preocupación en todo momento, por compartir junto a mí cada uno de los logros alcanzados durante toda mi vida.

A toda mi gran y maravillosa familia, por el apoyo brindado en todo momento, principalmente a lo largo de este año, y por su interés en el desarrollo de esta investigación.

A Renzo, mi amigo y compañero de tesis, por haber sido un apoyo fundamental a lo largo de todos estos años, por estar en los momentos difíciles y disfrutando aquellos alegres, y principalmente por ser mi compañero en esta maravillosa aventura que hemos desarrollado a lo largo de todo este año.

A mis amigos Carolina y Pablo, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento en momentos difíciles, por las risas y buenos momentos compartidos.

A cada una de estas personas, muchas gracias por estar en mi vida de forma incondicional, sin su apoyo y amor nada de esto hubiera sido posible.

A cada uno de ustedes les pertenece un pedacito de esta hermosa investigación, los quiero infinitamente.

Nicole Constanza Pino Parra.

Dedicatoria:

A cada una de las grandes y maravillosas mujeres que dedicaron su tiempo y abrieron su mundo para permitirme conocer mejor lo que significa para una mujer vivir el primer embarazo de su vida. Créanme que han cambiado totalmente mi forma de percibir la maternidad y la gestación. Valoro cada uno de sus relatos y estoy completamente seguro de que sus hijos e hijas se sentirán orgullosos y orgullosas de ustedes.

A Nicole, por la bonita amistad que hemos cultivado durante todos estos años, estando presentes el uno y el otro en las buenas y en las no tan buenas. Esta investigación, que significó arduo trabajo y sacrificio, tardes completas de trabajo, noches sin dormir y otros muchos compromisos pospuestos, debe ser motivo de orgullo para ambos.

A Pablo y Carolina, por haberme dado la amistad más bonita y sincera que pueda existir durante todos estos años. Por todas las risas y el apoyo que nos dimos en los momentos difíciles.

Los quiero mucho.

A la docente Dámaris Opazo, por sus conocimientos, contención, apoyo, disposición y buena amistad. Gracias por la confianza y el cariño producto de todos estos años de trabajo en conjunto. Ha sido un placer para mí.

A mi familia, por haberme acompañado en cada peldaño de este proceso inacabable que es crecer. No tengo una forma más adecuada para agradecerles todo lo que han hecho por mí que retribuir el amor gigante que me han entregado siempre.

*A Luz, por haber sido una pareja y compañera excepcional durante estos años. Por su amor y comprensión. Por su paciencia y contención, que siempre tuve cuando más la necesité. Por saber escuchar, y por mostrarme que soy capaz de lograr cuanto me proponga en la medida que invierta esfuerzo y dedicación en ello.
Gracias por creer tanto en mí. Te mereces lo mejor del mundo.*

A ti, Hilda querida, que no pudiste verme concretar este paso en mi vida porque así lo quisieron las circunstancias. Estoy seguro que hubieras estado infinitamente orgullosa de ver a otro de tus nietos como profesional.

A mi querida Universidad del Bío-Bío, y especialmente a mi querido profesor José Luis Ysern de Arce, por hacerme crecer como persona y profesional. Por mostrarme el valor del compromiso con la sociedad. Por enseñarme que la Psicología no se hace en las aulas y los libros, sino allá afuera, donde más nos necesitan.

Renzo Nicolás Jiménez Torres.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
3. RELEVANCIAS DE INVESTIGACIÓN	3
4. PREGUNTAS Y OBJETIVOS	6
4.1 ..Pregunta Principal.....	6
4.2. Objetivo Principal	6
4.3 Preguntas Secundarias	6
4.4 Objetivos Específicos	7
5. MARCO REFERENCIAL	7
5.1 MARCO TEÓRICO	7
5.3 MARCO EPISTEMOLÓGICO	39
5.4 MARCO METODOLÓGICO	43
5.4.1 METODOLOGÍA	43
5.4.3 MÉTODO	46
5.4.2 DISEÑO	47
5.4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	48
5.4.4 PLANIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	52
5.4.5 POBLACIÓN	54
5.4.6 ANÁLISIS DE DATOS PROPUESTO.....	56
6. CRITERIOS DE CALIDAD	58
7. CRITERIOS ÉTICOS	60
8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	62
8.1 PRESENTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES:	62
8.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:	62
8.2.1 PROCESO DE ANÁLISIS:	62
8.2.1.1 Objetivo Específico 1:	63
8.2.1.2 Objetivo Específico 2:	92
8.2.1.3 Objetivo Específico 3:	101
8.2.1.4 Objetivo Específico 4:	107
8.2.1.5 Objetivo Específico 5:	110

8.2.1.6	Objetivo Específico 6:	122
9.	CONCLUSIONES	135
9.1	Limitaciones del estudio	159
9.2	Proyecciones de la investigación:.....	161
10.	REFERENCIAS	164
11.	ANEXOS:.....	177
11.1	Dendograma de Categorías:	177
11.2	Pauta de entrevista	181
11.3	Consentimiento Informado:	184

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación fue lograr la comprensión de las vivencias del vínculo de apego prenatal de un grupo de cinco mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillán. Este se llevó a cabo entre los meses de Marzo y Diciembre de 2014, en dos momentos. Durante la primera mitad del año (Marzo-Junio) se realizó el proceso de recolección bibliográfica para la construcción de la base teórico-empírica del estudio, el posicionamiento epistemológico, además de la fundamentación del proceder metodológico que se definió para la posterior recolección de datos, de forma simultánea a la definición de criterios de calidad y éticos. En la segunda etapa (Julio-Diciembre) se procedió a la recolección de datos a través de la realización de entrevistas y su posterior transcripción, para dar inicio luego al proceso de análisis de los datos obtenidos, que permitieron el generar los resultados de la investigación, redactados en base a cada uno de los objetivos específicos de la investigación. Finalmente, se generaron las conclusiones para dar respuesta a las preguntas específicas propuestas inicialmente, a fin de dar respuesta en último término a la pregunta principal planteada originalmente.

2. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente es poco lo que se conoce acerca de cómo una mujer vive particular y subjetivamente su propio proceso de embarazo. Esta falta de información puede tener relación con la reducida cantidad de estudios enfocados en el constructo de apego prenatal y lo que éste involucra (Cranley, 1981; Fonagy, Steele y Steele, 1991; Condon y Corkindale, 1997; Doan y Zimmerman, 2003; Young, 2013). A la fecha se han conducido varios estudios sobre apego prenatal, sin embargo, prioritariamente desde una perspectiva cuantitativa y mayoritariamente orientados hacia la construcción de escalas de medida del constructo de apego prenatal, entre las cuales destacan la Prenatal Attachment Inventory (PAI) (Muller, 1993), la Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS) (Cranley, 1981), la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAEAS) (Condon, 1993) y la Prenatal Maternal Attachment Scale (PMAS) (LoBiodo-Wood y Vito-O'Rourke, 1990). Por otro lado también se han dirigido estudios predictivos y correlacionales que han tenido como fin relacionar variables como representaciones mentales y apego prenatal (Fonagy, Steele y Steele, 1991), deseabilidad ante el primer embarazo y esfuerzo de la madre en la consecución de éste relacionados con el vínculo antenatal (Speizer y cols., 2004), o la negativa incidencia de la depresión materna

y la falta de apoyo social en desarrollo el apego prenatal (Condon y Corkindale, 1997). Incluso se ha desarrollado un instrumento para evaluar la incidencia de los patrones transgeneracionales de apego en personas en camino a convertirse en padres, la Adult Attachment Interview (George, Kaplan y Main, 1985).

De lo anterior surge la necesidad de abordar esta temática desde un enfoque que considere cuáles son los sentimientos, emociones y creencias de la futura madre durante este período respecto al desarrollo de su hijo/a por nacer. En este sentido, la vivencia de la madre durante el período comprendido desde la concepción hasta el parto resulta ser un tema interesante de ser investigado. Existen infinidad de posibilidades que pudieran encontrarse en la vivencia de un embarazo, tan diversas como son las personas en su subjetividad. Lo mencionado anteriormente se fundamenta en lo planteado por Dilthey (1949, citado en De Souza, 2010), quien señala que la vivencia es una elaboración que realiza la persona, basándose en su personalidad, experiencias pasadas, la capacidad de reflexión que posee y el lugar que ocupa en la sociedad y comunidad. Esto implica que la vivencia es una elaboración personal de todo aquello que el/la individuo/a experimenta.

El objetivo general de la investigación es comprender el vínculo de apego prenatal que se gesta en lo profundo de la relación madre-hijo/a durante el embarazo. Esto implica principalmente realizar un abordaje que considere la inmersión de los investigadores en la propia experiencia de las madres participantes, en un ánimo que se desliga de pretender interpretar datos y/o extrapolar conclusiones, sino que, por el contrario, se basa en el deseo de obtener contenidos e informaciones respecto a este momento particular en la vida de estas mujeres desde primera fuente, exentos de manipulaciones y fieles a su producción original. Faría y Oliveira (1997) indican que la aproximación fenomenológica al objeto de estudio permite comprender la realidad en base a la manera particular en que ésta es vivenciada cotidianamente. Es así que la vivencia se torna un eje coherente e integrador para dirigir esta investigación, que se orienta al abordaje de un constructo que, lejos de lo teórico, es vivido en lo más profundo del mundo representacional e intrapsíquico de una madre embarazada.

3. RELEVANCIAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación sobre apego que se ha realizado desde los tempranos trabajos y aportes de John Bowlby (1951) y Mary Ainsworth (1969) se ha llevado a cabo mayoritariamente teorizando el vínculo de apego desde el momento del nacimiento en adelante. El mismo Bowlby refería en sus primeros trabajos, a modo de conclusión, que el/la niño/a pequeño/a debería experimentar una relación cálida e íntima con su madre, en la que ambos encontrasen satisfacción y goce (Bowlby, 1951). Por otro lado, Mary Ainsworth (1969), quien fuera también una de las pioneras en la teoría del apego, desarrolló un procedimiento científico, que se denominó la "situación extraña". A través de este significativo experimento, Ainsworth logró describir tres patrones de conducta de apego en los niños participantes: apego seguro, apego ansioso/ambivalente y apego ansioso/evitativo. Por lo tanto, la figura del feto o el bebé en desarrollo fue ignorada en aquel entonces en la aún incipiente teoría del apego.

En relación al embarazo, estudios enfatizan en la influencia de los denominados factores teratogénicos: aquellos agentes que, administrados por la madre o que pudieran ser administrados a ella, pueden causar efectos significativos y perjudiciales en el desarrollo del feto. Cuando se habla de ellos, siempre se asume una gran responsabilidad por parte de la madre como potencial figura que puede poner en riesgo el desarrollo del feto (McElhatton, 2003). En el estudio realizado por dicho autor, por ejemplo, se estudia el riesgo teratogénico del uso de determinadas drogas y medicamentos durante el embarazo. Este tipo de categorizaciones no suele considerar constructos como el apego prenatal dentro de las influencias en el embarazo, pues la definición misma de agentes teratogénicos enfatiza en la condición que estos agentes externos produzcan daño físico congénito al feto, por lo que hacen hincapié prioritariamente en aspectos de orden biológico. Poco se estudia actualmente sobre la temprana relación que se establece entre la madre y su hijo/a por nacer, cuando de ella pudiese profundizarse y conocerse gran cantidad de aspectos que hasta ahora pudiesen haber sido pasados por alto. La necesidad de desarrollar más la teoría al respecto ha sido ya identificada por algunos autores: "The concept of MFA is relatively new and has not been well studied or defined" (Salisbury, Law, La Gasse y Lester, 2003, p. 1701).

La mayor parte de los estudios al respecto han sido trabajados por investigadores extranjeros (Cranley, 1981; Fonagy, Steele y Steele, 1991; Condon y Corkindale, 1997; Doan y Zimmerman, 2003; Young, 2013; DiPietro, 2010; Bordin y De Lima, 2010). Por otro lado, en la realidad nacional, la tendencia se repite. Algunos autores han generado su línea de investigación en apego prenatal (Poupin, 2009; Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo, 2008; Ossa, Bustos y Fernández, 2012; Grimalt y Heresi, 2012). Desde este punto de vista, la investigación en curso realizará un aporte significativo al desarrollo de la teoría del apego prenatal contextualizado en la realidad chilena y local. En una recopilación teórica de las investigaciones recientes sobre la materia, se plantea la necesidad de abordar ciertos vacíos en la teoría relacionados con aspectos sobre la expresión de la construcción del vínculo de apego, reflejados en asuntos tan naturalizados como las prácticas de cuidado que lleva a cabo la madre. Al respecto, Alhusen (2008) señala:

“While research on MFA has increased over the past 20 years, significant gaps remain in examining the relationship between MFA and aspects of prenatal care. A critical aspect of MFA, which has been inadequately addressed, is the relationship between MFA and health practices during pregnancy” (p. 325).

La línea de investigación en metodología cualitativa permite llevar esta investigación desde un enfoque distinto al planteado en otras investigaciones, puesto que, como se ha mencionado anteriormente, la metodología cuantitativa es la que se ha utilizado preferentemente para realizar investigaciones relacionadas con la temática del apego. De igual forma, Alhusen (2008) se refiere a este punto:

Finally, there is a need for more qualitative studies to be conducted (...), in an effort to further expand constructs while consequently improving measurement tools (p. 325).

De igual manera, Ross (2012) señala que el constructo ha sido trabajado mayoritariamente a partir de estudios cuantitativos, al mencionar “Current understanding of the maternal-fetal relationship is largely derived from medical and psychological studies using quantitative methods” (p.566). Por lo anterior, trabajar el presente estudio bajo el método biográfico, con una base epistemológica de tipo fenomenológico, resultaría una variante interesante y novedosa para producir conocimientos nuevos en la temática del apego prenatal.

La utilización del método biográfico permite llevar a cabo la obtención de información mediante la utilización del relato de vida, el cual es utilizado como una herramienta testimonial (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008), produciéndose así un acercamiento a la temática del apego prenatal desde un método distinto al cual se ha venido utilizando preferentemente, el que se ha centrado mayoritariamente en la construcción de instrumentos de orientación psicométrica y estandarizada (Speitzer y cols., 2004; Fonagy, Steele y Steele, 1991; Condon y Corkindale, 1997) para la obtención de información, dejando de lado y/o no considerando la información que pudiera obtenerse a partir del relato de vida.

Adicionalmente, esta investigación representa además una relevancia de tipo metodológica. Los principios del método biográfico tienen relación directa con la psicología y la investigación. La psicología es una disciplina que se aproxima a la vida del ser humano dentro de su contexto sociocultural particular, y la investigación a su vez corresponde a un trabajo que no puede hacerse ajeno a estas consideraciones ante su objeto de estudio (Correa, 2009). El mismo autor plantea que si bien la aproximación biográfica, como método de investigación, permite un ordenamiento objetivo de ciertos hechos determinantes en la vida, también da pie a la búsqueda de sentido de parte de quien narra, al darle especial énfasis a la vivencia y su consiguiente significado: la forma particular en que aquel individuo otorga contexto a su historia, en el plano cultural, social y emocional. En este sentido, el método biográfico se caracteriza especialmente por validar el significado particular otorgado a la vivencia desde su propio/a protagonista (Correa, 2009).

En otro plano, se ha enfatizado en la importancia del establecimiento de vínculos de apego seguro entre la madre y su hijo/a pues se ha comprobado que éstos son positivos predictores de la forma en que éste/a último/a se enfrentará al mundo posteriormente (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Hoy en día se sabe que los fetos en desarrollo son mucho más activos de lo que anteriormente se creía. Se tiene conocimiento que un feto puede oír desde los 6 meses y que también posee la capacidad de reconocer el timbre de la voz de la madre, respondiendo a estimulaciones sonoras, a organizaciones lingüísticas como la entonación de la voz, el acento tónico, y el contorno musical (Poupin, 2009). Estas manifestaciones de vínculo temprano merecen ser profundizadas a través de la exploración de la vivencia de las propias madres, a fin de acceder desde lo personal a la forma en que

se construye este vínculo en particular. Lo anterior implica que esta investigación pudiera potencialmente generar nuevas ideas que fomenten competencias parentales y la adopción de conductas orientadas a la promoción del apego prenatal y sus efectos en la crianza, por lo que también reviste una relevancia de tipo disciplinaria dentro del quehacer de la Psicología. Laxton-Kane y Slade (2000) señalan que un área importante del cuidado antenatal que ha sido poco investigada tiene relación con los comportamientos relacionados con el cuidado de la salud maternal. Han sugerido que niveles bajos de apego prenatal podrían relacionarse con formas de abuso fetal (Laxton-Kane y Slade, 2000). En términos de lo que denominan abuso fetal pasivo, estos autores señalan que una mujer gestante que abuse del tabaco, del alcohol, o que presente desórdenes alimenticios, podría tener niveles menores de apego prenatal. Desde allí plantean que intervenir en aumentar el apego prenatal podría llevar a aumentar la responsabilidad parental hacia el feto y, de forma subsecuente, ayudar a involucrar a la madre en comportamientos saludables como dejar de fumar o beber durante el embarazo. Esto requería, según los autores, trabajar con las madres a nivel de sus representaciones sobre la maternidad.

4. PREGUNTAS Y OBJETIVOS

4.1 *Pregunta Principal*

¿Cómo vivencian el Apego Prenatal un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillán?

4.2. *Objetivo Principal*

Comprender la vivencia del Apego Prenatal de un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillán.

4.3 *Preguntas Secundarias*

1. ¿Cómo se vinculan afectivamente las mujeres primigestas con su bebé intrauterino?
2. ¿Qué conocimientos tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo?
3. ¿Qué prácticas específicas de cuidado son desplegadas por las mujeres primigestas en la formación del vínculo de apego con sus bebés intrauterinos?
4. ¿Qué prácticas específicas de interacción son desplegadas por las mujeres primigestas en la formación del vínculo de apego con sus bebés intrauterinos?

5. ¿Cómo vinculan las madres primigestas a otras personas a su propio proceso de gestación?
6. ¿Cómo imaginan las madres primigestas que será el vínculo pre y post-parto con su hijo/a?

4.4 Objetivos Específicos

1. Comprender el vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino.
2. Caracterizar los conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo.
3. Caracterizar prácticas específicas de cuidado en la formación del vínculo de Apego Prenatal con el bebé intrauterino.
4. Caracterizar prácticas específicas de interacción en la formación del vínculo de Apego Prenatal con el bebé intrauterino.
5. Reconocer la vinculación que personas externas tienen con el proceso de gestación.
6. Describir el imaginario de mujeres primigestas en relación al vínculo pre y post-parto con su hijo/a.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

Vínculo

Para Pichón-Riviere (1985) el vínculo es “la manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento” (p.22). Desde allí, este autor plantea que esta conexión puede establecerse de variadas maneras, desde aquella que es planteada como normal hasta sus variantes patológicas, dentro de las cuales se han establecido los vínculos de tipo paranoico, caracterizado por la desconfianza; depresivo, caracterizado por un constante sentido de culpa; obsesivo, relacionado con el orden y el control; el hipocondríaco, en el que el sujeto establece su salud y quejas en otros; y el histérico, que posee una marcada plasticidad y dramaticidad (Pichón-Riviere, 1985).

La idea de vínculo se une a la de apego cuando se anexa a un proceso por el cual se construye un lazo emocional. En relación a esto, Young (2013) ha señalado:

“Bonding is a crucial process that is formed between a child and their parents. This process is evidenced through socio-emotional, sensorimotor, and physical indicators. Both the mother and the father can support positive bonding, beginning during pregnancy” (p.11).

El proceso de construcción del vínculo de apego prenatal se gesta en lo más subjetivo de la relación entre la madre y su bebé intrauterino. Aquella subjetividad está determinada por las características propias de cada mujer que vive el proceso de gestación, lo que da origen a una realidad que es propia para cada madre, y que en último término se expresa en el concepto de vivencia. Por vivencia se entiende una experiencia viva y humana, ante todo una elaboración individual a partir de lo que se experimenta, y que se caracteriza por la actuación de todas las fuerzas psíquicas en su origen. La vivencia refiere lo que un/a individuo/a ha aprendido y vivido, a partir de lo que se genera una elaboración personal, que termina siendo una objetivación de la experiencia. Es esto lo que le da el carácter único e individual a este proceso (Gadamer, 1999, citado en De Souza, 2010).

Además, en ella intervienen tanto las condiciones históricas como las influencias del mundo exterior, que a su vez afectan las emociones y pensamientos de la madre. Debido a la influencia de ambos componentes, es que la vivencia se transforma en una experiencia de carácter individual, la cual está cargada de un sentido colectivo, debido a la influencia que ejerce el mundo exterior que rodea al individuo (Dilthey, 1949, citado en De Souza, 2010). A partir de esta clarificación, puede establecerse que ante una misma realidad o hecho particular, distintos individuos tendrán diversas vivencias, todas ellas construidas en base a la personalidad propia, reflexiones personales, intereses y el lugar particular de cada uno de ellos en la sociedad (De Souza, 2010).

Las circunstancias subjetivas de la madre gestante, es decir, el cúmulo de sus propias experiencias y vivencias durante el embarazo, además de la forma particular en que ésta les otorgue significado, tienen un grado de impacto sobre el bebé intrauterino. Poupin (2009) señala que el hijo/a por nacer se desenvuelve y desarrolla dentro de un ambiente con un

contexto humano, el útero. Por tanto, afirma que las vivencias de armonía, o por el contrario, las adversidades que su madre enfrente durante el embarazo, tendrán un correlato en el desarrollo del íntimo vínculo de apego en desarrollo entre ambos/as.

Odent (2005) plantea, de hecho, que durante el período de gestación las vivencias que tenga la madre tendrán efectos irreversibles a lo largo de su propia vida. Plantea una conexión entre los eventos traumáticos sucedidos durante el embarazo y efectos físicos y psicológicos en niños/as e incluso adultos. Entre estos eventos, los que tendrían un grado importante de incidencia negativa serían el abuso de sustancias, hambre crónica y la anoxia en el momento del parto. El impacto de las vivencias es superior, de hecho, Odent (2001) agrega que la incidencia de los estados afectivos vivenciados por la madre durante la gestación tienen un efecto en la capacidad para sociabilizar y amar que resulta incluso más importante en la vida del niño/a que si estos hubieran sido experimentados durante el primer año posparto.

En esta misma línea, se ha planteado que el estrés materno durante la gestación torna más vulnerables a los fetos hacia enfermedades mentales e incluso al padecimiento de problemas conductuales posteriores. El estrés es, por tanto, un factor de riesgo importante durante el proceso de gestación (Van den Bergh, Mulder, Mennes y Glover, 2005). Cabe destacar que en el embarazo existe un proceso de ajustes emocionales en la madre desencadenado, entre otras cosas, debido a la mayor segregación de hormonas del estrés: cortisol-betaendorfina y noradrenalina. Una investigación ha señalado que estas hormonas pudieran afectar la organización cerebral del feto e impactar su capacidad futura para afrontar el estrés (Verny y Weintraub, 2003).

Apego

En términos de apego, John Bowlby, considerado el padre de esta teoría, definió el constructo como el vínculo afectivo que una persona establece con otra. Este se caracteriza por la necesidad de proximidad física y emocional que se manifiesta a través de cogniciones, emociones y conductas. Se ha determinado su origen en la primera relación madre-hijo/a, aunque también ha sido estudiado a partir del vínculo que se establece en relaciones de pareja. A partir de ello, el autor definió que el apego posee un rol fundamental en el establecimiento de vínculos posteriores, pues el desarrollo de un vínculo seguro temprano

se constituye como un modelo predictor de la forma en que el/la niño/a establecerá relaciones con otras figuras a lo largo de su vida (Bowlby, 1998). La teoría original del apego propuesta por John Bowlby emergió a partir de una combinación de conceptos que tomó desde distintas áreas del conocimiento: etología, cibernética, psicología del desarrollo, teoría del procesamiento de la información y, en cierto grado, psicoanálisis. Bowlby daba especial importancia al constructo de apego como un sistema de comportamientos prioritariamente evolutivo, con una base biológica y que respondía a la meta primaria del bebé de asegurar el grado de proximidad física a la madre para garantizar su propia supervivencia. Más tarde el autor llegaría a postular que el apego podría incluir ciertas metas psicológicas como parte del desarrollo del niño/a y su madre, pero continuó insistiendo en que el apego era un sistema de comportamientos que no respondía necesariamente a fuerzas inconscientes. Esta perspectiva biologicista que permite entender el constructo alejó su teoría del psicoanálisis predominante en su época (Bretherton, 1992). Debido a lo anterior, se considera que las contribuciones de John Bowlby abrieron la puerta a una nueva línea de investigación en Psicología.

Su contemporánea, Mary Ainsworth, desarrolló de igual manera un aporte muy valioso a la entonces creciente teoría del apego, al tiempo que se desmarcó de la concepción biologicista de Bowlby, al postular que el proceso por el cual se construye el apego pudiera incluir también ciertos aspectos psicológicos además de otorgarle importancia en ello a los comportamientos maternos (Brandon, Pitts, Denton, Stringer y Evans, 2011). En su estudio publicado en 1960, Ainsworth detalla los pormenores de su experimento, “La Situación Extraña”, en la que sometió a un grupo de niños a una separación temporal de sus madres y/o cuidadores/as, a fin de observar las reacciones de los infantes ante este escenario. Se considera que este fue el primer intento por capturar científicamente la activación del sistema de comportamientos de apego entre la madre y su hijo (Ainsworth y Wittig, 1969). Tras la experimentación, descubrió que los niños y niñas reaccionaban de diferentes formas, por lo que concluyó más tarde que cada estilo de apego configuraba una estructura particular, que derivaba en distintas formas de afrontamiento de la situación, ya fuese al explorar el entorno en presencia de su cuidador/a, así como también al reaccionar ante la ausencia de éste/a, ante la presencia de un extraño y también frente al retorno de la figura adulta significativa a la sala de experimentación (Fonagy, 1999). Más tarde, Ainsworth

y cols. (1978) desarrollarían una nomenclatura de estilos de apego hecha a partir de los resultados de la experimentación que continúa estando vigente hasta al día de hoy. Los tipos de apego fueron diferenciados como seguro, ansioso-ambivalente y evitativo. Adicionalmente, los mismos investigadores observaron que los comportamientos desplegados por las madres revelaban su grado de compromiso con el mundo emocional de sus bebés. Esto, que en principio categorizaron como “sensibilidad”, era evidenciado en aquellas madres capaces de entrar en sintonía con las señales de sus bebés, además de interpretarlas apropiadamente, responder de forma adecuada a ellas y reaccionar puntualmente en un margen de tiempo que no provocase excesiva frustración a sus hijos/as (Brandon, Pitts, Denton, Stringer y Evans, 2011).

Estos dos investigadores sentaron las bases de la incipiente teoría de apego, que se desarrollaría profusamente en adelante. Sin embargo, hasta entonces, las contribuciones en cuanto al constructo se desarrollaban mayoritariamente conceptualizándolo desde el nacimiento en adelante.

Apego prenatal

Se considera que uno de los primeros acercamientos hacia una idea de lo que sería considerado más tarde el apego prenatal, vino de la mano de Reva Rubin, una enfermera de Chicago, USA, especializada en cuidado maternal, quien ya en 1967 postulaba que en su trabajo con mujeres embarazadas había notado que el vínculo inmediato que se producía entre la madre y su hijo/a recién nacido/a tras el parto era una consecuencia de procesos prenatales. Con ello hacía referencia a que el embarazo, como hito en la vida de las madres, implicaba el logro de una tarea fundamental, que definió como Obtención del Rol Maternal (MRA, por sus siglas en inglés). EL MRA fue descrito como un proceso cognitivo-social aprendido, recíproco e interactivo, que en último término lleva a las madres hacia la llamada Identidad Maternal, caracterizada por una sensación de aceptación y agrado ante la asunción del rol de madre (Rubin, 1967). La autora identificó cuatro tareas específicas que observó en las mujeres que se encontraban en camino a convertirse en madres: 1. Buscar un buen pasar para ellas y sus bebés, 2. Asegurar que el bebé sea aceptado por otros significativos, 3. “Unirse” y 4. Entregarse a sí misma (Brandon, Pitts, Denton, Srtinger y Evans, 2011). Rubin nunca llegó a utilizar el término “apego”, aunque sí postuló que:

“By the end of the second trimester, the pregnant woman becomes so aware of the child within her and attaches so much value to him that she possesses something very dear, very important to her, something that gives her considerable pleasure and pride” (Rubin, 1975, p. 145).

Durante esta misma época, otro grupo de investigadores evidenció las primeras sugerencias empíricas de una conexión prenatal tras observar las intensas reacciones de duelo que vivían las madres que sufrían abortos espontáneos durante su embarazo. Postularon que en la medida que el feto se torna más humano mientras progresa el embarazo, eventualmente este se convierte en un objeto amado para la madre, concebido por ella tanto como una extensión de sí misma, y así también como un objeto independiente (Kennel, Slyter y Klaus, 1970). Estas investigaciones comenzaron a acentuar la etapa del embarazo como el origen del apego, contrario a lo que se consideraba durante aquella época: que el apego era un vínculo necesario e importante, pero siempre conceptualizado como un proceso que tenía inicio tras el parto.

Posteriormente, una serie de autores ampliarían esta idea hasta transformarla en lo que hoy se conoce como apego prenatal. El constructo ha sido abordado por varios autores y desde distintas perspectivas. Algunos investigadores se han dedicado a construir definiciones de apego materno-fetal (Cranley, 1981; Doan y Zimmerman 2003, Muller, 1993). Otros han ampliado las definiciones al hacer hincapié en la importancia de redes de apoyo durante el embarazo para favorecer el desarrollo de un buen apego prenatal (Condon y Corkindale, 1997). Por otro lado, otros autores han determinado la existencia de determinadas conductas orientadas al autocuidado durante el embarazo, que han sido conceptualizadas como predictores de mejores niveles de apego prenatal (Laxton-Kane y Slade, 2002).

Cranley (1981) se convirtió en la primera investigadora en utilizar el término apego prenatal, señalando que involucraría conductas que representan la afiliación e interacción con el/la hijo/a no nacido/a, siendo de gran importancia en ello las prácticas de interacción, cuidado y dedicación desplegadas por la mujer embarazada. Dentro de las prácticas de interacción más importantes se han categorizado a aquellas relacionadas con la comunicación, que

involucran conductas como hablarle, cantar, llamar e imaginar al bebé intrauterino y comunicarle los pensamientos que se tienen respecto de él/ella (Poupin, 2009).

Se ha propuesto que la temprana relación madre-hijo/a tendría su origen desde el embarazo, a partir de las vivencias de la madre hacia sí misma y hacia el bebé intrauterino en desarrollo, las que se manifiestan en la forma de emociones, sentimientos y pensamientos (Poupin, 2009).

Condon y Corkindale (1997, en Doan y Zimmerman, 2003) definieron este constructo como “el lazo o enlace emocional que normalmente se desarrolla entre la madre embarazada y su hijo/a no nacido” (p.359).

Müller (1993) es otra de las investigadoras que ha llevado su línea de estudios en relación al constructo de apego prenatal. Ella lo definió como “la relación única de afecto que se desarrolla entre una madre y su feto. Estos sentimientos no son dependientes de los sentimientos que la mujer tiene sobre sí misma como una mujer embarazada o su percepción de sí misma como madre” (p.11).

El apego prenatal se relacionaría también con ciertas habilidades cognitivas y emocionales desplegadas para conceptualizar a otro ser humano. Las habilidades cognitivas han sido evidenciadas en lo que Bowlby (1980) definió como modelos operantes internos. Estos han sido definidos como una representación mental de sí mismo/a, que a su vez incluye la representación de sí-mismo/a en interacción con una figura de apego en un contexto en el que existe una importante carga de afecto (Bowlby, 1995). Lowdermilk, Perry y Bobak (2002) han señalado que durante el embarazo la mujer fantasea constantemente acerca de su maternidad, lo que la llevaría a recordar sus propios modelos maternos y experiencias tempranas. Los mismos autores han establecido una conceptualización basada en tres etapas en la relación madre-feto. En la primera de ellas, la mujer acepta el embarazo, centrando su pensamiento en el proceso de asimilar la noticia y la dificultad para asumir la realidad de la existencia del feto. En una segunda fase, la mujer acepta la existencia de otra persona, separada de sí misma, alrededor del quinto mes de gestación. Este cambio facilita a la madre el relacionarse con su futuro hijo/a, aumentando las fantasías respecto de las características imaginadas de él/ella. Finalmente, en la última etapa existe un proceso de

re-ajuste orientado a la preparación para el momento del parto y la crianza de su nuevo/a hijo/a.

Los Modelos Operantes Internos se relacionarían directamente con la habilidad de fantasear con el bebé, e impactarían significativamente en la forma en que los padres se ven involucrados en relaciones de cuidado (Bowlby, 1980). Adicionalmente, Doan y Zimmerman (2003) añaden que al haberse cuantificado los modelos operantes internos de padres que esperaban hijos, se descubrió que la gran mayoría de ellos poseía una representación mental del feto que incluía una personalidad propia atribuida por los cuidadores de forma previa al nacimiento. Las fantasías sobre el feto en desarrollo serían otro factor constituyente de habilidades cognitivas necesarias para el desarrollo del apego prenatal. Cranley (1981) indicó que otorgarle al feto características físicas y emocionales se relacionaba positivamente con el apego prenatal. Doan y Zimmerman (2003) reportan que ya en la década de 1970 se había observado que, en condiciones de embarazo deseado, estas fantasías se hacen más detalladas y desarrolladas a medida que avanza el proceso de gestación (Leifer, 1977). Por otra parte, a nivel de las habilidades emocionales, Doan y Zimmerman (2003) señalan que la mayor parte de los estudios se han focalizado en el efecto de la ansiedad específica durante el embarazo y la depresión. Gaffney (1988) concluyó en un estudio la existencia de una correlación inversa entre el estado ansioso y el apego prenatal. También Condon y Corkindale (1997) evidenciaron en una investigación dirigida con mujeres embarazadas que el puntaje global que las gestantes marcaban en la Escala de Apego Antenatal Maternal se veía impactado de forma negativa e importante cuando existían altos niveles de ansiedad ante el embarazo. En cuanto a la depresión, como cuadro clínico, se constituye como uno de los predictores más significativos de un apego prenatal en niveles bajos, algo que ha sido constatado en diversas investigaciones (Lindgren, 2001; Pelton, 1994; Condon y Corkindale, 1997). Por el contrario, la empatía se ha correlacionado positivamente con el apego prenatal. En este caso, Doan y Howell (1998) examinaron el apego fetal y la empatía en un estudio. Los estudios mostraban que la empatía de la madre hacia el feto terminaba siendo una de las variables que más influía en el desarrollo de mayores niveles de apego prenatal.

Además de las habilidades ya mencionadas, la formación del apego prenatal dependería de las características del embarazo, el grado de conocimiento que la madre posee acerca del desarrollo fetal, la relación de pareja, las redes de apoyo con las que cuenta y que el embarazo haya sido deseado (Poupin, 2009). El apego prenatal puede verse influenciado de forma positiva por factores que se relacionan, entre otras cosas, con la disposición de la madre hacia el embarazo, su red de apoyo y el ambiente en que se desenvuelve. De igual manera, puede verse afectado negativamente por prácticas como el abuso de sustancias e incluso por montos de ansiedad prolongados en la madre (Aparna, Appleton y Kupesic, 2012).

Una interesante interrogante que surge es qué sucede con el apego materno-fetal en las circunstancias de un embarazo no deseado. Speizer y cols. (2004) plantean que una dificultad fundamental para los investigadores en fertilidad es cómo abordar los vacíos en la planificación familiar dentro de los servicios de salud reproductiva. Al respecto indican que uno de los indicadores de estos vacíos se relaciona directamente con la alta tasa de embarazos calificados como 'no deseados', lo que normalmente se asocia a mayores riesgos para la gestante y el bebé en desarrollo. El problema, según los autores, estaría en definir correctamente lo que se entiende por cada una de las categorías, al considerar que existen embarazos que se etiquetan como 'no deseados' por haber ocurrido con más prontitud de la esperada por la futura madre o por fallos de la contracepción. Surge la interrogante respecto de qué sucede en estos casos. Trusell, Vaughan y Stanford (1999) han estudiado esta especie de vacío teórico. Al respecto, señalan que claramente no todos los embarazos no deseados constituyen fallos en el uso o funcionamiento de los métodos anticonceptivos, pues estos pueden ocurrir cuando no se está haciendo uso de medidas contraceptivas, y enfatizan que esto es algo que ocurre en casi la mitad de todos los casos que se califican como embarazos no deseados. Por otro lado, refieren que erróneamente podría asumirse que todos los embarazos que ocurren por fallos contraceptivos podrían considerarse como no deseados, en asunción que las mujeres que desean obtener un embarazo probablemente no estén haciendo uso de anticoncepción. Entonces aclaran que la definición estándar de 'fallo contraceptivo' proviene de pruebas clínicas sobre eficacia de métodos anticonceptivos. En ellas se clasifica a las mujeres como expuestas al riesgo de embarazo no deseado siempre que estén haciendo uso de algún método anticonceptivo,

incluso si lo hacen de forma errónea. Por lo tanto, cualquier embarazo ocurrido a una mujer que reporte usar anticoncepción se clasifica como 'fallo contraceptivo', y en consecuencia, como un embarazo no deseado. El estudio de Trusell, Vaughan y Stanford (1999) buscó determinar el grado en que los embarazos por 'fallo contraceptivo' eran efectivamente no deseados. Concluyeron que del total de embarazos calificados como 'fallo contraceptivo', el 68% de ellos eran embarazos no deseados, al tiempo que solo 59% de las mujeres clasificadas como 'fallo contraceptivo' se categorizaron como 'poco contenta' o 'descontenta', frente a un 90% que se categorizó como 'fallo contraceptivo' se denominaron como embarazo deseado y reportaron sentirse 'contentas' o 'muy contentas'.

Laxton-Kane y Slade (2002) señalan que en un embarazo no deseado podría ser más probable que el bebé no sea esperado y que, por tanto, menores niveles de apego prenatal se observen. Aun así, de igual manera señalan que estos niveles podrían aumentar en la medida que el mismo embarazo estimula el apego prenatal, a través de una serie de características propias del proceso, como la percepción de movimientos fetales o el acceso y la experiencia de los controles médicos durante la gestación. En cuanto al primero de los factores mencionados, Poupin (2009) señala que la aceptación de los movimientos fetales se constituye como un evento favorable para el desarrollo de la futura madre y la relación con su bebé intrauterino. Lerum y LoBiondo-Wood (1988) desarrollaron un estudio para relacionar la edad de la madre, los síntomas físicos del embarazo y la percepción de movimientos fetales con los niveles de apego prenatal. El estudio fue realizado con 80 mujeres primíparas y multíparas, 32 de las cuales no habían experimentado movimientos fetales frente a otras 48 que sí lo habían hecho. La investigación concluyó que no existía mayor relación entre la edad de la madre y los síntomas físicos del embarazo con el apego prenatal. Sin embargo, sí encontraron una correlación significativa con la percepción de movimientos fetales por parte de la madre y la relación de apego establecida con el/la hijo/a.

De igual manera, Laxton-Kane y Slade (2002) han señalado que el apego prenatal comenzaría a hacerse más observable a partir de la décima semana de gestación, pues se esperaría que la madre, en aquel momento, posea una mayor consciencia de sí misma a nivel de sus representaciones mentales como una cuidadora a cargo de otro. El

reconocimiento de la existencia de este 'otro' es necesario para que comience a gestarse el desarrollo del apego (Laxton-Kane y Slade, 2002).

El bebé intrauterino es sin duda un ser humano en desarrollo, y como tal, es activo y reacciona ante los estímulos del medio. Los sentidos se desarrollan a medida que avanza el embarazo, siendo la audición uno de los que emerge con mayor prontitud. El oído aparece en la tercera semana tras la concepción, y ya es funcional hacia las 16 semanas. El feto puede oír a las 24 semanas de desarrollo gestacional. Los sonidos causan vibración, que se transmite libremente a través del líquido amniótico, que posteriormente estimula al mismo bebé intrauterino (Poupin, 2009). Verny (1988) ha documentado el nexo memorístico que existe en niños tras varios años de vida posnatal, que tienden a manifestar preferencia por ritmos y melodías a las que fueron expuestas durante su desarrollo uterino.

En torno a los 40 días de gestación, el esqueleto del embrión ya está formado. Pronto aparecen los reflejos, que serán posteriormente su vía de comunicación predilecta con la madre. Hacia las 18 semanas de gestación, el bebé intrauterino es enérgico y se mueve con frecuencia, estirándose y flexionando sus músculos dentro del útero (Poupin, 2009).

El desarrollo del cerebro se gesta de forma casi tan rápida como lo hace el mismo bebé intrauterino. Se considera que hacia los 5 meses de gestación el cerebro ya se torna capaz de desarrollar funciones relacionadas con el aprendizaje. Estos conocimientos no son nuevos. Birnholz, Stephens y Farías documentaban ya en 1978 que desde la aparición de la ecografía como método de observación del feto en su ambiente natural, se ha evidenciado la respuesta emocional de los fetos reflejada en sus rostros. Los fetos son capaces de conectar con los estados emocionales de sus madres, manifestando sus respuestas a través del movimiento, el lenguaje corporal y los patrones de respiración.

Por otra parte, y de forma simultánea al desarrollo de la teoría del apego prenatal, se han generado algunos instrumentos y/o escalas de medida para el constructo. Actualmente se dispone de cuatro escalas principalmente. Cranley (1981) desarrolló la Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS). Esta consiste en un instrumento de administración individual que consta de 24 ítems constituidos por preguntas que apuntan hacia comportamientos y

pensamientos de las madres que resultan indicativos de Apego Prenatal durante el embarazo. Las preguntas constan de 5 opciones de respuesta que van desde 1 (definitivamente no) a 5 (definitivamente sí). A nivel de resultados, los puntajes más altos se traducen en niveles positivos de apego prenatal (Abasi, Tafazzoli, Esmaily y Hasanabadi, 2013).

Por su parte, Condon (1993) creó la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAEAS). La base de este cuestionario es un modelo jerárquico de apego prenatal, diseñado por el mismo autor. En él, el amor de la madre hacia su feto se considera la experiencia más nuclear del apego prenatal. A partir de esta consideración, se generan cinco disposiciones maternas hacia la figura del feto: conocer; estar con el feto; evitar la separación y/o pérdida; gratificar necesidades. Estas disposiciones, a su vez, se relacionan con comportamientos manifestados por la madre como la búsqueda de información, proximidad, protección y satisfacción con su feto. El autor desarrolló también, en el proceso de creación del instrumento, un modelo que consta de cuatro estilos de apego materno-fetales: positivamente preocupado, positivamente desinteresado, negativamente preocupado y negativamente desinteresado, a fin de categorizar a las madres tras la aplicación del instrumento (van Bussel, Spitz y Demyttenaere, 2010).

Por otro lado, la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) consiste en una escala de 19 ítems, que puntúan de 1 a 5. A su vez estos se basan principalmente en dos dimensiones: a) calidad y b) preocupación, ambas en relación con el bebé no nacido. La primera de ellas tiene que ver con factores netamente afectivos, por lo que apunta a medir experiencias emocionales como la cercanía desarrollada hacia el bebé, ternura, sentimientos positivos hacia la figura del bebé y los deseos de conocer más acerca de éste último, incluyendo incluso representaciones vívidas sobre él/ella. Por otra parte, la dimensión de preocupación se relaciona con factores que van en la línea de la cantidad de tiempo que dedica la madre pensando, hablando y soñando en relación a su bebé no nacido (Priel y Besser, 2010).

LoBiondo-Wood y Vito-O'Rourke (1990) dieron origen a la Prenatal Maternal Attachment Scale (PMAS). El sustento teórico para la formulación de esta escala está basado en la teoría de apego de Bowlby (1958), los postulados de Reva Rubin sobre comportamiento

maternal durante el embarazo (1975) e incluso la misma teoría de apego prenatal propuesta por Cranley (1981). Los ítems se constituyen en una escala Likert a cuatro puntas. La escala PMAS puede detectar diferencias en apego prenatal durante el embarazo y tiene una utilidad para estudios clínicos longitudinales que desean asistir en el establecimiento de mejores relaciones entre madre-hijo/a tras el parto. Adicionalmente, permite al investigador/a detectar diferencias en sujetas que han experimentado movimientos fetales y aquellas que no (Shipp, 1992).

Así también, Müller (1993) generó el Prenatal Attachment Inventory (PAI). Este instrumento está diseñado para cuantificar el apego prenatal, específicamente en su dimensión afectiva. La construcción estuvo basada en la adaptación de la literatura existente hasta la fecha de su creación (Alhusen, 2011). La escala consiste de 21 ítems en una escala Likert a 4 puntas donde las respuestas van desde “casi siempre” a “casi nunca”. Los puntajes totales pueden variar desde 21 a 48, donde los puntajes más altos indican niveles de apego prenatal mayores. Para garantizar su validez, cada uno de los 48 ítems originales fue revisado por un grupo de teóricos, enfermeras que proveían cuidados prenatales y mujeres embarazadas (Gau y Lee, 2003).

Fuera de las mediciones cuantitativas, se ha propuesto que las descripciones cualitativas sobre la adaptación maternal al embarazo indican que el apego materno-fetal se basa en representaciones mentales del feto. Estas podrían incluir, entre otras cosas, escenarios imaginados por la madre sobre la futura relación entre ella y su hijo/a, así como también atribuciones sobre las potenciales características físicas y emocionales del bebé por nacer (Salisbury, Law, La Gasse y Lester, 2003). Poupin (2009) sintetiza de forma muy clara esta idea:

“La madre está llena de fantasías preconceptivas en cuanto al bebé. Ella forma una unidad con el niño, siendo un complejo indivisible, mientras conviven en el embarazo, existe una interacción biológica, física y química a través de la unidad materno-feto-placentaria.” (p. 50).

Por otra parte, hay estudios que evidencian la relación entre las habilidades cognitivas de las madres y el apego prenatal. Esto se ha evidenciado en lo que Bowlby (1980) definió como modelos operantes internos. Como ya se ha mencionado anteriormente, se trata de representaciones mentales internalizadas desde la niñez, a partir de las conductas que se despliegan para lograr la proximidad de figuras de apego en momentos de ansiedad o estrés. George y Solomon (1996) plantearon que la capacidad de proporcionar protección a los/as hijos/as, como un aspecto fundamental del sistema de apego, surge como producto de una transformación de las experiencias relacionales tempranas de los mismos padres, sumadas a las representaciones que han emergido en ellos a partir de éstas. Por lo tanto, estos modelos surgen como resultado, en gran parte, de la experiencia del trato recibido de parte de los propios padres durante la infancia. De hecho, se forman en el curso de la niñez y atañen a la representación del sí mismo, como también a las principales figuras de apego. Se amplían y se modifican en determinados momentos críticos del desarrollo evolutivo, como la adolescencia y el primer embarazo. Es por esto que se considera que tienen un peso significativo en la transmisión transgeneracional de patrones de apego (Ammaniti, 1992). Por otra parte, cabe señalar que estos modelos se configuran como una estructura bastante estable y que perdura hacia la adultez, aunque se considera que pueden variar en el tiempo a partir de otras relaciones con nuevas figuras de apego ajenas a los padres, que podrían terminar por favorecer como también perjudicarlos (Pinedo y Santelices, 2006;). Instancias como una experiencia positiva de embarazo y el posterior proceso de maternidad, o incluso una sana relación de pareja, pudieran llegar a permitir redefinir los modelos operantes internos de la madre cuando estos son negativos (Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo, 2008). A su vez, otras investigaciones han apoyado lo recién señalado. Por ejemplo, se ha propuesto que una crianza positiva puede ser posible incluso en padres que han tenido experiencias tempranas negativas (Pearson, Cohn, Cowan y Cowan, 1994). Los padres que han experimentado condiciones de crianza adversas, en condiciones y contextos estresantes, pueden llegar a ser incluso tan buenos padres como aquellos que han desarrollado un apego seguro durante su infancia. La regulación del afecto de estos padres que han sido clasificados con apego seguro “obtenido” (por haberlo desarrollado tardíamente), suelen regular su propio afecto como lo harían padres con apego inseguro, pero funcionan de forma similar a los padres con apego seguro en cuanto a los comportamientos orientados hacia una crianza positiva (Priel y Besser, 2010).

Además, los Modelos Operantes Internos (MOI) poseen una incidencia particular en la forma en que los adultos despliegan sus estilos de crianza tras el nacimiento de los hijos/as. Se ha clasificado los MOI en cuatro distintas categorías, que a su vez se corresponden con los estilos de apego propuestos por Ainsworth y cols. (1978): seguro, ansioso-ambivalente, evitativo; además del estilo desorganizado/desorientado, propuesto posteriormente por Main y Solomon (1990). Al respecto, Main y Hesse (1990) postularon las siguientes categorías en cuanto a los estilos de maternidad y paternidad a partir de los MOI:

- El estilo *autónomo*, caracterizado por adultos que son capaces de responder a las necesidades de sus hijos/as, que resultan accesibles y sensibles emocionalmente a ellos y que, a su vez, permiten su progresiva autonomía. Este estilo propende a desarrollar hijos/as con apego seguro. Por otra parte,
- el estilo *preocupado* se equipara al estilo de apego ansioso-ambivalente, y se particulariza por adultos que son poco previsibles en sus respuestas a las demandas de contacto por parte de sus hijos/as.
- El estilo *rechazante* se evidencia en un patrón de evitación del contacto, que se manifiesta en una actitud insensible hacia sus hijos/as. Precisamente por ello esta tipología fomenta el desarrollo de un estilo de apego evitativo en los hijos/as. Finalmente,
- El estilo *no resuelto* se relaciona directamente con el patrón de apego desorganizado en los padres, que deriva en conductas particularmente confusas y poco estables en el contacto con sus hijos/as. Esta falta de consistencia sería un asidero ideal para el desarrollo de niños/as con apego desorientado/desorganizado.

En consecuencia, uno de los aspectos en que las representaciones mentales sobre la maternidad se hacen importantes tiene que ver con la transmisión de patrones de apego desde la propia experiencia de los padres hacia sus hijos. De igual manera, en relación al apego prenatal, existe también incidencia en la formación de estilos de apego a partir de la propia vida de la madre hacia su feto en desarrollo (Fonagy, Steele y Steele, 1991). El desarrollo de la Adult Attachment Interview (George, Kaplan y Main, 1985) permitió evidenciar estas pautas. Consiste en una pauta de preguntas y pruebas que buscan poner

de manifiesto la historia personal de apego y la evaluación de los efectos de esas experiencias en el funcionamiento actual en madres gestantes. Para esto, los resultados categorizan a las madres en diferentes estilos: Desentendido (D), Preocupado (E) o Autónomo (F). Al respecto se señaló que las madres clasificadas con estilo *Autónomo* no tienen mayores dificultades en hacer evaluaciones objetivas sobre sus propias experiencias de apego, incluso si estas han sido desfavorables. Estas madres no tienen mayores dificultades con asuntos irresueltos sobre su propia experiencia infantil y por lo tanto son más libres de responder a las necesidades de sus bebés. Por el contrario, aquellas madres calificadas como estilo *Desentendido* muestran haber aislado el componente emocional de sus experiencias tempranas de apego, caracterizándose por una idealización y dificultad en recordar estas vivencias. Esto se traduce en madres que poseen mayor dificultad para comprender la importancia del desarrollo de una relación de apego, lo que las torna insensibles y poco responsivas a las señales de sus bebés. Finalmente, el grupo de madres con estilo *Preocupado* suelen estar sobre involucradas con experiencias traumáticas. Muchas veces estas condiciones se asociaron con infancias en las que debieron asumir roles parentalizados. Por lo tanto, estas madres tienden a crear una imagen confusa de sus bebés, ya que no pueden separar la propia experiencia de apego con el apego que están construyendo con el feto en gestación, lo que da pie al desarrollo a un estilo de apego ansioso-resistente (Fonagy, Steele y Steele, 1991).

Una de las mayores utilidades de la Adult Attachment Interview reside en que se constituye como un método bastante útil para evaluar la forma en que un/a adulto/a ha logrado o –por el contrario–, permanece incapaz de reparar sus propias experiencias traumáticas infantiles. Las respuestas que se generan permiten evidenciar el grado de integración de la información que una persona posee a partir de sus propias vivencias, emociones, sensaciones e incluso el grado de conciencia sobre la propia experiencia temprana. El grado de coherencia o incoherencia en las respuestas es una señal clara de la resolución/no resolución del trauma (Walker, 2007).

Lo anterior resalta la importancia de la adquisición de patrones de apego seguro en el desarrollo de mejores estilos de crianza y disposición a la parentalidad, a partir del conocimiento que se tiene sobre la forma en que las pautas de apego trascienden a nivel

transgeneracional. Entonces surge la pregunta ¿Qué sucede en el caso de patrones de apego ansioso, evitativo o desorganizado? El trauma no resuelto tiene una serie de implicaciones. En primer lugar, predispone al apego desorganizado, como se mencionó anteriormente. Por otra parte, la irresolución del trauma puede llevar a lo que se conoce en teoría de apego como *recreación narrativa*, en la que el trauma se manifiesta en una conducta de repetición, por lo que la madre y/o el padre muy posiblemente tratarán a sus hijos/as de la misma manera en que fueron tratados/as. Esto se hace particularmente más riesgoso si la experiencia temprana implicó crueldad y/o agresividad en el trato, pues el cuidador podría llegar a identificarse con su agresor y, por consiguiente, cumplir su rol como una defensa ante la propia vivencia negativa. Así, el riesgo de conductas de abuso infantil se hace más probable, todo esto como una forma en que el/la adulto/a pretende vengarse por lo vivido, convirtiéndose, por tanto, en un padre/madre negligente (Walker, 2007).

Representaciones mentales

La habilidad de fantasear con el bebé en desarrollo también está ligada estrechamente a los modelos operantes internos de la madre. Doan y Zimmerman (2003) mencionan que existe evidencia y hallazgos que sugieren que muchos padres poseen una representación mental de su feto que incluye también una idea sobre su potencial personalidad. Zeanah, Keener, Stewart y Anders (1986) demostraron en un estudio que las parejas que esperaban un futuro hijo presentaban representaciones mentales sobre la potencial personalidad e incluso el temperamento del bebé, las que se mantenían significativamente estables durante el embarazo y que, de forma más relevante, permanecían estables a la edad de un mes del recién nacido, lo que reveló una continuidad entre las percepciones prenatales y postnatales. El hecho que las madres posean una representación mental de sus fetos ha sido relacionado, por varios autores, como un indicativo de la capacidad de conceptualizar al bebé en desarrollo como una persona separada de sí misma como madre. Estas representaciones mentales serían además indicadores sanos del desarrollo de apego prenatal. Por lo mismo, se ha hipotetizado en el pasado que la carencia de estas fantasías mentales sobre el bebé en desarrollo podría tener que ver con una adaptación disfuncional al embarazo, que podría tener repercusiones negativas en la posterior relación madre-hijo/a (Cohen, 1979).

Las representaciones mentales que tenga la madre tendrán posteriormente impacto en su capacidad de regular los estados anímicos de su bebé una vez acabado el embarazo, además de incidir en la calidad del cuidado y atención que se brindará al futuro hijo/a. La calidad de las representaciones que genera la futura madre está relacionada estrechamente con su propia historia de apego (Grimalt y Heresi, 2012).

Taskin y Okman (2004) indican que las representaciones maternas poseen un lugar importante dentro de la línea de estudios sobre maternidad. Esto pues se constituyen como un objeto de estudio relevante, ya que a partir de ellas se aprende sobre la psicología del embarazo, la maternidad, la transición del embarazo a la maternidad y la relación entre el/la niño/a y la madre. Los mismos autores refieren que la relación que se gesta entre la madre y su feto no es una simple interacción sino que se establece como una relación sofisticada. Más allá de la relación que puede observarse, existe un profundo y gran nivel inobservable, que incluye, entre otras cosas, los recuerdos de las relaciones tempranas con su propia madre, como también sus fantasías, miedos, las tradiciones y los mitos familiares, experiencias personales y las presiones del momento actual. Esta serie de determinantes definen la relación entre la madre y su feto, al tiempo que la misma relación influencia a la madre. Ammaniti (1992) refiere que la relación entre una madre y su hijo durante el embarazo se desarrolla primero en un 'nivel fantasmático e imaginario' (p. 169), y que posteriormente se incluye una imagen más realista del bebé, en la medida que este entrega mayores signos de su existencia a lo largo del embarazo.

Cramer (1998, citado en Taskin y Okman, 2004) postuló que al momento de la concepción, una mujer no maneja mucha información sobre su futuro bebé, por lo que se ve en la obligación de llenar aquel vacío. Esto lo consigue haciendo uso de sus propias fantasías, representaciones y recuerdos de su propia infancia, que se proyectan al bebé en desarrollo.

Fava-Viziello, Antonioli, Cocci e Invernizzi (1993) refieren que las representaciones maternas del feto aumentan, alcanzando un gran nivel de complejidad y especificidad hacia el séptimo mes de gestación, cuando estas características comienzan un declive, lo que se puede considerar un "deshacer" de las representaciones positivas, para incluir en

ellas también aspectos negativos, posiblemente como una forma de evitar desilusiones tras el parto.

Sin embargo, si bien se ha mencionado ya que estas representaciones mentales dependen en cierta medida de las experiencias vitales anteriores de la madre, éstas pueden verse modificadas como producto del proceso de transformación personal que implica el embarazo como hito en la vida de la futura madre (Farkas, Santelices, Araneda y Pinedo, 2008).

Maternidad

De forma simultánea al proceso de desarrollo del apego prenatal y sus consiguientes prácticas y representaciones mentales, se gesta un nuevo hito en la vida de la madre, la maternidad. Se establecerá desde ya una diferenciación entre los conceptos de maternidad y fecundidad. El primero se refiere a un proceso psicosocial y el segundo apunta a un proceso netamente de naturaleza biológica. En primer término, la fecundidad se define como la intensidad de la procreación, que se obtiene como resultado de la actividad reproductiva de una persona o de una pareja. Se trata además de una actitud fisiológica para reproducirse, la cual posee determinantes biológicos (herencia, edad, esterilidad, ciclo de ovulación, mortalidad uterina, entre otros) y sociales (nivel educativo, estado conyugal) (León, Ocampo y Spath, 2005).

A partir del embarazo, la mujer gestante comienza a prepararse para vivir su propia maternidad. El camino a convertirse en madre implica, entre otras cosas, una serie de transformaciones personales. Éstas pueden tener que ver con la reorganización del propio mundo representativo (como se revisó con anterioridad), a través de la conjunción de los distintos modelos mentales que traen consigo el hecho de ser una mujer embarazada: el consiguiente y nuevo rol de madre, que ahora se debe compatibilizar con los roles de pareja y de pertenencia a la familia de origen, lo que en suma significa un impacto significativo en la identidad de la gestante (Grimalt y Heresi, 2012).

Por otra parte, se ha planteado que es esperable que los cambios evolutivos o maduracionales que vivencian las personas en la transición a convertirse en padres se vean reflejados en su forma de pensar sobre sí mismos y sus roles como padres/madres,

compañeros/as maritales, trabajadores/as y miembros de una familia (Pancer, Pratt, Hunsberger y Gallant, 2000).

Ya revisadas las definiciones de apego prenatal y el importante rol que juegan en el camino a convertirse en padres las representaciones mentales, surge la pregunta: ¿En qué momento se comienza a ser madre? Para algunos autores, la maternidad, como proceso, se inicia con el deseo de tener un hijo/a (Poupin, 2009), y continúa a través del desarrollo de la gestación, perdurando hasta el nacimiento y la lactancia, finalizando con la separación física de la madre y su hijo/a. Esta separación sucede aproximadamente en torno al final del primer año de vida extrauterina (Tobi, 2007, en Poupin, 2009). Para otros autores la maternidad es un constructo íntimamente vinculado al ciclo vital y desde la perspectiva psicodinámica de Erikson (1950, 1968, 1987) se sostiene que poder experimentar la maternidad dependerá de la madurez psíquica lograda a través de la resolución, por parte de la madre, de los conflictos planteados en las etapas anteriores del ciclo vital y sus respectivas crisis dentro de la teoría psicosocial del desarrollo humano planteadas por este autor (1950, 1968, 1987). Las demandas físicas y psicológicas del embarazo pueden variar significativamente entre una mujer con 15 años de edad y una de 40. La embarazada adolescente se ve enfrentada a lidiar con las demandas físicas y psicológicas que se suscitan en el proceso de desarrollo de su propia identidad, lo que pudiera resultar en un impacto significativo en sus niveles de apego prenatal (Laxton-Kane y Slade, 2002). Tras la resolución de la crisis de la adolescencia, se da paso a la adultez joven, y a su respectivo estadio, la intimidad v/s aislamiento (Erikson, 1950, 1968, 1987). Esta etapa coincide con el momento evolutivo de la adultez joven. Superar la crisis de esta etapa implica, entre otras cosas, desarrollar la capacidad de mantener una relación de intimidad saludable, con un partícipe amado, con quien compartir confianza mutua e intimidad sexual, ciclos de procreación y ocio, todo esto a fin de garantizar las mejores condiciones posibles a la futura descendencia (Bordignon, 2005).

En este sentido, más que el deseo de tener un hijo, sería fundamental en la maternidad que la mujer posea un nivel de seguridad en su propia capacidad para asumir la responsabilidad del embarazo y el cuidado de un bebé (Villareal, 2012). También se ha planteado que la construcción de la maternidad comienza a vivirse a partir de la influencia de los modelos

maternales observados en la infancia, familia de origen y contexto social (Bruschweiler-Stern, 1998, en Santelices, Olhaberry, Araneda, Tapia, y Pérez-Salas, 2007). En relación a este punto, se ha señalado que la teoría de apego de Bowlby (1951) podría dar una explicación plausible para la transmisión de los patrones de relación a través del tiempo, que pudieran también vincularse a la forma en que la maternidad se ve influida por modelos observados durante las primeras etapas del desarrollo (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Los patrones de interacción cuidador-niño/a se internalizan de forma temprana en la vida, impactando posteriormente en la forma en que este/a último/a evalúa sus propias experiencias relacionales e incluso sus expectativas ante el mundo (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Las vivencias, además de las potenciales angustias, logros y fallas en la maternidad podrían depender mucho en cada mujer de cómo han transcurrido fases anteriores de su propio ciclo vital (Villareal, 2012).

En el camino a convertirse en madre ocurren grandes procesos de transformación en el psiquismo de la gestante. Su identidad y sus roles se ven modificados. Hay una reorganización de los modelos sobre sí misma, como consecuencia de una modificación de su mundo representacional producto del embarazo. Se cruzan nuevos papeles, nuevos roles, tanto en función de sí misma como futura madre, como también hacia la familia de origen y la pareja, si esta existiese (Grimalt y Heresi, 2012).

La teoría señala, de igual manera, que si bien estas pautas aprendidas son modificables por la experiencia de vida, tienden a ser resistentes al cambio, por lo que continúan influenciando las relaciones que se establecen con otros durante toda la vida, pudiendo incluso transmitirse hacia siguientes generaciones (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Por otro lado, el mundo representativo de la madre incluye, por una parte, las interacciones de la madre con su bebé, pero también, y de forma importante, la totalidad de las expectativas y fantasías acerca del futuro del bebé en desarrollo. La configuración de este mundo representativo dependerá en gran parte del aprendizaje de la futura madre a partir de modelos cercanos significativos observados durante su propia historia de vida (Stern, 1997, en Santelices y cols., 2007). El embarazo proporciona a la gestante una oportunidad de cambio tanto en la concepción de los vínculos como de sí misma, porque llega a verse como una madre capaz y con recursos, que puede entregar algo valioso a otro que lo necesita (Santelices y cols., 2007).

Inclusión de otros/as al embarazo

El embarazo no siempre implica un proceso vivenciado sólo por la díada madre-feto, pues también se hacen partícipes de esta etapa en la vida de la futura madre otras personas externas: los cercanos significativos a la gestante, cuya influencia en el embarazo no es menor y merece ser discutida en este apartado de la investigación. Feldman (2012) habla de la importancia de lo que llama expectativas de apoyo, que define como la percepción personal de poder confiar en que se recibirá ayuda, si fuese necesario, de parte de personas cercanas ligadas a la red de soporte con la que una persona en particular cuenta. El soporte social de miembros de familiares y pares incluso ha sido descrito como un predictor importante y un componente crítico en el apego prenatal.

Cambios identitarios

Durante el embarazo, y como se ha revisado anteriormente, la mujer atraviesa por una verdadera crisis identitaria. Esto la sitúa en una posición en la que es esperable la aparición de cuestionamientos acompañados de fuertes contenidos emocionales. Es fundamental, en estas circunstancias, la compañía, apoyo, sostén y escucha del entorno vincular de la futura madre. De hecho, la forma particular en la que la futura madre responda al desarrollo del apego prenatal con su bebé intrauterino dependerá en gran medida de la funcionalidad familiar, la existencia o no de una pareja como figura de acompañamiento y de la percepción de redes de apoyo que tenga la propia madre (Poupin, 2009).

Es importante señalar que existen diferencias cualitativas en lo que respecta a vivenciar el embarazo por primera vez o con posterioridad a un embarazo anterior (Doan y Zimmerman, 2003). La experiencia de estar embarazada por primera vez -por ende ser primigesta- implica gran importancia para la mujer, ya que marca el inicio del camino hacia la maternidad y el llamado a prepararse para llegar a ser madre en el futuro. Este suceso implica un gran cambio, principalmente en el estilo de vida (Poupin, 2009). La necesidad de establecer cambios en la rutina diaria puede ser aceptada o generar sentimientos ambivalentes hacia el bebé intrauterino. Se ha documentado que este proceso no ocurre de la misma manera en embarazos posteriores (Smith, 1999; Speitzer, Santelli, Afbale-Munsuz y Kendall, 2004, en Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo, 2008). Al respecto, un estudio realizado en Estados Unidos con un total de 701 mujeres embarazadas,

dio como resultado que en el 62% del total de los casos el embarazo era no planificado o deseado cuando se trataba del primero en la vida de la mujer, versus un 53% de casos en que se presentaba esta misma condición pero en embarazos posteriores. Los autores terminaron concluyendo que, en el caso de las primigestas, existen mayores probabilidades de experimentar sentimientos ambivalentes y/o negativos hacia el bebé en desarrollo ante la alta probabilidad de que estos sean embarazos no deseados y/o planificados (Speitzer y cols. 2004).

Por otra parte, Berryman y Windridge (1996) reportaron en un estudio que un grupo de mujeres mayores de 35 años mostraban niveles de apego prenatal significativamente menores en relación a un grupo de mujeres entre 20 y 29 años. Concluyeron que esto podría tener relación con el aumento de los riesgos asociados a un embarazo a mayor edad, particularmente en las primeras etapas del desarrollo gestacional. Adicionalmente, estos autores notaron en su estudio que el apego prenatal tiende a aumentar progresivamente a medida que avanzan las semanas de gestación. (Berryman y Windridge, 1996).

El apego prenatal se manifiesta en determinados comportamientos, que conforman un compromiso personal hacia la figura del feto en desarrollo y la crianza. Se esperarían, en primer lugar, conductas orientadas al cuidado físico: auto-monitoreo en la alimentación y la abstención de sustancias nocivas como el alcohol o el tabaco. Por otro lado están aquellas relacionadas con el contacto afectivo (acariciar el vientre). De igual manera, la preparación por parte de la madre para recibir al nuevo integrante de la familia también se considera una práctica de autocuidado prenatal (comprar ropa de bebés y otros objetos necesarios para el cuidado del recién nacido, por ejemplo) (Salisbury, Law, La Gasse y Lester, 2003).

Lindgren (2011) comprobó que existe una relación directa entre el apego prenatal y las prácticas de salud positivas, tales como, atender regularmente a los controles de embarazo y el consumo de multivitamínicos. Lo anterior correspondería a que las mujeres que desarrollan un grado de apego al feto estarían más interesadas, de igual manera, en cuidarse a sí mismas durante el embarazo a fin de mejorar el bienestar general de sus bebés (Ross, 2012). En esta misma línea, el cuidado antenatal es definido como:

“acciones que promueven la salud, determinan el riesgo obstétrico y perinatal y adicionan intervenciones ligadas a la prevención de tales riesgos. Estas actividades requieren de esfuerzos cooperativos y coordinados de la madre, su familia y los profesionales de la salud (Ministerio de Salud, 2013, p.22).

Por otro lado, un estudio mostró que las mujeres embarazadas valoran el tener conocimiento del sexo que tendrá su futuro hijo/a, además de poder escoger su nombre. Una actividad importante para las gestantes es poder generar interacciones con sus hijos/as. Entre estas se cuentan: tocar el útero a través del abdomen, hablar, llamarlos por su nombre identificando su sexo y disfrutar la percepción de movimientos fetales. Otras instancias también permiten esta interacción: la exposición a controles gestacionales, ecografías, e incluso la misma preocupación de la madre por garantizar la salud de su futuro hijo/a (Piccinini, Gomes, Moreira y López, 2004).

Ya se ha mencionado que los niveles de apego pueden variar a medida que avanza el embarazo (Berryman y Windridge, 1996). En esta línea, la promoción del vínculo prenatal se constituye un área interesante de abordar por sus implicancias en el desarrollo de un vínculo de apego sano entre madre e hijo/a. Al respecto, algunas investigaciones han demostrado la incidencia positiva de los programas de educación maternal sobre el embarazo y su impacto en el desarrollo de mayores niveles de apego prenatal. En un estudio comparativo entre dos grupos de mujeres primigestas cursando el tercer trimestre de su embarazo, se demostró que aquellas que habían recibido cursos de educación sobre maternidad y gestación mostraban niveles de apego significativamente mayores al grupo que sólo había asistido regularmente a sus controles de embarazo, utilizando la escala de apego prenatal (MFA) de Cranley (1981) (Abasi, Tafazzoli, Esmailly y Hasanabadi, 2013). En otra investigación se demostró la efectividad en el desarrollo de apego prenatal de un curso básico sobre fisiología fetal y desarrollo del bebé impartido por enfermeras y matronas a mujeres primigestas, el que incluía encuentros de una hora de duración que consistieron, entre otras cosas, en sesiones de contacto físico con masajes al vientre, además de otras clases expresivas de danza y canto. Tres meses tras el nacimiento de sus bebés, el grupo de mujeres que había recibido el curso marcaba puntajes mayores en el Prenatal

Attachment Inventory (PAI) (Muller, 1993) en relación al grupo control de mujeres embarazadas (Bellieni, Ceccarelli, Rossi, Buonocore, Maffei, Perrone y cols., 2007).

Los controles ginecológicos durante el embarazo son una parte fundamental del proceso de gestación, con el fin de resguardar el desarrollo óptimo del bebé y detectar a tiempo cualquier irregularidad que pudiese presentarse. Sin embargo, la instancia del control médico puede tener también implicancias más allá del ámbito preventivo y de control, pudiendo transformarse en un precursor del desarrollo del vínculo materno-fetal. Se ha comprobado que las ecografías disminuyen la probabilidad de que la madre incurra en conductas riesgosas para el bebé, como el consumo de alcohol (Ekelin, Crang-Svalenius y Dykes, 2004). Los avances en ultrasonido están permitiendo a las mujeres tener mejores ideas acerca de los bebés que gestan. Además de ello, les otorgan una mejor comprensión visual de las estructuras fetales y el crecimiento de sus hijos/as. El ultrasonido le da a los padres una instancia para confirmar la existencia de una nueva vida, al poder visualizar al bebé en desarrollo, pero además de ello comprender que un nuevo miembro se hace parte de la familia (Aparna, Appleton y Kupesic, 2012). En el anteriormente mencionado estudio de Lerum y LoBiondo-Wood (1988) se comprobó que los escaneos de ultrasonidos estaban correlacionados positiva y significativamente con el apego prenatal. Los autores concluyeron que esto se debía a que el reconocimiento activo de la figura del feto es una contribución activa en el desarrollo del apego prenatal. Sin embargo, hoy en día el abanico de posibilidades en cuanto a la examinación de ultrasonido es más variado que en el pasado. Se dispone de ultrasonido bidimensional, tridimensional, e incluso tetradimensional. La pregunta que surge es: ¿afectan en alguna manera estos exámenes y sus modalidades al desarrollo del vínculo materno-fetal? Por una parte, Ji y cols. (2005) probaron las posibles diferencias que pudieran existir entre mujeres que recibían ecografías en dos y tres dimensiones durante sus embarazos, al evaluar, tras el parto, qué tanto habían compartido con otros las imágenes de sus exámenes, además de su habilidad para haber creado una imagen mental del bebé y comentarios que realizaban acerca de sus imágenes de ultrasonido. Las mujeres que habían tenido ecografías tridimensionales las mostraban a más gente. Además, tenían una mejor imagen mental de sus bebés tras la examinación en relación a las mujeres que habían recibido ultrasonido bidimensional. Por otro lado, Allison, Stafford y Anumba (2011) plantean que, en el caso de embarazos de riesgo, la instancia de

someterse a una prueba médica invasiva durante el embarazo pudiera aumentar los niveles de ansiedad de la madre, pues esta instancia, que busca confirmar/descartar la existencia de potenciales afecciones congénitas cromosómicas o estructurales, pudiera predisponer a las mujeres a centrar su atención y pensamiento en posibles alteraciones en el desarrollo de sus fetos (Kowalcec, Huber, Lammers, Brunk, Bieniakiewicz y Gembruch, 2003; Marteau, Johnston, Shaw, Michie, Kid y New, 1989).

5.2 MARCO EMPÍRICO

Se ha descrito ya la importancia de diversos factores durante el proceso del embarazo en la producción de un vínculo de apego prenatal entre la madre y su bebé intrauterino: habilidades cognitivas (capacidad de generar abstracciones y representaciones mentales sobre el feto en desarrollo) y emocionales (desarrollo de sentimientos hacia el bebé y empatía ante un otro en desarrollo); además de la importancia de la participación de personas significativas para la madre durante su proceso de gestación y la relevancia de las conductas de autocuidado que despliega la futura madre a fin de salvaguardar la integridad de su futuro/a hijo/a.

En la realidad nacional, cabe señalar que en Chile también se ha legislado respecto a la temática del embarazo. La Ley N° 20.379 (2009) creó en el país el Sistema Intersectorial de Protección Social. Este sistema se constituye como la base de programas Estatales en la línea de gestación y crianza. Bajo este alero se originó el programa Chile Crece Contigo, el cual se fundamenta en el principio básico de entregar a los niños y niñas nacidas en el país un acceso expedito a todos los servicios necesarios para cubrir sus necesidades y fomentar un buen crecimiento. La ya mencionada Ley, establece que todos los niños y niñas por nacer en Chile han de integrarse al programa Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el sistema público, y que deben ser acogidos y acompañados por el programa hasta su ingreso al sistema escolar (Ley N° 20.379, 2009).

El eje de acceso al sistema de Chile Crece Contigo es el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Este se desarrolla en la red asistencial de la salud pública, ejecutándose a nivel nacional en 29 Servicios de Salud. Está basado principalmente en el control y vigilancia del embarazo, al tiempo que promueve la salud durante la gestación y la primera infancia. Dentro de sus ejes de acción, destaca la línea de fortalecimiento del desarrollo prenatal

(Ministerio de Desarrollo Social, 2013). En este apartado del programa se enfatiza la importancia de la comprensión del desarrollo como un proceso biopsicosocial y la integración de la familia al cuidado y la protección del embarazo. En este sentido, una de las acciones específicas más importantes de este programa es el Fortalecimiento de Cuidados Prenatales, el cual se lleva a cabo entregando a las madres el Protocolo estandarizado para el ingreso al control prenatal, que incluye la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada EPsa a fin de detectar potenciales factores de riesgo en la gestación. Al mismo tiempo, se hace entrega a todas las madres de la Guía de la Gestación y el Nacimiento, titulada “Empezando a crecer”, la cual ha sido diseñada en versiones dirigidas hacia distintas pertenencias culturales, por lo que se encuentra disponible en idioma Español, Aymará, Mapudungún y Rapanui (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Dentro de esta guía destacan componentes dedicados a la educación a las madres sobre su propio proceso de gestación y los cambios físicos que experimentará tanto ella como el bebé intrauterino al desarrollarse. Al mismo tiempo, la guía enfatiza en la importancia de la inclusión del padre u otras personas significativas al proceso de gestación, significando en ello la importancia de la existencia de una red de apoyo para la madre durante el embarazo. Al respecto, en una sección de la Guía se señala la importancia de la figura de apoyo. Respecto a ella, señala que ésta se define como aquella persona en particular que entrega el mayor apoyo emocional y está atento/a de forma permanente a las necesidades de la madre. Si bien, la guía propone al padre como la figura de apoyo más usual, aclara que este rol puede ser adoptado por otras personas, como el/la futuro/a abuelo/a, hermanos/as o amigos/as de la madre, siendo lo más importante que esta figura esté presente de forma comprometida y permanente durante todo el proceso de gestación (Manns, 2007). De igual manera posee un apartado para la promoción de las prácticas de comunicación hacia el bebé intrauterino. En este sentido, la Guía Empezando a Crecer recalca *“Desde el comienzo de la gestación, toda la familia puede relacionarse con el niño o niña que está por nacer. Acciones simples crearán un vínculo desde antes de su nacimiento”* (p.19). Desde allí promueve prácticas como hablarle al bebé no nacido, ponerle música o sentir sus patadas para estimular el vínculo temprano (Manns, 2007).

En Chile, el nivel de fecundidad es expresado mediante la Tasa Global de Fecundidad (TGF). Esta da a conocer el número promedio de hijo/as que ha tenido una mujer al momento de concluir su edad fértil (comprendida entre los 15 y los 49 años). Como

condiciones para el cálculo de la TGF se ha delimitado que la mujer no debe haber estado expuesta a riesgo de muerte desde el inicio hasta el final de su edad fértil, y que además haya tenido sus hijos según el indicador de fecundidad por edad del período que se está estudiando (Instituto Nacional de Estadísticas, 2006). Durante los últimos años en nuestro país, los cambios que se han producido en los patrones reproductivos, de comunicación, la calidad de vida de la población, las condiciones sociales, la cultura y la edad de inicio de las relaciones sexuales, han producido una modificación de los aportes a los niveles de fecundidad y a la exposición a la maternidad (INE, 2006).

Siguiendo en la realidad nacional, el estudio del INE sobre Fecundidad (2006) determinó que en el país, las mujeres de edades comprendidas entre 25 y 29 años son quienes hacen el mayor aporte al nivel de fecundidad, significando más de un 25% de la fecundidad total de las mujeres chilenas en edades reproductivas (15 a 49 años). Asimismo, se determinó que a nivel nacional la edad promedio en que las mujeres tienen a su primer hijo/a es a los 28 años. Esta observación llevó a concluir, dentro del mencionado estudio (2006), que la fecundidad en nuestro país es de 'tipo tardío'. Las Regiones del Bío-Bío y Metropolitana son dos de las regiones del país que presentan este tipo de fecundidad tardía, además de presentar también niveles de fertilidad inferior al promedio nacional de 1.9 hijos por mujer.

Continuando en la línea de las cifras, en Chile la tasa de natalidad ha presentado un descenso sostenido desde 1965. En ese entonces, la cifra alcanzaba los 35,6 hijos/as por cada 1,000 habitantes. Sin embargo, a partir de ese momento se produjo una nueva disminución, aún más aguda que la anterior, que en términos prácticos significó que para el año 2000 la tasa fuese de 17 hijos/as por cada 1,000 habitantes. Ya en el año 2011, esta cifra alcanza los 14,4 hijos/as por cada 1,000 habitantes. Se ha concluido que esta tendencia se condice con la realidad mundial, que muestra un sostenido decrecimiento de la natalidad en países en vías de desarrollo y desarrollados (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

En esta misma línea, la fecundidad en Chile comenzó a presentar una caída progresiva desde 1979 en adelante. En aquel año tenía un valor que llegaba a los 2,72 hijos/as promedio por mujer. Esta cifra se mantuvo relativamente estable, permaneciendo hasta 1990 en 2,5 hijos/as por mujer. Sin embargo, tras el inicio de la década de 1990 se reduce a 2,08 hijos/as por mujer, baja que se sostiene hasta el año 2006. La tasa vuelve a reducirse

y aumentar levemente entre los años 2007 y 2011, en las que alcanzó los 1,87 y 1,90 hijos/as por mujer, respectivamente (MINSAL, 2013).

Más específicamente, la fecundidad también ha sido cuantificada en términos del grupo etario de las mujeres chilenas. Entre 1979 y 2010, la mayor reducción en el aporte a la fecundidad nacional se evidenció entre el tramo etario entre 20 y 29 años de edad. En 2006 se presentó un nuevo fenómeno en Chile, en el que un 16,3% de los nacimientos nacionales correspondieron a madres adolescentes menores de 20 años, respecto del total de nacimientos ocurridos e inscritos a nivel nacional. Desde aquel entonces la cifra ha mostrado tenues variaciones, habiendo descendido hasta llegar al 15,0% para el año 2011 (MINSAL, 2013).

En lo que respecta a mortalidad materna, el Estado de Chile ha asumido, en sucesivos gobiernos, la tarea de lograr el *Objetivo del Milenio*, que consiste en llegar a un máximo de 9.9 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos al año 2015 (MINSAL, 2013). El cálculo que se utiliza para fines de esta meta se realiza en términos de lo que se conoce como razón de mortalidad materna, que a su vez corresponde a:

“(...) el número de defunciones maternas por cien mil nacidos vivos. En Chile habitualmente se medía por 10.000 nacidos vivos y en teoría podría emplearse por 1.000 nacidos vivos. Los países de alto desarrollo, impusieron la cifra en relación a 100.000 nacidos vivos, como consecuencia de sus bajas tasas para informar en cifras completas, situación que se ha universalizado” (Herrera, 2003, p. 536).

En nuestro país, la cifra se ha mantenido sin mayor actividad entre los años 2010 y 2011, variando levemente entre una razón de mortalidad materna de 18,7 y 18,48, correspondientes a 49 y 46 defunciones por cada 100,000 niños/as nacidos/as, respectivamente. Ante la dificultad que ha representado para Chile lograr la cifra fijada como meta para el año 2015, el Ministerio de Salud ha hecho hincapié en la necesidad de *“establecer estrategias de acuerdo a los cambios epidemiológicos y demográficos, que aseguran a la madre y a sus hijos (as) una maternidad segura, con una atención materno-perinatal oportuna y de calidad”* (MINSAL, 2013, p. 15).

En cuanto a las investigaciones respecto del apego prenatal en la realidad nacional, ha de destacarse que esta no se constituye como una línea de investigación que haya sido abordada en extenso. En consecuencia, la bibliografía existente es relativamente reducida.

Sin perjuicio de lo anterior, en Chile se han dirigido algunos estudios e investigaciones que han integrado la temática del apego prenatal como eje. Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo (2008) desarrollaron un estudio con 139 mujeres primigestas entre 19 y 40 años, de niveles socioeconómico medio y bajo, residentes en Santiago. Realizaron una investigación de corte cuantitativo para correlacionar los estilos de apego de las madres con indicadores de ajuste socio-emocional a fin de observar cómo esta relación pudiese o no afectarles en la resolución del dinamismo que engloba el primer embarazo en la vida de una mujer, impactando al mismo tiempo sus habilidades para ser o no receptivas a las necesidades de sus hijos/as. Tras obtener los resultados, categorizaron a las madres según sus estilos de apego propuestos por Main y Hesse (1990). Observaron que el 63,3% de las primigestas tenían un estilo de apego *autónomo*. Otro 20,1% de la muestra poseía un apego de estilo *Preocupado*. Por otra parte, 15,1% de las mujeres fueron clasificadas con estilo *Rechazante*, y tan sólo el 1,4% del total se categorizó dentro del estilo *No resuelto*. Al mismo tiempo, observaron una correlación negativa y significativa entre el estilo *Autónomo* y la sintomatología de cuadros ansioso-depresivos. Por el contrario, se observó una correlación positiva y significativa entre el estilo *Preocupado* y la sintomatología propia de cuadros ansioso-depresivos. Concluyeron que mientras más seguro es el apego, mayor es el ajuste socioemocional de las mujeres ante el embarazo.

En otro estudio nacional, Grimalt y Heresi (2012) observaron los estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo en 3 mujeres primigestas, seleccionadas como casos prototípicos de los 3 estilos de apegos propuestos por Ainsworth y cols. (1978), a partir de un total de 15 mujeres participantes originalmente. La investigación, de corte cualitativo, se realizó utilizando una entrevista semi-estructurada. Concluyeron que existen diferencias entre las mujeres en cuanto a los contenidos temáticos, además de la coherencia, calidad y cantidad de sus representaciones maternas, lo que atribuyeron a las diferencias identificadas en sus propios estilos de apego, relevando una vez más el

importante papel que juega el patrón de apego de la madre en el proceso del embarazo. Al respecto, notaron que:

- Las mujeres con estilo de apego seguro tienen una intensa conexión con sus hijos durante el embarazo. Poseen representaciones mentales de gran calidad y especificidad, siendo estas generalmente positivas. Imaginan al hijo/a nacido a partir de su propia personalidad y la percepción de los movimientos fetales.
- Por otro lado, las mujeres con vínculo inseguro ambivalente describen a su futuro/a hijo/a a partir de sus expectativas, en base a representaciones mentales poco coherentes y específicas, que son una mezcla entre las características positivas de sí mismas (que en algunos casos caen en convertirse en una idealización del bebé), además de los temores y/o ansiedades respecto al parto y la potencial personalidad del futuro hijo/a. Las representaciones de estas madres escapan a la percepción de los movimientos fetales o de la conexión prenatal entre madre-hijo/a.
- Finalmente, las mujeres con estilo de apego evitativo están sobre preocupadas por transmitir sus propios estados emocionales a sus hijos/as. A nivel representacional, hay a la base una creencia de que las representaciones mentales existen sólo a nivel de la fantasía y que no resultan positivas para los hijos/as, pues cargan con la idea de la potencial desilusión de que el futuro hijo/a no resulte ser como se esperaba. La evitación se observa también en conductas activas por eludir situaciones estresantes o, por ejemplo, discusiones, asumiendo que todos estos aspectos emocionales son transmitidos al feto.

Si bien el embarazo constituye el pilar fundamental de la investigación en curso, ha de considerarse también la importancia que involucra el momento del parto como hito que da término al proceso de gestación para la madre, al tiempo que da inicio a los primeros acercamientos físicos materno-filiales. Será relevante realizar una revisión sobre algunos alcances y consideraciones en torno al proceso del parto a la luz de hallazgos investigativos sobre esta instancia en la realidad nacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló en un informe – en 1985 – que no existía justificación en ninguna región del mundo para tener tasas nacionales de cesáreas más altas que 10-15% (Gibbons, Belizán, Lauer, Betrán, Merialdi y Althabe, 2010). Al respecto, una investigación llevada a cabo por Belizán

y Althabe (1999) buscó determinar las tasas de aplicación del procedimiento de cesárea en 19 países de América Latina. Los resultados arrojaron a Chile como el país con la tasa más alta de cesáreas aplicadas en la región, alcanzando un porcentaje que ascendió al 40%, en relación al 15% máximo propuesto por la OMS. Murray (2000) contribuye a especificar aún más las cifras de partos por cesárea en la realidad chilena. La autora describe que en el sector privado los procedimientos van entre un 57–83%, mientras que en la atención pública la cifra se mantiene en torno al 27–28%.

Cáceres, Miranda, Sierralta y Veloso (2006), al mismo tiempo desarrollan una reflexión relacionada con la importancia de reivindicar el parto vaginal como el método más efectivo de parto. En este sentido, señalan la existencia de un programa nacional en la ciudad de Villarrica, que promueve el parto humanizado y natural. El hospital de Villarrica, en su equipo de Ginecología y Obstetricia se ha propuesto incorporar un programa de experiencias de parto basado en los conceptos de ‘humanización’ y ‘naturalización’ en la atención a las madres gestantes que acceden a este. La humanización se refiere también a dar un trato digno, afectivo y dedicado a la gestante y su acompañante. Siguiendo esta línea, han optado por dejar de rasurar, de aplicar enemas y realizar episiotomías a las madres. De igual manera, y bajo la idea de promover el apego inmediato, han decidido dejar de aspirar las secreciones del recién nacido y no estimular el llanto manualmente. Las bases de estos procedimientos responden a una concepción ideológica fundada en la ética de la concepción del ser humano como un ser integral y no tan sólo fisiológico. Los resultados reportados por el equipo han sido considerados como favorables. Algunos de los beneficios señalados son: disminución en la instrumentalización médica a la hora del parto, reducción de la duración del período de dilatación por la utilización de métodos naturales (baños con agua caliente, masajes, etc.), reducción del número de episiotomías aplicadas, disminución de sensaciones de temor y ansiedad por parte de la madre atribuido a la presencia de un acompañante durante el parto; además de un ambiente óptimo para el fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a. Adicionalmente, 60% de los bebés recién nacidos logra succión de leche materna durante el primer apego, lo que evidencia menores dificultades en la lactancia (Cáceres, Miranda, Sierralta y Veloso, 2006).

En la ciudad de Temuco se dirigió en 2011 una investigación a fin de estimar la prevalencia de bajos niveles de apego prenatal y su relación con factores psicoafectivos, en mujeres

embarazadas durante el tercer trimestre de gestación. La prevalencia del apego prenatal bajo fue de un 24,3%, y se asoció principalmente con el descontento hacia el embarazo por tratarse de un embarazo no deseado, con niveles altos de estrés, depresión o bajo apoyo de la red social de soporte. Si bien el porcentaje de embarazos no planeados en el estudio era alto (61,35%), se consideró que esta condición no tiene relación directa con el apego prenatal, pero sí con el descontento con el embarazo. Por lo tanto, se concluyó que es de carácter esencial la intervención oportuna con las madres que presentan estas condiciones de embarazo, a fin de poder contribuir a cualquier progreso posible para favorecer la experiencia del vínculo post-parto, y por consiguiente, a un desarrollo balanceado del bebé (Ossa, Bustos y Fernández, 2012).

5.3 MARCO EPISTEMOLÓGICO

Existe una diferencia fundamental entre lo que hacen las ciencias naturales y la fenomenología. Las primeras intentan producir el conocimiento a través de una reducción intencionada de los objetos de estudio en sus partes constituyentes. Así, un científico naturalista realiza investigación sobre una particularidad específica de un objeto cualquiera, obviando gran parte de sus demás constituyentes y, adicionalmente, todo aquello que escape a la objetividad científica. Por otra parte, en la fenomenología se parte del supuesto que siempre se experimenta mucho más que aquello que la percepción del objeto nos entrega (Dörr, 2002). Al respecto, el mismo autor señala que “Siempre vivimos más de lo que vivimos, experimentamos más de lo que experimentamos, y explorar esta otra parte es la gran tarea de la fenomenología.” (Dörr, 2002, p. 298).

Es sabido que para la objetividad de las ciencias, el paradigma preferente a ser utilizado es el positivismo, ya que éste postula que el conocimiento de los fenómenos se logra a través de la minuciosa y abundante recogida de datos, limitándose a la manipulación estadística de estos y si el investigador logra generar un número importante de observaciones de ese tipo es posible realizar generalizaciones, permitiendo la formulación de leyes que servirán para explicar los fenómenos actuales y poder realizar predicciones con un alto grado de confianza (Girola, 2000). En contraste, la fenomenología no se detiene en los elementos fácticos, sino que prolonga la indagación más allá de lo que es empíricamente evidente, ya que la intención fenomenológica es comprender el significado que tienen los hechos en la

vida humana, tanto colectivos como individuales (Toledo-Nickels, 2003). La fenomenología, dentro de la Psicología, requiere una negación del psicologismo objetivista, y además, la necesidad de distinguir lo exterior de lo interior, siendo esto último aquello a lo que puede accederse sólo a partir de la introspección, fuera de toda consideración objetivista o perteneciente a las ciencias de la naturaleza (Lyotard, 1970). Lo expuesto anteriormente viene a justificar la diferencia de la aproximación naturalista del investigador positivista y el *objeto* de estudio del científico social, que está constituido por *sujetos* que tienen discernimiento, voluntad, expectativas, e imaginarios de su vida en común.

Se utiliza el término fenomenología para designar una tradición de las ciencias sociales que se orienta a conocer el marco de referencia de los/as actores sociales. En este sentido, se caracteriza por entender a los seres humanos como personas sujetos/as de conocimiento, y no como meros objetos de la naturaleza (Toledo-Nickels, 2009). Otra definición conocida de esta corriente epistemológica es la que propuso Dartigues (2003, citado en Campos, Barbosa y Fernandes, 2011) quien plantea que se trata del estudio de las *esencias*, estando su método de estudio centrado y ocupado de los fenómenos.

El concepto de fenómeno se utiliza para hacer alusión a todo aquello que se presenta en la conciencia. A partir de ello se desprende que todo lo que se expresa como *conocido* por una persona constituye un fenómeno, puesto que aparece en la propia conciencia del sujeto/a, la cual existe sólo cuando se dirige hacia un objeto o fin determinado. (Toledo-Nickels, 2009). El valor de la conciencia reside en que ésta se considera de vital importancia puesto que permite develar el mundo cotidiano del *ser*, donde la experiencia se transforma en una vivencia a través de la descripción que realiza el sujeto/a (Silva, Lopez y Dinis, 2008). A partir de ello se entiende que el método de esta corriente epistemológica se dirige hacia el fenómeno, que se entiende además como de carácter inacabado (Toledo-Nickels, 2009).

Toledo-Nickels (2009) indica que el nexo existente entre la conciencia y el fenómeno existe a partir de la relación recíproca que se da entre ellos. Esto quiere decir que las personas sólo logran conocer fenómenos y estos últimos sólo pueden existir al ser creados en el proceso humano de conocer. Lo conocible es siempre un fenómeno y no un ente de carácter objetivo. En términos prácticos, el autor refiere que lo fundamental para la fenomenología

no es exclusivamente la interioridad del estado de consciencia de los sujetos, ni tampoco la exterioridad de los objetos que crea como 'cosa-en-sí', sino la unidad entre persona-mundo y la descripción de los fenómenos desde el marco de esa estructura.

Para Husserl, la fenomenología estaría fundamentada en la experiencia vital del sujeto/a, que es el origen de sus propias vivencias. Al mismo tiempo este autor enfatiza que el método de la fenomenología pretende lograr una mirada de estas vivencias tal y como se manifiestan, por lo que el rol del receptor de ellas es describirlas y no intentar crear explicaciones a tales fenómenos (Terra, Camponogara, Santos, Souza y Erdmann, 2011). Desde allí se plantea que la vía para acceder al conocimiento sería la inmersión del investigador en la experiencia de su objeto de estudio. Los objetos se generan en la consciencia, en la forma de representaciones mentales.

La consciencia de los sujetos/as además, está regida por la intencionalidad, lo que implica que siempre está orientada hacia un objeto y/o situación en particular que resulta especialmente significativa para él/la sujeto/a, lo que le lleva a focalizar su atención en ello. La intencionalidad se encuentra presente en todo acto que despliega un/a sujeto/a, siendo éste/a quien provoca la experiencia de un objeto, ya que es la intencionalidad la que permite construir este último (Toledo-Nickels, 2009).

En lo que concierne al acceso al conocimiento, desde la fenomenología se plantea que la psicología introspectiva se basa precisamente en este principio, la introspección, que implica que las vivencias son individuales, debido a que se encuentran situadas y ubicadas en el tiempo. Esto significa que éstas últimas deben ser captadas de inmediato, pues cualquier reflexión posterior a ellas generaría una nueva vivencia.

En oposición a la introspección, se plantea como método la reflexión fenomenológica en el acceso a las vivencias. Para que esta reflexión pueda ser válida, la vivencia no debiera ser de inmediato arrastrada por la corriente de conciencia; lo que se requiere es que ésta permanezca idéntica a sí misma. En este sentido se hace clave el concepto de 'retención', el cual debe ser diferenciado de la idea de memoria, ya que, por medio de la retención, la vivencia continúa en su carácter inicial, aunque sea traída al momento actual tras su

producción original. Se puede decir que lo ya vivenciado continúa estando disponible para el *sí mismo*, debido a que lo vivenciado se puede aprehender nuevamente por la memoria, haciendo en este proceso una contextualización: dándole fecha, momento, lugar, y más aun encontrando las motivaciones originales de su producción. Aun cuando bajo las leyes del recuerdo se plantea que la vivencia traída al presente está modificada, sigue considerándose que existe, y por lo tanto, perdura en su carácter original. De esta manera se plantea que la vivencia queda fijada en el presente a través de la retención (Lyotard, 1970).

En base a lo anterior, la reflexión fenomenológica busca reconstruir la vivencia, generando una descripción de la forma más fidedigna posible, siendo esta reflexión una recuperación descriptiva de la vivencia misma. En la investigación basada en fenomenología, el conocimiento que se persigue no es el/la sujeto/a, ni su mundo por separado, sino el mundo vivido por el/la sujeto/a. Prima la descripción del fenómeno, no su explicación, pues en este enfoque las relaciones causales carecen de importancia. Se pretende mostrar, nunca demostrar (Mari, Bo y Climent, 2010).

Para la investigación fenomenológica, es de gran importancia que el/la investigador/a tenga la intención de aprender de aquellos que han vivido o se encuentran viviendo determinada experiencia, debiendo tener siempre en consideración que el sujeto que experimenta algo es quien más puede relatar sus vivencias. Esta se constituye como la tarea fundamental para el/la investigador/a que se basa en la fenomenología: la búsqueda de una comprensión de los múltiples y acabados significados que surgen a partir de una experiencia vivida en forma particular por un/a sujeto/a (Moreira, 2002, en Campos, Barbosa Fernandes, 2011).

Desde el rol de investigador fenomenológico, resulta fundamental tener presente siempre que todo objeto es creado por y para una consciencia en particular. Sin ella no puede haber objeto. De no tener esta premisa en mente se corre el riesgo de asumir una 'actitud natural' en relación al mundo, que desligue el rol de la consciencia en la generación de las vivencias (Campos, Bezanilla, Pérez, Cárdenas y Martínez, 2012). Se plantea que la comprensión de lo que se genera en la conciencia del sujeto/a se logra al examinar la forma en la cual es experimentado el mundo por el actor. Por lo tanto, a fin de cumplir este objetivo, es que se deben utilizar técnicas particulares que permitan conocer y comprender la experiencia del

sujeto/a. De allí se plantea que algunas de las técnicas más apropiadas para estos fines serían la observación participante, las entrevistas, el análisis de contenidos, entre otras (Torres, 2003).

Precisamente, la entrevista puede guardar una estrecha relación con la perspectiva fenomenológica. Esta técnica en particular posee la función de lograr un reconocimiento del *otro* a través de la aceptación y la empatía, al generar un espacio de encuentro donde prima el diálogo y no la directividad. Como instrumento, la entrevista apunta hacia la recolección de información sobre aspectos subjetivos de las personas. Dado que el acceso a estas ideas requiere de una necesaria inmersión en la intimidad del entrevistado/a, la relación que se crea en esta instancia debe generar una atmósfera que propenda hacia una interacción de confianza, especialmente si se trata de una entrevista en profundidad. Este tipo de entrevista en particular permite conocer desde primera fuente la forma en que las personas viven y la forma particular en que éstos/as les otorgan significado a sus vivencias, lo que guarda una relación estrecha con el enfoque fenomenológico. Resulta entonces de vital importancia desarrollar un protocolo de entrevista que mantenga presente dos aspectos: los objetivos de la investigación en curso y ser capaz de lograr, en la práctica, el nivel de empatía que haga sentir al entrevistado/a la libertad y confianza suficiente para expresar sus vivencias (Mari, Bo y Climent, 2010).

5.4 MARCO METODOLÓGICO

5.4.1 Metodología

Stake (1995) considera tres aspectos fundamentales como diferenciadores entre la metodología cualitativa y la cuantitativa. El primero de ellos es la distinción que existe entre la explicación y la comprensión como propósitos del proceso de indagación. En relación a este punto, plantea que en metodología cualitativa el objetivo central es la comprensión de las complejas interacciones que se dan en la realidad, lo que se logra al centrar el proceso indagativo sobre los hechos. Por otra parte, en la metodología cuantitativa la atención se centra en las causas, a fin de lograr el control y la explicación. Una segunda diferencia es la distinción acerca del rol que asume el/la investigador/a, señalando que en la metodología cualitativa se asume un papel personal desde el principio de la investigación, como forma de obtener una descripción densa y, especialmente, una comprensión experiencial de

múltiples realidades. En el caso de la metodología cuantitativa, se realiza una interpretación de los datos tras su recolección y análisis estadístico. Finalmente, existe una diferencia entre el conocimiento definido como descubierto y, por otro lado, el construido. Al respecto, se señala que en la investigación cualitativa el conocimiento no se descubre, se construye.

Denzin y Lincoln (1994) se refieren a la investigación cualitativa como un multimétodo focalizado, el cual considera la interpretación y una aproximación naturalista a su objeto de estudio. De igual manera, enfatizan que la aproximación a los objetos de estudio se da en su situación natural, donde lo que el/la investigador/a intenta entender son los fenómenos según los significados que las personas les otorgan.

La metodología cualitativa se caracteriza por producir datos descriptivos, los cuales se obtienen de las propias palabras de las personas, ya sea de forma hablada o escrita, además de la conducta observable (Taylor y Bogdan, 2010). La investigación cualitativa es inductiva, ya que los/as investigadores/as desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no realizan una recolección de éstos con el objetivo de llevar a cabo una posterior evaluación de hipótesis, además de seguir un diseño de investigación caracterizado por su flexibilidad. Adicionalmente, los/as investigadores/as cualitativos deben ser capaces de poder identificar los efectos que ellos/as pudieran causar en las personas que son objetos de estudio, ya que se lleva a cabo una interacción de modo natural con los informantes. El/la investigador/a cualitativo debe ser capaz de ver las cosas como si estas estuvieran ocurriendo por primera vez. No debe dar nada por sobreentendido, para él/ella todas las perspectivas son valiosas, ya que su objetivo no es encontrar la verdad, sino lograr una comprensión detallada de la perspectiva de otras personas (Taylor y Bogdan, 2010).

La investigación cualitativa está orientada a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales. Esto le otorga a esta metodología la posibilidad de diseñar caminos para que la Psicología y las Ciencias Sociales mantengan un programa de investigación que este caracterizado por la flexibilidad necesaria hacia sus objetos y tareas de estudio. De acuerdo a Flick (2012), la investigación cualitativa toma la comunicación existente entre el investigador con el campo y sus miembros como una parte explícita en la producción del

conocimiento, considerando a las subjetividades del investigador y de quienes investiga como parte del proceso de investigación (Flick, 2012).

La tradición dominante de la investigación cualitativa se caracteriza por investigar en el entorno del mundo real, no se hace en entornos creados específicamente para los fines específicos de la investigación. También se ocupa de estudiar los procesos sociales, procurando que el investigador realice una intervención mínima, investigando los procesos de interacción social en el momento en el cual se presentan. No lleva a cabo un control físico de las variables, ya que esto último es característico de las experimentaciones que se desarrollan en un laboratorio, lo que es propio de la metodología cuantitativa (Alvarez-Gayou, 2003).

Según Catillo y Vásquez (2003), la investigación cualitativa se caracteriza por tener como eje central ver las cosas desde el punto de vista de las personas que están siendo estudiadas. Debido a esto, es que el papel de los investigadores es comprender lo que está sucediendo, y por lo tanto dentro de la metodología cualitativa es esencial para los investigadores experimentar la realidad tal como los otros la experimentan, ya que intentan comprender a las personas dentro del marco de referencia de sí mismas. Tal como plantea Alvarez-Gayou (2003), el investigador cualitativo busca alcanzar una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas, asumiendo que todas éstas son iguales en derechos, y valiosas por su sólo carácter de seres humanos. A su vez, el mismo autor señala que la investigación cualitativa se diferencia de la metodología cuantitativa ya que la primera es inductiva. Los investigadores cualitativos desarrollan conceptos e intelecciones partiendo de los datos, y no de la recogida de éstos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas, como sí ocurre en el caso de la investigación bajo la metodología cuantitativa.

Vinculando el método de investigación con la perspectiva epistemológica de base, se ha asumido ya que el objeto de estudio son los/as sujetos/as. Sin embargo, la especificidad del objetivo de la investigación estará guiada por el problema en concreto que se quiere investigar. La característica fundamental que justifica esta relación, es que la investigación cualitativa posee un carácter fenomenológico en sí misma, pues expresa una relación

dialéctica que surge como resultado de la relación entre las personas que se constituyen como la unidad de estudio (Mari, Bo y Climent, 2010).

LeCompte (1995) plantea que los estudios cualitativos se caracterizan por realizar una indagación en el entorno de los acontecimientos. Esto es, ahondar en las situaciones que rodean a determinados fenómenos, centrando la investigación en los contextos naturales donde estos se desenvuelven. Ello implica un proceso de reconocimiento de los acontecimientos tal y como éstos se encuentran, sin un proceso de reconstrucción y/o modificación por parte del investigador/a. Así, plantea que en esta orientación de investigación los seres humanos se implican, interesan, evalúan y experimentan directamente. Adicionalmente, señala que en esta metodología la calidad de la investigación estará dada por lo real, global y concreto, más que por lo abstracto, cuantificado y disgregado.

Estas consideraciones fundamentan la elección de esta metodología de investigación, tomando en consideración la naturaleza del objeto de estudio y la orientación particular hacia las vivencias de mujeres primigestas en relación al apego prenatal, que son las bases de esta investigación.

5.4.3 Método

A fin de acceder a las vivencias de las mujeres primigestas, se hará uso del método biográfico. Este último tiene por objetivo hacer patente el testimonio subjetivo de una persona, accediendo a los acontecimientos y las valoraciones que ésta misma hace de su propia experiencia. Conocer estas experiencias requiere de la realización de varias entrevistas sucesivas, que finalmente generan como producto un relato autobiográfico materializado en lo que se conoce como una historia de vida (Pujadas, 2009, en Rodríguez, Gil y García, 1999). Precisamente, el método biográfico utiliza de forma prioritaria técnicas como el relato de vida y la historia de vida. Para efectos de esta investigación se utilizará el primero de ellos, puesto que refiere a la historia de un proceso o momento particular dentro de una vida tal y como ésta es verbalizada por su protagonista (Pujadas, 2009, en Rodríguez, Gil y García, 1999). Por otro lado, la historia de vida es una interpretación realizada por el investigador, quien reconstruye el relato de la persona en categorías

temáticas, conceptuales, temporales, entre otras (Cornejo, 2008). En relación al relato de vida, es de gran importancia tener en consideración que éste no funciona si el/la sujeto/a no tiene un rol activo en el proceso de recolección de los relatos, tampoco así, si siente que está siendo forzado/a u obligado/a a entregar determinada información (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008).

Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) señalan que trabajar con los relatos de vida implica tener en consideración que éstos no son la vida misma ni la historia misma de una persona en particular, sino que son una reconstrucción realizada en el momento preciso de la narración, y que surgen en la relación específica con un narratario. Por lo tanto, los relatos de vida siempre serán construcciones, versiones de la historia que son relatadas por un narrador en un momento particular de su vida a un narratario. La narración que realice un/a sujeto/a estará afectada por influencias del contexto en el cual se encuentre, como la vida del narrador, las influencias relativas al encuentro y también incluso la relación entre narrador-narratario.

5.4.2 Diseño

La investigación será guiada a través del diseño de diamante, también conocido como diseño de rombo. Esta propuesta de diseño es referida por Bivort y Martínez (2013). La denominación proviene de la forma particular que adopta en su recorrido desde el planteamiento de la pregunta de investigación hasta su respuesta. Esta propuesta hace énfasis en un proceso constante de ordenamiento en la estrategia investigativa, en función del objeto de estudio. Se caracteriza por producir categorías desde el momento que se definen los objetivos de la investigación, llevándolos hasta las conclusiones, pasando en el proceso por el análisis de la información obtenida, en el cual además, pueden surgir categorías emergentes. Este diseño posee, por sus características, gran auditabilidad y coherencia interna, pues requiere de un hilo conductor que vincule la pregunta de investigación con sus respectivas respuestas. A pesar de la aparente rigidez en la estructura del diseño, este es bastante flexible pues se adecua a los distintos momentos del análisis de los datos (Bivort y Martínez, 2013).

En relación al procedimiento implicado en este diseño, la investigación se inicia con una interrogación que se abre en una serie de preguntas auxiliares, derivadas de la pregunta principal, y obtenidas a través de la revisión teórico-empírica del objeto de estudio. Posteriormente estas preguntas auxiliares son revisadas y analizadas nuevamente, lo que origina lo que se conoce como *categorías a priori*, que se constituyen como conceptos sensibilizadores de la investigación, que luego son abordados con profundidad en el marco referencial de la investigación. La finalización del modelo comienza a través de la recolección de información, tras el proceso de síntesis, junto a la codificación y categorización en base a los conceptos sensibilizadores. Esto hace que surjan nuevas formas de responder a lo planteado al principio de la investigación, constituyéndose como categorías emergentes. Finalmente, las conclusiones son las respuestas a las preguntas, en las que los datos empíricos son dialogados con lo ya existente en el marco referencial, dando contexto a la teoría (Bivort y Martínez, 2013).

5.4.3 Técnicas de recolección de información

En cuanto a los procedimientos concernientes a la obtención de los datos de investigación, se ha delimitado la utilización de entrevistas. Esta decisión se fundamenta en la consideración de la entrevista como uno de los medios de recolección de datos que permite acceder tanto al conocimiento como a las creencias y rituales de las personas a través de su propia voz.

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otro o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un determinado problema, presuponiendo la existencia de al menos dos personas participantes y la posibilidad de realizar una interacción verbal. De acuerdo a los propósitos con los cuales se utilice la entrevista, esta puede cumplir diversas funciones, entre ellas destacan: obtener información de individuos o grupos, influir sobre ciertos aspectos de la conducta y/o ejercer un efecto terapéutico (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Ruiz (2012) plantea que la entrevista es definida fundamentalmente como una conversación, en la que se ejercita la formulación de preguntas y se escuchan las respuestas dadas por el entrevistado. También este autor considera a la técnica como

interaccional, creadora y captador de significados, en la que influyen las características personales, biológicas, sociales, culturales y conductuales del entrevistador/a al igual que del entrevistado/a. La entrevista da la posibilidad de crear un marco artificial en la recogida de los datos, producto de la convivencia que se genera entre entrevistador y entrevistado, ya que esta genera una relación intensa entre ambos. Es por ello que el/la investigador/a tiene como objetivo encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus perspectivas y las interpretaciones que éstos/as realizan, buscando lograr comprender el modo en que ellos/as ven, clasifican y experimentan su propio mundo.

La entrevista, planteada desde una perspectiva fenomenológica, es una técnica particular que tiene por objetivo buscar los significados que determinados/as sujetos/as atribuyen a sus propias experiencias ante una situación en particular. Por lo tanto, su objetivo no es recopilar información, sino evocar en el presente lo que ha sido vivido, con lo cual el rol del entrevistador es de facilitador en el acceso a estas vivencias. Cabe mencionar la importancia de la relación que se produce entre entrevistador/a y entrevistado/a, donde el intercambio de puntos de vista produce una relación empática, que además reconoce la intersubjetividad entre ambos sujetos/as en la situación particular de entrevista. Esto permite entender la realidad a la que se apunta de la forma más fidedigna posible (Mari, Bo y Climent, 2010).

De acuerdo a lo señalado por Mari, Bo y Climent (2010), la entrevista posibilita preferentemente el desarrollo de una relación empática. Las condiciones que genera el diálogo de la entrevista semi-estructurada dan pie a generar un contexto donde el/la investigador/a se adecúa a la forma particular en la que el/la investigado/a produce sus respuestas, lo que a su vez le permite mayor libertad para expresar y profundizar en su discurso. Aún así, este clima especial, propio de la situación de entrevista, no puede generarse por mero azar sino que requiere que el/la investigador/a posea competencias desarrolladas para poder dirigirse hacia el/la otro/a en pleno respeto y consideración de sus circunstancias. Es esto lo que finalmente permite un diálogo de comunicación significativa (Mari, Bo y Climent, 2010).

A fin de realizar la recolección de datos para la presente investigación, se hará uso del recurso de la entrevista como instrumento, en dos modalidades: semi-estructurada y en

profundidad. A través de ellas se pretende conocer y obtener la información necesaria que permita cubrir los objetivos específicos de la presente investigación. Al momento de realizar las entrevistas, se debe tener presente en todo momento que el narrador es más que un mero informante, es un sujeto interpelando en su historia. Surge entonces la necesidad de realizar una elaboración a través del relato, y para lograrlo se requiere un mínimo de tiempo, pues de acuerdo a lo señalado por Cornejo, Mendoza y Rojas (2008), se puntualiza la conveniencia de realizar 3 o más encuentros entre narrador/a y entrevistador/a permite una verdadera inmersión en la historia a partir de la narración, lo que posibilita adicionalmente darle mayor sentido reflexivo al relato.

Ruiz (2012) señala que la entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa orientada a obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas para realizar posteriormente un estudio analítico. Esta modalidad de entrevista implica siempre un proceso de comunicación, en el cual el entrevistador como el entrevistado pueden influirse mutuamente, ya sea consciente o inconscientemente. A su vez, Taylor y Bogdan (1986) definen a la entrevista en profundidad como encuentros reiterados cara a cara entre el investigador/a y los/as informantes. Estos estarían dirigidos a lograr una comprensión de las perspectivas que tienen los/as informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones.

Esta técnica en particular presupone la existencia de al menos dos personas, entrevistador/a y entrevistado/a. Ambos tienen la oportunidad de interactuar verbalmente. Sin embargo, el énfasis de la entrevista radica en que el entrevistador/a es un solicitante de información del entrevistado/a, acción que realiza con el objetivo de obtener datos relacionados con un problema determinado. Posteriormente los/as investigadores/as sistematizan, ordenan y relacionan los productos generados por los/as entrevistados/as, extrayendo conclusiones que son relativas al problema de investigación (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Mediante la entrevista en profundidad se desea obtener información sobre un problema determinado. Para esto se genera una lista de temas, los cuales van a constituirse como el foco de la entrevista. La dirección de la entrevista queda a discreción del entrevistador/a, quien será el responsable de sondear los motivos y razones según estime conveniente,

utilizando como medio la estructura de la entrevista, ya que lo que se pretende es buscar una explicación a ciertas ideas más o menos fundadas con anterioridad, profundizando en ellas a un nivel que permita encontrar explicaciones convincentes o bien saber cómo las personas entrevistadas ven la situación. La entrevista en profundidad supone un proceso de aprendizaje mutuo, por lo cual es de gran importancia tener en consideración que durante el proceso investigativo se deben ofrecer constantemente explicaciones al entrevistado sobre la finalidad y orientación general del estudio que se realiza. Debido a esto es que al inicio de una entrevista se debe informar al entrevistado/a de los objetivos y el tema central que abordará la misma (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Rodríguez, Gil y García (1999), puntualizan que a lo largo del desarrollo de la entrevista en profundidad se debe tener en consideración que el/la entrevistado/a es un ser humano, lo que implica considerar que se trata de una persona que da sentido y significado a su realidad. Por lo tanto, la entrevista es concebida como una interacción social entre personas, en la cual se generará comunicación de significados, asumiendo que, en ella, una persona intenta explicar su visión particular de un fenómeno, mientras que la otra se centra en comprender esa explicación (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Para el desarrollo de la entrevista en profundidad se requiere de un tipo especial de relación entre las personas implicadas en ella (entrevistador/a – entrevistado/a). Esta relación se basa en la confianza como eje, la cual es lo suficientemente fundamental como para condicionar la calidad de información que se reciba. Es a partir de esta idea que se puede afirmar que la entrevista en profundidad es un proceso de entendimiento y de confianza mutua entre el entrevistador y el entrevistado (Rodríguez, Gil y García, 1999). Adicionalmente, cabe destacar que en esta instancia que implica a dos actores, entrevistador y entrevistado, estos puedan influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente (Ruiz, 1996).

Por otra parte, las entrevistas semi-estructuradas se caracterizan por realizarse en una situación abierta, basada en la confianza mutua. Se debe tener en cuenta que los objetivos de la investigación son los que darán las directrices para la formulación de las preguntas, su contenido y que, por lo tanto, la secuencia en la cual se realizarán es decisión del

entrevistador (Cohen y Manion, 1990 en Rodríguez, Gil y García, 1999). Este tipo de entrevistas están basadas en una guía de asuntos o preguntas, ante las cuales el/la entrevistador/a se encuentra en libertad de introducir preguntas adicionales, para obtener mayor información sobre algún tema o precisar algunos conceptos, por lo cual no todas las preguntas están predeterminadas (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

La entrevista semi-estructurada posee un carácter conversacional, que no oprime a las personas entrevistadas, generando un ambiente coloquial, el cual facilita la comunicación entre las personas que interactúan, lo que en último término posibilita indagar asuntos en los que se involucren emociones, ya que mediante la relación que se genera, el/la entrevistado/a puede sentir que no hay nada en riesgo al abordar este tipo de asuntos (Díaz, 2004). Además, estas dan la posibilidad de realizar encuentros cara a cara, entre investigador/a y entrevistadas, en donde se sigue un modelo de conversación entre iguales, que tiende a superar el intercambio formal de preguntas y respuestas (Fitoussi y Rosanvallon 1996).

En lo que respecta a la construcción de la pauta de entrevista es importante limitar la planificación de ésta hacia las situaciones que están directamente vinculadas a la experiencia del sujeto/a sobre un fenómeno en particular. Esto implica centrar la atención en el proceso de entrevista hacia la información que tiene relación con los objetivos de indagación del instrumento, evitando profundizar en otras situaciones que carezcan de conexión con el fenómeno que se pretende evocar, o que respondan a otras áreas del conocimiento del entrevistado/a. El beneficio de realizar este ejercicio reside en su utilidad para reducir considerablemente la extensión de informaciones innecesarias, al tiempo que otorga un marco más coherente para la obtención de las dimensiones de análisis y/o categorías de información para el posterior análisis (Mari, Bo y Climent, 2010).

5.4.4 Planificación de instrumentos

Como ya se ha expuesto, las entrevistas se realizarán en dos modalidades. En primer lugar, se realizarán entrevistas semi-estructuradas para abordar los siguientes objetivos de investigación:

- Caracterizar prácticas específicas de cuidado en la formación del vínculo de apego prenatal con el bebé intrauterino.
- Caracterizar prácticas específicas de interacción en la formación del vínculo de apego prenatal con el bebé intrauterino.
- Caracterizar los conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo.
- Describir el imaginario de mujeres primigestas en relación al vínculo pre y post-parto.
- Reconocer la vinculación que personas externas tienen con el proceso de gestación.

Por otra parte, se utilizarán entrevistas en profundidad para cubrir el siguiente objetivo:

- Comprender el vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino.

Se han definido las siguientes condiciones para la realización de las entrevistas:

1. La pauta de entrevista semi-estructurada constó de 7 a 8 preguntas abiertas que permitieron obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de las participantes desde su propio lenguaje (Cuevas, 2009, en Sampieri, Fernández y Baptista, 2010) y alusivas a los temas correspondientes al objetivo específico a indagar. Por lo tanto, se realizaron dos entrevistas con cada mujer primigesta, con una semana aproximada de separación entre cada entrevista.
2. Resultó importante el haber resguardado una progresión graduada en la ejecución de la entrevista. Al respecto, se ha señalado que la graduación adecuada de las preguntas se refiere fundamentalmente a estructurar la entrevista de manera que se inicie con preguntas generales, para luego continuar con preguntas sensibles, avanzando progresivamente hacia preguntas complejas, y buscando estabilizar la situación y devolver a la entrevistada a su estado de inicio utilizando preguntas de cierre (Cuevas, 2009, en Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

3. La entrevista implica un espacio íntimo, y por tanto se requirió definir y convenir con antelación un lugar seguro, tranquilo y confiable para la mujer primigesta, que le permitiera sentirse cómoda para exponer todas sus ideas de forma libre (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica, 2012).
4. Respecto a la duración de las entrevistas, la prolongación cronológica de éstas fue de 1 hora a 1 hora y 30 minutos aproximadamente. Por resguardo ético se respetó el derecho de las mujeres primigestas entrevistadas a retirarse de la entrevista en el momento o bajo las circunstancias en que lo sientan necesario.
5. La decisión de ser o no grabadas fue solicitada a las mujeres primigestas con anterioridad al inicio de las entrevistas. Esta medida fue resguardada a su vez en el consentimiento informado como criterio ético (França-Tarragó, 2008). Las entrevistas fueron grabadas, decisión que respondió a la necesidad de facilitar el posterior proceso de transcripción fiel, vaciado completo y el análisis de datos correspondiente. Al respecto, se considera que la grabadora permite un registro fiel de todas las interacciones entre entrevistador/a-entrevistada, por lo que el/la primero/a puede fijar su atención en el contenido de lo expresado por esta última y atender a la interacción entre ambos (Rodríguez, Gil y García, 1999).

5.4.5 Población

Ruiz (2012) señala que la Metodología Cualitativa pretende profundizar en determinados aspectos, aunque estos no sean posibles de generalizar. En este sentido, la orientación de la Metodología Cualitativa sería buscar la validez interna más que la validez externa. Por lo tanto, buscar muestras representativas no sería una tarea prioritaria en este enfoque de investigación (Ruiz, 2012).

En la metodología cualitativa cobra gran importancia la validez interna, puesto que en dicho enfoque metodológico no es posible la realización de generalizaciones ni evaluaciones de los datos recabados. Las generalizaciones que son posibles realizar desde la metodología cualitativa son aquellas de corte analíticas. Estas solo corresponden a las teóricas, y por lo

tanto, a la saturación de los elementos explicitados en la teoría y no al diseño de una muestra aleatoria. La validez interna se refiere a la capacidad de asegurar que se ha entendido adecuadamente la variación del fenómeno de interés (Maxwell, 1992).

La validez interna guarda estrecha relación con la obtención de mayor riqueza de contenidos en las investigaciones, es decir en la profundidad y no en la cantidad de los datos. La validez se relaciona con el nivel de coherencia de los datos que fueron obtenidos y reunidos (Ruiz, 2012).

Cuando se habla de muestreo, se tiende a caer en el error de entender que éste implica automáticamente una representatividad estadística, que es en realidad lo que caracteriza a un sólo tipo de muestreo, el probabilístico. Sin embargo, también existe otro tipo de muestreo, que posee el mismo grado de validez que el anterior, aún cuando no se basa en el azar. Se trata del muestreo intencional (Ruiz, 2012). En esta forma de seleccionar la población los sujetos son escogidos de forma intencionada. El/la investigador/a selecciona los/as participantes de la investigación a partir de otros métodos, ya sea a partir de modalidades opináticas o teóricas. En el muestreo opinático el/la investigador/a selecciona a los/as potenciales participantes utilizando un criterio estratégico formulado por él/ella mismo/a. Entre estos, los más comúnmente utilizados son: a) aquellos que no demandan grandes gestiones (para ahorrar tiempo y dinero); b) los/as participantes voluntarios/as o aquellos que emergen de forma fortuita en el proceso investigativo; y c) aquellos/as que por su conocimiento del problema de investigación deciden participar voluntariamente (Ruiz, 2012), ya sea porque se propongan como participantes en el estudio, o respondan activamente a una invitación a formar parte de éste (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Para fines de la investigación se utilizará el muestreo intencionado en su modalidad opinática. Esto pues se necesita contar con una población que cuente con determinadas características, lo que implica entre otras cosas, que quienes participen deben tener un grado de conocimiento particular sobre el embarazo. Además, este tipo de muestreo toma en consideración la opción de las personas de participar voluntariamente en la investigación, lo que implica la posibilidad de establecer un vínculo más cercano con las mujeres primigestas participantes, que facilite posteriormente que las entrevistadas decidan exponer su mundo interno para expresar sus vivencias respecto del objeto del estudio.

En esta investigación la muestra estuvo compuesta por un grupo 5 mujeres adultas jóvenes de entre 20 y 35 años, residentes en la ciudad de Chillán y que se encuentran embarazadas por primera vez. Ellas fueron seleccionadas mediante un muestreo intencionado opinático, para el cual se delimitarán criterios de inclusión y exclusión que serán expuestos a continuación:

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Residencia en la ciudad de Chillán	Residencia en otras ciudades
Mujer embarazada por primera vez	Mujer que ha tenido embarazos previos
Mujer adulta joven (20-35 años)	Mujer adolescente, adulta intermedia o en otro estadio del desarrollo evolutivo
Embarazo deseado (Poupin, 2009)	Embarazo no deseado (Poupin, 2009)
Embarazo mayor a 10 semanas de gestación (Laxton-Kane y Slade, 2012).	Embarazo menor a 10 semanas de gestación (Laxton-Kane y Slade, 2012).

La decisión de escoger a 5 participantes y no un número mayor responde a que el muestreo cualitativo da más importancia a la diversidad de las dimensiones que al número de unidades (Ruiz, 2012). En este sentido, cabe reiterar que los estudios cualitativos se caracterizan porque el tamaño de la muestra no se considera de importancia, al menos desde un punto de vista probabilístico, ya que el interés no es la generalización de los resultados, siendo el objetivo de la indagación cualitativa alcanzar la profundidad de los datos (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

5.4.6 Análisis de datos propuesto

Se utilizó la modalidad de análisis de contenido para fines de esta investigación. El análisis de contenidos es concebido como un análisis de ciertos textos, el cual permite establecer frecuencias temáticas mediante procedimientos sistemáticos y confiables, con la finalidad de formular inferencias válidas sobre el contexto de producción y recepción de los textos (Bardin, 1996). Se caracteriza por su carácter cualitativo e inductivo, ya que obtiene y agrupa las categorías de análisis a través de la comparación constantes con los textos analizados

(Mayring, 2000). Esta técnica apunta a leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos, más concretamente de los textos escritos, los cuales pueden ser:

- a) Un texto propio o ajeno al investigador: uno de los datos más importantes consiste en el hecho de que cuando un investigador observa o entrevista a alguien para obtener información, tiene cuidado de anotar y grabar todo aquello que observa y escucha. De este modo su investigación analítica se convierte en un análisis de contenido de los textos previamente grabados y/o escritos por el propio investigador, transformándose así en el analista de sus propios escritos, y sólo en algunas ocasiones analiza textos ajenos (Ruiz, 2012).
- b) Un texto espontáneo o preparado previamente orientado para su análisis, como por ejemplo, la toma de notas que se efectúan a lo largo de la investigación y las grabaciones de las entrevistas efectuadas que serán sometidas a un análisis posterior, constituyendo un texto previamente orientado a ese objetivo. La mayoría de los análisis cualitativos se llevan a cabo sobre textos propios previamente preparados por el investigador en forma de notas, resúmenes, grabaciones o transcripciones para su posterior análisis (Ruiz, 2012).

Una de las mayores utilidades del análisis de contenidos es que permite interpretar la realidad a partir de las informaciones obtenidas desde la voz de los y las participantes. En esta modalidad de análisis de datos se considera que el medio más poderoso de expresión de la subjetividad propia de las personas es el lenguaje verbal, por lo que se hace uso prioritariamente de él, aun cuando se considera que otras expresiones se pueden asumir con la misma legitimidad (pictóricas y musicales). A partir de la transcripción de las respuestas de los/as entrevistados/as se establece una relación significativa con el marco teórico que sustenta la investigación, lo que da origen a aquello que se conoce como metatexto, que se considera una expresión más profunda que el contenido teórico de base en la investigación, pues éste considera también la relación del conocimiento bibliográfico con la voz de los/as participantes. Las categorías que surgen en el metatexto están enriquecidas por las características específicas de cada persona entrevistada.

La información escrita debe ser recogida evitando todo tipo de comentario por parte de su autor/a, obligando así a la realización de una lectura ética, que se traduce como la realización de una lectura científica de los textos, lo más objetiva posible, de forma sistemática y válida (Ruiz, 2012). Es importante señalar que una de las bases que sustentan el análisis de contenido es la consideración de que la realidad es producida a partir del material que surge desde los/as propios/as entrevistados/as, y es el/la investigador/a quien debe realizar un esfuerzo por realizar interpretaciones a partir de estas producciones, a fin de generar nueva teoría (Moraima y Auxiliadora, 2008). Esta fundamentación permite una coherencia metodológica entre el proceso de análisis de datos y la perspectiva epistemológica que sustenta la investigación.

A nivel práctico, con posterioridad a la realización de la entrevista, debe hacerse una lectura reflexiva de los datos obtenidos, teniendo en cuenta en este proceso la transcripción fiel de la forma en que las informaciones fueron emitidas por el/la entrevistado/a, cuidando no agregar ni quitar detalles de manera que puedan definirse luego las categorías y subcategorías desprendidas del análisis. Se considera que entre estas últimas existe una relación lógica, que es además el principal resultado de un estudio que se realiza desde la perspectiva fenomenológica (Mari, Bo y Climent, 2010).

6. CRITERIOS DE CALIDAD

Para propósitos de esta investigación se han decidido asegurar los siguientes criterios de calidad:

a) Coherencia interna: este criterio reviste una importancia fundamental para el desarrollo de la investigación. Uno de los principios elementales de este criterio es que se debe asegurar congruencia entre la pregunta de investigación y los componentes del método bajo el cual ésta será guiada, tomando en consideración además que, en toda investigación de corte cualitativo, esta relación de interdependencia permite una coincidencia subsecuente con los datos y los procedimientos analíticos para estos (Morse, Barret, Mayan, Olson y Spiers, 2002). En investigación cualitativa, la carencia de criterios de validez externa realza el sentido de importancia de la coherencia interna como criterio de calidad, lo que la sitúa a un nivel superior y por lo cual trasciende a toda la investigación. Se resguardó con cautela

a fin que todos los datos expuestos en el marco referencial sean atingentes a la pregunta de investigación principal y las auxiliares, ambas junto a sus objetivos. De igual manera se cauteló la triangulación de los marcos, que a su vez cubren la totalidad de los conceptos sensibilizadores definidos inicialmente. La construcción de instrumentos se justificó en función de la metodología planteada y en diálogo con los marcos teóricos y empíricos, a fin de que la obtención de datos y su posterior análisis, permita en último término el necesario diálogo entre la teoría y la práctica en la producción del conocimiento.

b) Auditabilidad: este criterio de calidad implica, para Guba y Lincoln (1981), la habilidad de los/as investigadores/as de desarrollar su investigación de tal manera que cualquier otro investigador ajeno pueda seguir la ruta original de quienes desarrollaron el estudio y tener una comprensión completa de este sin necesidad de contactar a los investigadores originales. Las razones que derivan en la elección de este criterio de calidad se fundamentan en el deseo de transparentar todas las decisiones tomadas a lo largo del proceso investigativo. Los dispositivos que se utilizaron para asegurar este criterio fueron: resguardo del uso correcto de las normas APA 5ta edición, realización de una descripción de la características de las personas participantes y el proceso de selección de la muestra realizado en base a los criterios de inclusión y exclusión. En cuanto a la entrevista como instrumento a utilizar para la obtención de datos, se explicitan las decisiones tomadas respecto a la realización de grabaciones durante las entrevistas realizadas, además de haber asegurado la transcripción y el vaciado completo de estas, junto con todos los registros, pautas y anexos adjuntos a la investigación.

c) Validez transaccional: Cho y Trent (2006) definen este criterio de calidad como un proceso de carácter interactivo, que ocurre entre el investigador, el investigado y los datos obtenidos en el proceso. El objetivo es alcanzar un nivel relativamente alto de consenso a partir de los hechos, acontecimientos, experiencias, valores o creencias que son recolectadas y analizadas. A partir de lo señalado en el Marco Referencial, esta investigación se sustenta bajo el paradigma fenomenológico, en la cual se privilegia de forma prioritaria la obtención de las experiencias producidas de forma original por las personas en su propio contexto, al tiempo que el investigador no asume un rol de interpretador, sino más bien de receptor de estas (Lyotard, 1970). Al respecto, la mejor forma de resguardar el cumplimiento de esta condición fue la realización de una entrevista

desestructurada posterior a la entrevista de investigación, estando esta última principalmente enfocada en validar la vivencia de la situación de entrevista de la mujer primigesta participante.

7. CRITERIOS ÉTICOS

A fin de resguardar los principios éticos necesarios para el curso de la investigación, se ha delimitado el resguardo de los siguientes criterios:

a) Condiciones de Diálogo auténtico: Este criterio hace alusión a la importancia de la producción de un diálogo en igualdad de condiciones, teniendo en cuenta que la expresión verbal es un fiel contenido de aquello que está presente en la mente de la persona que habla (França-Tarragó, 2008). Esto implica que, en el rol de investigadores, los juicios quedan fuera, ya que lo relatado será producto directo de la conciencia de las personas. Tomando los principios de la fenomenología, se comprende que la conciencia es netamente subjetiva (Lyotard, 1989), y debido a ello es que el conocimiento es considerado como individual. En este sentido es importante tener siempre presente la existencia de una relación lo más simétrica posible, ya que no existiría un ente superior en la relación de investigación que se establezca, asumiendo que la misma Metodología Cualitativa reconoce la igualdad de condición ontológica entre investigador e investigado. Para efectos de la presente investigación, este criterio se resguardó en el respeto constante y la toma en consideración de las opiniones de las mujeres entrevistadas y de las elecciones que estas realizaran, prestando cuidado en no limitar su participación mediante interrupciones hostiles (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica, 2012). Se otorgó la posibilidad de que las mujeres primigestas decidieran respecto de su propia entrevista, esto es: si deseaban o no que se realizara una grabación de audio, además del espacio físico en el cual deseaban que se llevase a cabo la entrevista, un lugar que ellas percibieran como seguro y cómodo.

b) Consentimiento informado: El consentimiento informado es el instrumento utilizado para posibilitar el cumplimiento de la regla de veracidad y respetar la autonomía de las personas (França-Tarragó, 2008). Al tener en consideración la veracidad como base de la relación entre profesional-persona y el derecho de autonomía reconocido como ineludible, ambos aspectos posibilitarán que exista un acuerdo auténtico entre iguales y que esta

igualdad sea, a su vez, considerada en el consentimiento informado. Para que este último sea considerado como válido, la persona participante debe haber recibido información suficiente y adecuada, integrando en ello los asuntos relacionados con la confidencialidad, la forma en la cual se registrarán los datos, y si podrá tener acceso a ellos o no. Se consideró primordial, antes de comenzar a realizar la investigación, que la construcción del consentimiento informado explicitase claramente cada uno de estos asuntos: informar a las mujeres participantes, de forma clara y precisa, aquellos aspectos relacionados con la investigación, como los objetivos de ésta, las técnicas que se utilizarían, los aspectos relacionados con la confidencialidad de los datos y de su participación libre y voluntaria, respetando así el derecho de autonomía que merecen. Tras leer el consentimiento, pudieron tomar libremente la decisión de seguir el curso de la investigación –con todo lo que ella implica– o abandonar el proceso cuando desearan, respetando su autonomía y libertad de elegir. De esta manera se les otorgó y validó en su rol de participantes activas, ya que la capacidad de decisión recayó netamente en ellas.

c) Respeto a las personas participantes: La base de este criterio ético se fundamenta en el principio de Justicia, el cual es el imperativo moral que obliga a la igual consideración y respeto por todos los seres humanos (França-Tarragó, 2008). El respeto implica, entre otras cosas, reconocer la autonomía de las participantes, además de evitar cualquier tipo de juicio valórico respecto a la información que emitan. Lo que se pretende es resguardar tanto el bienestar de las participantes, como el vínculo investigativo que se debe crear. La percepción de una atmósfera que no se perciba como un espacio seguro podría mermar significativamente el acceso a las vivencias de las mujeres primigestas. El resguardo de este criterio se llevó a cabo con la información entregada en el consentimiento informado, con respecto a la confidencialidad y el anonimato, explicándoles a las mujeres que su nombre u otros nombres mencionados en el transcurso de la entrevista no serán develados si ellas no lo desearan, que están en libertad de poder crear un nombre ficticio para ellas mismas durante la investigación, y que de igual forma los nombres de otras personas se reemplazarán por nombres ficticios. Constantemente se revisó la decisión de las mujeres de participar en la investigación, puesto que en el transcurso de ésta su opinión pudiera cambiar si la investigación no cumpliera con sus expectativas. Junto con lo mencionado anteriormente, el respeto a las personas participantes se resguardó además con ciertas

características que tiene la entrevista, y el rol que como entrevistador/a se adquiriera, prestando cuidado en no tomar una posición intrusiva, respetando los silencios de las participantes, no realizando interrupciones abruptas y respetando los temas sobre los cuales no deseen hablar (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica, 2012).

8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1 PRESENTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES:

- **C:** 26 años. 14 semanas de gestación. Trabajadora Social, se desempeña laboralmente en su profesión. Está en una relación de pareja. Actualmente residen juntos.
- **G:** 35 años. 29 semanas de gestación. Trabaja como vendedora. Casada, actualmente reside junto a su marido.
- **K:** 21 años. 22 semanas de gestación. Estudiante Universitaria. Actualmente en una relación de pareja. Reside con su familia nuclear.
- **M:** 20 años. 35 semanas de gestación. Estudiante Universitaria. Actualmente en una relación de pareja, residiendo éste último actualmente en el norte del país por motivos laborales. La participante convive en el hogar junto a su familia nuclear.
- N:** 22 años. 22 semanas de gestación. Estudiante Universitaria. Actualmente se encuentra en una relación de pareja. Reside actualmente con su familia nuclear. Sin embargo, tras el nacimiento de su hija compartirá hogar con la familia de su pareja.

8.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

8.2.1 PROCESO DE ANÁLISIS:

A fin de realizar el análisis de la información recolectada durante el proceso de investigación, y para dar respuesta a los objetivos específicos planteados al inicio de este estudio, se exponen a continuación los resultados que emergen a partir del análisis cualitativo de contenidos de las entrevistas realizadas. Para estos fines se explicará en primer término el proceso realizado. En primer lugar, se realizó una transcripción y vaciado fiel de cada una de las entrevistas realizadas a las mujeres primigestas participantes. Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de codificación que permitió la creación de categorías temáticas,

que surgieron tanto a partir de los contenidos procedentes del marco teórico del presente estudio (categorías a priori), como también de forma emergente a partir de los propios relatos de las participantes. El proceso continuó con la confección de una serie de matrices de códigos, las cuales abordaron por separado la totalidad de los objetivos específicos planteados. Con ello se consiguió asociar las categorías y subcategorías temáticas a priori y las emergentes con los relatos de las mujeres primigestas. Desde este proceso de análisis, se expondrán los resultados del presente estudio, respondiendo a cada una de las preguntas de investigación en el orden propuesto inicialmente.

8.2.1.1 Objetivo Específico 1:

Comprender el vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino

Para lograr la comprensión del vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino, las categorías temáticas se obtuvieron casi en su totalidad a partir de los relatos de las vivencias del proceso de embarazo, que abarcan tanto la vivencia de maternidad en las mujeres participantes como la vivencia del vínculo afectivo establecido con la figura del bebé intrauterino.

1.1 Vivencias de la maternidad:

Las mujeres participantes comprenden la maternidad como una experiencia nueva y significativa en sus vidas, que se caracteriza por los siguientes procesos:

1.1.1 Descubrimiento del embarazo

El primer momento que abre las puertas hacia la vivencia de maternidad es el descubrimiento del embarazo, categoría que integra las siguientes subcategorías de contenido:

1.1.1.1 Enfrentamiento de la noticia del embarazo

La noticia del embarazo supone un momento particular en la vida de las mujeres primigestas participantes. Dentro de las primeras reacciones, se evidencia la sospecha previa sobre un potencial embarazo, que luego de confirmarse deriva en diferentes reacciones emocionales, siendo la más frecuente el llanto y la sorpresa, impulsado por diversos sentimientos, tanto

positivos como negativos, en cuanto a las circunstancias que rodean al embarazo, que en algunos casos no es planificado. Aparece también el miedo y las ansiedades con respecto a la adaptación que supone un embarazo, tanto a nivel individual, como también la respuesta del entorno, aunque en general se evidencia que finalmente se produce una aceptación de la noticia. Respecto a ello, las participantes señalan:

“Yo lo tomé... al principio yo lo sospechaba, porque además uno sabe que se comportó irregularmente en el proceso cuando uno se cuida. Entonces uno también lo sospecha que puede pasar, pero ya me había pasado varias veces que por ejemplo tenía retrasos entonces nunca pensé que esta vez iba a ser verdad. Al principio... lo acepté, o sea siempre lo acepté, si yo dije... si va a pasar tengo que aceptarlo de buena forma, para qué me voy a echar a morir, si también tengo una pareja estable, tengo una casa, tengo un trabajo estable, las condiciones están. Entonces al principio lloré, pero como... yo creo que fue el shock que me causó la noticia, el examen que me hice, pero después me reía, fue toda una serie de sentimientos que me pasaron en el momento, pero siempre lo tomé bien, nunca me achiqué o me deprimí o lo tomé mal, nunca” (C)

“...Ya llevo una semana, y yo tomaba pastillas si po’. Y... en la tarde, después de eso, me compré un test. Y como les contaba yo la vez pasada, me lo compré pensando en “oh... voy a perder la plata, podría haberla ocupado en otra cosa porque esto me va a salir negativo”. Me lo hice en la noche. Quería hacerlo en la mañana, porque se supone que está más presente la hormona del embarazo pero no me aguanté, me lo hice en la noche, eran como las doce y media, cuando estaban todos durmiendo. Esperé que estuvieran todos durmiendo en mi casa. Y me lo fui a hacer... yo esperando que saliera una sola rayita, si no estaba preparada para que salieran dos... y cuando veo las... las dos rayitas... Eh... en realidad no supe qué hacer... fue como que me puse demasiado nerviosa y lo primero que atiné a hacer fue despertar a mi mamá. Eh... sí, de hecho yo la noticia no se la conté así como las típicas niñas que... como que... los papás se sientan y todo eso... no. Yo la desperté y le dije... le mostré el test. Y de hecho de ahí de los puros nervios me puse a vomitar.” (K)

“Yo fui al doctor porque tenía un dolor muy fuerte en un costado y yo... según yo era apendicitis (ríe), entonces yo fui al doctor y mi pololo no me podía acompañar... como que sospechábamos que a lo mejor igual podía ser que yo estaba embarazada... no me pudo acompañar. Entonces yo igual tenía como susto... ya po, ese día me hicieron... me mandaron a la parte de maternidad y me hicieron al tiro un examen para ver si yo estaba embarazada y tuve que esperar una hora, una larga hora (ríe)... ese día igual me acuerdo que fue como raro, porque había una niña que era más jovencita que yo po, y yo tenía mucho miedo porque yo decía “chuta, si estoy embarazada cómo le voy a contar a los demás que lo estoy” po’, y cuando me llamaron adentro para saber el resultado eh... cuando entré para dentro el doctor me dijo “usted está muy embarazada” (ríe) siempre me recuerdo de eso y como que me dieron muchas ganas de llorar pero me aguanté y después salí y llamé a mi pololo para decirle y él me dijo... él trabajaba en el terminal entonces me di... yo tenía que viajar... entonces ya yo lo dije que me esperara ahí en la entrada y cuando me bajé del colectivo... como que le sonreí y él igual me sonrió y después me puse a llorar y me miró con una cara de mucha preocupación, como que no sabía qué hacer, pobrecito y me dijo

“pero... como yo no le decía nada, “¿pero qué pasó?” porque yo iba con los papeles en la mano no ma’ po, “¿pero qué pasó? No sé... “¿Qué te dijeron?”, “pero dime algo” y me tomó la hoja y me dijo que no sabía lo que decía ahí po, entonces yo le dije que íbamos a ser papis y él me dijo “bu, voy a tener que trabajar más noma po” y me abrazó, fue lo más tierno que pudo haber hecho en ese minuto, sí, porque igual po, a una le da miedo todas esas cosas” (M)

“Ya bueno. Cuando me enteré... estaba súper asustada, no lo podía creer. Eh... era algo inesperado en realidad, porque no pensé que iba a estar embarazada... fue como por hacerme no más el test. Y bueno... me lo hice y salió positivo (...) Entonces... bueno ahí en los cambios emocionales podría decir que lloraba todos los días, a cada rato... eh... no había momento en el que yo me riera... estaba siempre como deprimida... pensaba en que... en que mi vida iba a cambiar, qué iba a ser a futuro, qué iba a hacer yo con una guagua. Pensé que iba a dejar de estudiar, pensé que me iban a echar de mi casa. Pensé puras cosas negativas en realidad” (N)

1.1.1.2 Incredulidad frente al embarazo:

Adicionalmente, uno de los fenómenos que se presenta de forma reiterativa en los relatos de las participantes y simultáneo a la noticia del embarazo es la incredulidad, la existencia de dudas y una reacción inicial de rechazo frente a la noticia del embarazo. Además, se evidencia la existencia de reacciones de sorpresa ante esta nueva situación. En el caso de las participantes más jóvenes, la vivencia va ligada a una sensación de angustia y desmoronamiento. En relación a lo expresado, las mujeres primigestas participantes señalan:

“Bueno, yo les mencionaba también esa vez que tuve varias reacciones ante eso. Si bien es cierto ya lo venía como ya planificando en la cabeza, y anteriormente yo también quería ser mamá, igual me tomó por sorpresa. Igual tuve mi... una impresión grande del examen, incluso al principio lo malinterpreté, no lo supe analizar, y tuve que pedir ayuda para interpretarlo. Y tuve hartas emociones ahí, tuve alegría, un poco de temor también. Más que nada dudas, fue lo que más me surgió en ese momento” (C)

“Eh... después al otro día, empecé a buscar como las razones a ver si es que... si es que como que el test se podía equivocar y marcar todo positivo cuando en realidad es negativo. Yo sabía que se podía equivocar marcando negativo y estando embarazada igual, pero... todo eso como uno busca las razones de no sé dónde (...) Y pa’ mi fue terrible, como que se me derrumbó el mundo en ese momento. Fue como... como rechazo al bebé. Porque tú... o sea toda mi vida, todo mi proyecto de vida, eh... se había como entorpecido o... como más dificultado (...) Al principio cuando recién supe, era como que yo no quería que la guata me creciera, que ojalá estar... cuando yo saliera de la U en... en... a fines de Noviembre, que no se me notara ojalá. Porque no quería que nadie supiera” (K)

“No, ahí era... ¡no, que atrocidad! cuando recién yo pienso que... ah, pero si yo les conté, yo pienso que si alguien me hubiese dicho no sé, yo te llevo aquí y no sé, o tomate esto yo a lo mejor lo hubiese hecho, porque estaba como desesperada porque eh... no sabía qué hacer” (M)

“Eh... fue horrendo en realidad la... la primera reacción fue como “¡no, no, no! ¡No lo puedo creer!”. Luego me hice otro porque no lo podía creer en realidad... tampoco. Después de dos días me hice un examen de sangre, porque era algo tan increíble que... ya y ahí salió positivo y todo” (N)

1.1.1.3 Reacción del entorno frente a la noticia del embarazo:

Tras determinarse definitivamente la existencia de un embarazo, considerando los diversos medios y exámenes físicos disponibles, las mujeres participantes se ven ante la disyuntiva de comunicar a su entorno la certeza de su embarazo. Aparece un deseo en las participantes por informar a su entorno más cercano y significativo sobre la noticia. Las reacciones de éstos últimos generalmente son de apoyo y aceptación, a pesar de significar para ellos una reacción de sorpresa inicial también. Se evidencia que en el caso de las participantes más jóvenes, la preocupación es mayor que en aquellas de edad más avanzada, principalmente a partir de la forma en que se atribuye que el entorno va a tomar la noticia del embarazo. Este proceso también es significado de diversas formas por las participantes, que al respecto indican:

“Entonces después de eso, fue contarle a mi familia po'. En primer... oh, bueno, ahí estaba con mi pareja prácticamente, y después fue a mi familia y amigos. A todos les conté la noticia, en ningún momento la escondí ni nada, porque yo ya tengo una vida independiente, o sea... soy independiente, tengo un trabajo estable, tengo vivienda, tengo una renta estable... entonces, no es miedo de contar el embarazo, porque ya no necesito alguien que me lo respalde, sino más bien eh... fue una buena noticia que la que yo iba a contar” (C)

“Mi mamá me dijo que no sabía qué hacer en ese momento. Entonces... tuvimos que despertar a mi papá. A las doce y media... asustado y todo. Eh... Ahí como que fui yo la que me puse más mal. O sea igual a ellos obviamente les afectó y no estaban preparados... pero... pero me apoyaron como al tiro” (K)

“Y después le contamos a mi mamá o sea él, mi pololo le contó, pero fue así como de chiste y mi mamá como que no nos creía, entonces de repente dice “Mercedes ¿es verdad?” y yo me puse a llorar y ahí me creyó y ahí ella me dijo... porque mi mamá igual es cómo así como de campo, antigua y ella me dijo que me iba apoyar y todo y que no me iba a dejar sola... porque yo pensaba que mi mamá en ese momento me iba a decir, “ya tú no estudias más” y no sé y cosas así (...) Después él se fue a trabajar lejos (...) y un día él le contó a mi hermano por teléfono, mi hermano...(...) entonces mi hermano mayor es como el hombre de la casa, como la cabeza de la familia y mi hermano llegó muy enojado y me retó muy feo,

me acuerdo que ese día me puse a llorar y lloré toda la noche porque igual po', porque es hombre y de repente no supo tener las palabras correctas para decirlo y ahí mi mamá no se po'... (...) Después ahí se enteraron todos y ahí igual fue como difícil porque, no sé fue así como distancia con todos, todos como que se alejaron” (M)

“Entonces, porque ahí ya recién asumí que tenía la, la guagua. Eh... me acuerdo que yo estaba llorando y mi mamá se acercó y me dijo, ya claro, te voy a apoyar y todo eso. Antes peleábamos harto, harto, harto, peleábamos mucho, mucho, mucho, y de ahí ya no.” (N)

1.1.2 Adaptación al embarazo:

Desde la vivencia de las mujeres primigestas participantes, el inicio del primer embarazo supone una serie de cambios en el ámbito físico, emocional y en cuanto a las rutinas diarias que suponen la necesidad de adaptación.

En primera instancia y respecto de los cambios físicos, aparecen dos grandes procesos de ajuste frente a la vivencia del primer embarazo: la adaptación a los síntomas iniciales del embarazo y a los cambios en la corporalidad de la mujer que van ocurriendo conforme va transcurriendo el proceso de gestación.

1.1.2.1 Adaptación física al embarazo:

1.1.2.1.1 Síntomas iniciales del embarazo:

El inicio del proceso de gestación implica la vivencia de una serie de síntomas físicos, que son experimentados con diferentes grados de intensidad por las mujeres primigestas, generando a su vez niveles diferentes de impacto emocional en ellas. Los síntomas que aparecen de forma más frecuentes son las náuseas, vómitos, dolor uterino y sensibilidad en las mamas. Al respecto, las entrevistadas expresan lo siguiente:

“Tuve hartas complicaciones por el tema de los dolores típicos del embarazo, del útero... sentía mucho dolor en las noches, caminaba como dos horas y ya me venían los dolores... entonces tenía que estar con reposo. Y pa mí igual fue fuerte ese cambio físico, porque yo sentía todo en cada momento. Eh... después de eso comenzaron los... las náuseas, mucha náuseas. Estuve como dos semanas solamente con náuseas. Después vinieron los vómitos, también estuve dos o tres semanas con vómitos, y... ya pa' mi era igual un poco molesto, porque no tenía ganas de comer, eh... me daba asco ir a algún lugar, sentir un olor a comida, o cualquier olor me daba asco, hasta ir en la micro me daba asco. Entonces me complicaba un poquito tanta complicación po', pero es normal dentro del embarazo” (C)

La experiencia de los síntomas iniciales del embarazo fue significado también como traumático:

“Me costó asimilar el embarazo, sí. Me costó. Me costó. Incluso tenía rabia porque donde sentía este problema de las náuseas hasta el agua la vomitaba. O sea, pa’ mi esa cuestión no fue así de fácil. (...) El hecho que tú querías comer cosas que sabían que le hacían bien al bebé, y lo tenías que vomitar. Eso. Pa’ mi fue como traumático (...) Mira, de primera no sentía que estaba embarazada. Para mí lo único que sentía, era la náusea. Pa’ mi eso era lo principal. Incluso yo no sentía nada de que... de que tuviera en mi vientre algo... nada, sino que las náuseas, las náuseas. (...), y también eh... sí. El... como se llama... el coxis. Sí, demasiado, la cola. Y las caderas. Además que creo que cuando es mujer, como que la mujer se enancha más. Entonces es como más peligroso en ese sentido pa’ mi (ríe). Y bueno los pechos, obviamente, el dolor es increíble, o sea, tú con suerte soportas el sostén (...) Después, a los meses después ya empecé a sentir el famoso dolor uterino, en donde tú ya empiezas como a contraerte, que empieza a crecer y todo eso. Ahí ya empecé a recién asimilar que estaba embarazada” (G)

Sin embargo, en otros casos la manifestación de los síntomas iniciales no tiene connotaciones vivenciales negativas:

“Fue... eh... no tenía como muchos síntomas de embarazo así como náuseas, vómitos, todo eso que te hace pensar que puedes estar embarazada. Lo único que tenía era dolor de pechos, eh... y... iba mucho al baño, mucho a orinar, como a cada rato. Pero yo pensé que era porque como estaba en proceso de certámenes... tomaba mucha Coca-Cola en las noches” (K)

Lo que define finalmente el grado de dificultad en la adaptación a los síntomas iniciales del embarazo es la manera particular en que se vivencia la intensidad de éstos, especialmente las náuseas y los vómitos, puesto que implican además de sensaciones desagradables, un proceso de cambio en los hábitos de alimentación cotidianos. Por otro lado, los dolores uterinos son identificados también como una fuente de malestares significativos. A pesar de la dificultad que supone la adaptación a estos síntomas las vivencias terminan por entenderse como una parte necesaria del ajuste al embarazo.

1.1.2.1.2 Cambios en la imagen corporal:

Con posterioridad a estos procesos iniciales, el embarazo comienza a generar cambios en la imagen corporal de las mujeres primigestas. Lo anterior supone el desafío de ajustarse a la nueva imagen corporal, que es vivenciado de distintas formas por las participantes. El

abultamiento del abdomen resulta ser uno de los cambios de la figura corporal que mayor impacto tiene, en este sentido. El repentino aumento del tamaño de éste causa temor a perder la figura corporal previa al embarazo de forma irrecuperable. En relación a ello, las participantes señalan:

“Y, y la parte física obviamente... yo era flaca, tenía así una cinturita, entonces como que tú dices el cambio físico te cambia mucho... sí, el hecho de que ya la ropa no te quepa, eso también juega en contra psicológicamente, porque tú dices “chuta ¿y esta ropa después me va a quedar buena o no? (...) Ay mal (risas)... si po’, te sentí’ mal, porque yo era como siempre mí... mis tallitas chiquititas y entonces tú dices, chuta ¿y cómo va a ser después?” (...) A pesar de todos los cambios que tiene tu cuerpo y todo eso, que igual te deprimen de repente, porque te vai’ mirando al espejo y ya nada te queda bueno.” (G)

“Viendo el cambio físico, eh... todavía no me acostumbro mucho a caminar por la calle sola con la... con la media guatita, cuando ando con... con mi pololo me siento como súper segura y hasta se me sale más la guata (risas), eh... no... es que yo antes era más flaca po entonces (risas), como que no me acostumbro a tanto al hecho de estar más gordita y todo eso.” (N)

Por otro lado, también aparece la existencia de ansiedad por presenciar la manifestación de las evoluciones físicas propias del embarazo, como el abultamiento del abdomen y este hecho es connotado como un momento que genera vínculo afectivo con el bebé.

“Cuando me decían... mira, si la guata ya me está creciendo y me decían “a donde si no tenís ni guata”, a lo mejor me molestaban, pero era como igual como me molestaba un poco como que yo quería que me dijeran “sí, sí tenís guatita” (...) y de repente el hecho, los mismos cambios físicos, ver cómo te va creciendo la guatita, te va haciendo como inevitablemente empezar a enamorarte con tu hijo” (K)

“Eh... como lo sentí... Como me sentí, me sentí un chanchito (ríe) no, no sé, es que como que siempre supe que mi guatita no iba a crecer más, que iba a ser chiquitita porque yo a los 5 meses no tenía nada... si me creció ahora como este último mes, igual fue como fome sí porque, porque no me crecía la guatita” (M)

1.1.2.2 Cambios en las rutinas de vida a partir del embarazo:

A su vez, las dificultades asociadas a los síntomas del embarazo implican una modificación en las pautas o rutinas cotidianas de las mujeres primigestas. En este sentido, las mujeres indican:

“Al principio (ríe) igual pa’ mi fue chocante, porque yo soy una persona súper independiente, entonces, ya no poder salir, por ejemplo, porque sentía mucho dolor, pa’ mí fue igual era chocante. O salía y me tenía que estar sentando, entonces fueron cambios fuertes para mí, y yo sabía que es normal, esto es normal dentro del embarazo, pero uno no lo sabe hasta que lo vive.” (C)

En ocasiones, el propio proceso de toma de conciencia sobre la realidad del embarazo conlleva un cambio en las rutinas cotidianas previas de las mujeres primigestas y estos cambios no se limitan necesariamente a la experimentación de los síntomas característicos de este proceso:

“Y... me gustaba mucho andar en bicicleta. Y ahora sé que no se puede po’. Pero... en realidad no es mucha la diferencia. Estaba como más... llevaba una vida más... así... igual me gustaba hartito el gimnasio, el deporte. Y ahí ya paré po’ (...) Eh... de un principio igual me costó. Aparte que como yo estaba en Santiago tenía... tenía otra vida allá, más acelerada también. Allá en Santiago tu siempre andai’ acelerada po’. (...) Nada más. E ir a los controles (...) Ahí sí que me siento mal. Porque yo soy como bien... era como bien así activa, y ahora me canso rápido, o sea... me gustaba mucho caminar, ahora ya camino una cuadra y ya estoy así como...” (G)

Por otro lado, se observa que los procesos de ajuste en las propias rutinas a partir de la conciencia de estar embarazada se relacionan con la asunción de prácticas de autocuidado en las mujeres primigestas, aún en esta etapa inicial del embarazo:

“Mis rutinas diarias... por ejemplo en un día de semana... por ejemplo estudiaba cuando tenía que estudiar hasta muy tarde, en la mañana me levantaba igual muy tarde como a las 11, como a las una, que más... me iba a la U, la pasaba chancho con mis amigos, salía, carreteaba, sí, salía mucho a carretear, una persona muy carretera, pero eso no va a salir ahí (risas) y no sé... es que yo soy bastante floja la verdad, eso ha cambiado un poquito, pero un poquito nada más, ¿qué más? No sé, como eso” (M)

“Eh... bueno yo antes... yo era súper carretera (risas). Fumaba hartito igual... y... lo dejé de hacer. Me costó obvio, igual, como aceptarlo. Me costó bastante en realidad aceptar eh... que yo iba a tener que dejar cosas, pero... claro, fue la primera semana, quizás el impacto de saber que estaba embarazada (...) Era... bastante más caótico. Era extrovertida, toda mi vida era demasiado rápido, siempre tenía algo que hacer. Eh... era irresponsable. Eh... caótica. Y... y ahora no po’. Ahora tengo que ser responsable, tengo que ir con un paso ya más calmado, y... ya no sé, todo, todo es como más relajado. Eso” (N)

1.1.2.3 Susceptibilidad emocional-Hipersensibilidad:

La adaptación al embarazo también implica un proceso de ajuste emocional, caracterizado por distintas vivencias que se asocian al impacto atribuido por las mujeres primigestas, tanto al cambio en la rutina cotidiana a partir del embarazo, como a sus síntomas iniciales. Las participantes reconocen experimentar cambios en su estado de ánimo, tornándose más sensibles ante los comentarios de su entorno. Adicionalmente, se evidencia que ellas presuponen que el embarazo las vuelve más sensibles emocionalmente. Al respecto, señalan:

“No, al comienzo fue chocante, fue... muy, muy chocante. Eh... lloraba harto, sentía que... que todos tenían la culpa de... de que yo estuviera embarazada, de que ya no pudiera hacer cosas. Y... pero ahora no, ahora me encanta pasar las tardes con él y... estar relajada en realidad, como que nadie ande molestando.... Como que no hablen mucho. Entonces con él estoy como que súper... todo bien. Entonces es más tranquila, mi vida es más tranquila” (N)

“Eh... me he puesto como más llorona. Yo por lo general soy llorona así como de mi personalidad, súper sensible. Pero esto ha sido como... peor. Como que... eh... te dicen fea y... y si alguien que te importa obviamente, y me pongo a llorar. Y ha sido como lo... lo más difícil en cambios emocionales, eso de llorar así como... por nada” (K)

1.1.3 Cambios en la identidad atribuidos al embarazo:

Además de los cambios físicos experimentados por las mujeres participantes, la experiencia del primer embarazo y el consiguiente desarrollo de la maternidad genera, a su vez, una serie de modificaciones a nivel identitario en la mujer primigesta, lo que impacta en su vivencia de ser pareja, hija y mujer.

1.1.3.1 Rol de pareja:

Respecto de la concepción de sí mismas como miembros de una pareja y en relación a la experiencia del embarazo, los relatos de las participantes dan cuenta de una motivación por mantener una relación de pareja saludable, con un sentido de madurez propiciado por el mismo embarazo, a partir de la toma de conciencia sobre el paso de una díada conformada exclusivamente por ambos miembros de la pareja, hacia la tríada madre-padre-hijo/a, que involucra el reconocimiento de la existencia de un tercero como otro significativo y que incentiva el resguardo del bienestar emocional para propiciar el cuidado del bebé intrauterino. Al respecto, las mujeres participantes señalan:

“Bueno eh... como pareja pa empezar cambió harto mi rol porque yo tengo que pasar a otra etapa de... de mi vida po, a no... ya no voy a ser yo y mi pareja, ahora somos tres, entonces ya me tomo las cosas con más calma, ya no presiono más las cosas, ya no soy... yo creo que he ido madurando un poco también en este proceso porque hay que velar por un tercero po” (C)

“Como pareja... Mi rol como pareja.... No sé, se ha vuelto así como más de señora (ríe) yo pienso que mi rol de pareja se volvió como más, así como que ya no es cómo, que no es mi pololo, es como que ya es... porque igual con él cuando viene, como que vivimos juntos (...). Por ejemplo, así como cuando viene mi pareja, “ya tu hací’ el desayuno”, “ya, pero tu hací’ el almuerzo” y así y eso po, no sé, cómo que se volvió algo así como más convivientes, no sé, es como si estuviéramos casados, una cosa así, igual cambió en ese sentido porque antes nada, porque así como que ni siquiera así... a lo más yo le servía un vaso de jugo, pero nada más. Y eso po, como pareja” (M)

“Mm... antes los dos éramos como carreteros, eh... éramos súper locos, eh... no, no había mucha, mucha confianza quizás, eh... si nos mandábamos a la miércale, “ya chao no más”, pero ahora no, no se puede hacer eso po, y no es que en realidad no se pueda, sino que los dos hemos cambiado harto en ese sentido de... de decir “ya, basta con las peleas”, eh... porque igual todo le llega a la guagua, cuando yo estaba nerviosa, no sé po, me empezaba a doler la guata, todo eso. Entonces ya es como un cambio más espontáneo que hemos tenido en nuestra relación, de... de hacer las cosas bien, de comportarnos, eh... de caminar tranquilos, de hacer cosas más tranquilas, y... al principio claro era como “pucha, aburrido”, pero ahora no, no, ya para nosotros es normal llevar este ritmo de vida así que, pero... creo que hubo un cambio positivo en ese sentido del, del embarazo” (N)

1.1.3.2 Rol de hija:

La vivencia de maternidad, a su vez, involucra una resignificación del rol de hijas en las mujeres primigestas, que manifiestan evidenciar un acercamiento hacia el grupo familiar, y de forma más específica, hacia la propia figura materna, despertando sentimientos de empatía hacia ésta, lo que en último término propicia una relación más afable y reduce las situaciones de conflicto:

“Antes peleábamos harto, harto, harto, peleábamos mucho, mucho, mucho, y de ahí ya no, nosotras no, no hemos peleado, y si alguien se enoja ya no... no andamos gritando... eh... el tema de ser como hija, también yo me he dado cuenta de que ella al principio como que le decía “oye”, no sé, “tu mamá” a la guagua y como que mi mamá se sentía incómoda de decir que yo iba a ser mamá po. Pero ahora no, ahora, eh... es que no hay mucha relación ahí (...). Eh... no tengo mucha relación con, con mi mamá como diariamente, pero si la veo, si está presente en el tema de... de quizás ir a ver a mi hermano, de cuidarlo después de que él sale de la escuela mientras que su papá anda trabajando” (N)

“El embarazo me hizo más apegarme a mi mamá sí, eso sí, es que antes como que no, como que salía, vivía mi vida y ahora no, como que me hizo ser más hogareña, como

comprenderla igual porque peleaba mucho con ella, entonces me ayudó como a... no sé... como... no sé, cómo a afianzar... como que a unirnos un poquito más y yo pienso que si no hubiese estado embarazada a lo mejor no hubiese sido tanto como ahora... ahora trato como de salir con ella, no dejarla sola en la casa y cosas así, antes no (...) Sí, es como que más encima como que tú sentí' como que no cualquiera va a entender. Es que uno necesita ser mamá como para entender. Porque yo necesité ser mamá como para entender a mi mamá, entonces no sé" (M)

Dentro de la resignificación del rol de hija, aparecen también procesos de mayor conexión con ejercicio de roles parentales, asumiendo en forma empática y afectiva responsabilidades asociadas a la crianza como resultado del embarazo y de la nueva visión de sí mismas como futuras madres:

"Eh... me salió mucho más como el lado maternal con... con mis hermanos más que nada, como, como más de cuidarlo, de estar atenta, eh... yo creo que me puse como más tierna igual entonces me hace ser como más cercana también a mis papás" (K)

1.1.3.3 Rol de mujer:

Finalmente, existen también cambios asociados a la percepción de las participantes en relación a su propio rol como mujeres, a partir del embarazo:

"Mi rol como mujer... como mujer... no sé me habré vuelto más femenina (...) no sé, porque igual antes... o sea, yo no soy así como, como un machito así como ahombrá', pero igual que te volví' más sensible, más femenina, no sé (...) lo noto en todo, porque ahora trato de cuidarme más, no sé po', trato de cuidarme, trato de arreglarme un poquito, aunque a veces igual me da flojera (ríe), no sé, cosas así." (M)

"Y... el cambio como mujer, como decía antes, la madurez, creo que maduré harto pa como... y claro, yo ya era mayor, ya, o sea, tengo 22 y todo eso, pero... hace unos meses atrás era una total cabra chica, no... no me importaba nada po, y ahora sí me siento más madura, más eh... el hecho de saber que voy a ser mamá eh... me ha cambiado bastante, creo que... que mm... que ha sido har... muy positivo en realidad para mi vida, y ahora sí me siento como, mujer así eh... voy a ser mamá po (ríe), eso" (N)

Se aprecia que las mujeres primigestas participantes consideran la maternidad como un aspecto constitutivo del ser mujer. Por lo tanto, el embarazo es para ellas una experiencia que viene a relevar su rol de mujeres y su sentido de femineidad, en tanto se es madre.

1.1.3.4 Asunción positiva del rol maternal:

En suma, todo el proceso de redefinición identitaria que propicia el embarazo genera una vivencia de asunción positiva del rol maternal y expectativas favorables en relación al ejercicio de este rol. Surge como un aspecto en común en las participantes el deseo por garantizar un buen pasar para sus futuros hijos/as y la asunción de conductas responsables. Respecto a ello, las mujeres primigestas señalan lo siguiente:

“Sí, lo que yo espero es llevar una buena maternidad, quiero ser una buena madre, tener... que tenga un buen padre, que tenga unos buenos tíos, amigos, abuelos, entonces yo espero que todo se desarrolle de la mejor manera. Entonces, para esto yo estoy tratando de... no sé si cambiar, pero adaptarme a los diferentes cambios sin que me produzcan un proceso muy fuerte, algo impactante, no quiero que me pase, entonces más que nada en ese sentido” (C)

“Eh... la responsabilidad de los controles médicos, del cuidarte de la alimentación, eh... el preocuparte porque el niño crezca en un buen ambiente, de uno estar bien para que el bebé pueda estar bien eh, es como eso” (K)

“Por ejemplo ahora, estoy más motivada a que me vaya bien en la Universidad. Eh... responsable en las horas de llegada a mi casa. Responsable en tener que ir a los controles. Eh... tener que ir a la nutricionista, al dentista. Nunca he faltado a ninguna hora, entonces... antes si tenía que ir a algún test, ah... me daba lo mismo. Pero ahora tengo la responsabilidad más que nada de... de saber que tengo que pasar mis ramos por... para terminar luego, tener un trabajo estable y poder eh... tener un buen futuro para mi hija. Eso” (N)

“Como que no sé, porque es como lo que yo, yo pienso que será con la Anto después así como que cuando yo le diga algo, que como que no necesite decirle “Anto, Anto, Anto, Anto”, como decirle una vez noma, eh... no sé, como que igual me he vuelto más mamá, me he vuelto más comprensiva, ayudo más a mi mamá en la casa, soy toda una dueña de casa. La verdad es que a mí con la Anto, o sea a mi ahora sí con la Anto a mí me gustaría tener una casa y tener a mi pololo y que él llegara...” (M)

Finalmente, de todas las características propias de la asunción del rol maternal, resalta de forma significativa en los relatos de las participantes la preocupación y la búsqueda de bienestar en el presente y en el futuro, éste último proyectado en forma de expectativas favorables en relación a su propio bienestar y al de sus futuros hijos e hijas.

1.1.4 Cambios en las relaciones sociales atribuidos al embarazo:

El embarazo y la maternidad, como experiencias nuevas en la vida de las mujeres primigestas, involucran cambios que trascienden a sus propias individualidades. Es así que

también ellas reconocen la experimentación de cambios en sus relaciones sociales a partir del proceso de gestación, las que son vivenciadas de forma diferente a partir del significado atribuido por cada una de las participantes. En algunos casos las participantes perciben un distanciamiento de parte de sus amistades más cercanas. En otros casos, refieren que el embarazo no tiene un mayor impacto en sus relaciones sociales. En relación a ello, indican:

“Mis relaciones sociales... eh... no sé, porque con mis amigas, por ejemplo, como que de un minuto a otro... así como que ¡pf! desaparecieron, quedaron como lo así... no sé po’... quedaron muy pocos, mis amigos, como que los que quedaron están preocupados “¿cómo estás?” y todo. Pero otros así parece que no eran tan amigos, como que desaparecieron, como que no me hablan o de repente me dicen así como cosas como, “no, tú pololo se puede enojar” y yo digo “¡pero cómo se va a enojar!” es como ridículo, “¿por qué se va a enojar porque yo hablo contigo?”, entonces no sé, como que se alejaron” (M)

“Es que no es tanto que yo ande buscando, buscando que se... que estén en mi embarazo, por ejemplo tengo amigas que, que... que se alejaron, o... o quizás ellas lo ven desde el punto de vista que yo me alejé, pero... pero como que yo ya no salgo a carretear con ellas, ya, ya no, no hablamos tanto, pero sí tengo amigas que... que me preguntan todo el día así como “Nati, ¿cómo estay, cómo está la Antonia?”, eh... eso, pero no, no es como tanto que yo ande buscando integrar a la gente a mi embarazo” (N)

Por otro lado, desde otra perspectiva, la vivencia se relaciona con un cambio en las relaciones sociales caracterizado como una aproximación a los demás. En este sentido, las participantes reconocen haberse tornado más afectivas hacia otros, lo que atribuyen al mismo embarazo:

“Yo creo que no han cambiado nada, han mejorado en el sentido de más apego, porque tampoco nunca he sido mala, pero quizás más cercana podría decirlo, pero siguen siendo las mismas relaciones que mantengo con las mismas personas (...) Más apego en el sentido afectivo porque como yo no soy muy afectiva ahora trato sí de ser más cariñosa, de conversar más mis cambios, antes era un poco más reservada, ahora sí lo converso, en ese sentido yo he cambiado” (C)

“Es que me gusta, porque me gusta ser más, como más tierna, como, como yo les comentaba anteriormente me costaba mucho así el lazo con gente, como con mis amigas, por ejemplo, era poco como de decir te quiero o cosas así, porque me cuesta con los demás, con mi familia no, pero con los demás sí, entonces eso sí ha cambiado hartito, ha sido como “te queremos” corazones, besos, cosas así.” (K)

1.1.5 Desarrollo de la maternidad:

La maternidad se caracteriza por ser un proceso en constante evolución desde la vivencia de estas mujeres. A partir de ello es que se identifica la existencia de ciertos momentos significativos en el proceso de desarrollo de ésta.

1.1.5.1 Percepción del momento de inicio de la maternidad:

En primer lugar, el inicio de la vivencia de la maternidad no coincide necesariamente con el embarazo, sino que en algunos casos se asocia a experiencias significativas en materia de cuidado hacia otros, o bien por el hecho de reconocerse a sí misma como una madre en el futuro:

“Eh... si bien yo creo que desde antes, desde que uno piensa en la idea del bebé yo creo que de ahí comenzó mi maternidad porque yo ya lo venía conversando hace un tiempo, si bien no me... no lo programé pero yo ya lo venía pensando un tiempo atrás entonces yo sabía que finalmente me iba a convertir en madre. Entonces pa’ mi desde ahí nació la maternidad, cuando ya pienso en otra persona que no soy yo po, pienso en un tercero” (C) (...) Como yo les comentaba, está desde que uno piensa en ser madre, pa’ mi ahí pa... nace la maternidad, ya el pensar en un tercero como alguien vivo, ya es estar centrándote en un vínculo familiar”(C)

Por otra parte, también se evidencia la existencia de hitos o momentos significativos que determinan un cambio en la conciencia de las mujeres en cuanto a reconocerse a sí mismas como madres. Dentro de estos hitos se reconoce como significativo la percepción de los primeros movimientos fetales, el sentir los latidos del corazón del bebé intrauterino y las emociones asociadas a la experiencia de las primeras ecografías y el ultrasonido. Comienza entonces la vivencia de sentirse madres por primera vez. El desarrollo de la maternidad se caracteriza entonces por la aparición de otras particularidades propias de esta nueva experiencia. Al respecto, las participantes indicaron que:

“¿Cuándo marcó ese inicio?... Cuando la sentí, por primera vez, cuando sentí que era un... un cómo se llama... un gusanito, una mariposita en la guatita, ahí dije “ah sí, realmente estoy embarazada”, porque de primera no la sentía y me daba como miedo, que a lo mejor, dije yo es pura fantasía de uno eh... en este momento yo creo que sentí realmente que iba a ser mamá, cuando la sentí, antes no (...) Estaba, me acuerdo... que estaba durmiendo y lo primero que hacía era “Gerardo, se me movió, se me movió” y él quería escucharla pero no se movía po’ (risas) ese fue yo creo que el primer momento en que asimilé recién que iba a ser mamá. (...) Cuando la sentí dije “ah chuta, sí realmente estoy embarazada, (ríe) voy a ser mamá” (G)

“La primera experiencia que tuve fue la primera ecografía a las siete semanas, y yo como que veía algo diferente que lo que me estaba pasando, como que yo veía la pantalla y pa’ mí era como algo externo, yo estaba tan nerviosa que no lo vi como algo propio, después ya cuando me hicieron un ultrasonido, pero solamente sonido cuando uno puede escuchar los latidos del corazón, ya ahí cambió mi mundo y me hizo un, realmente un apego, a... ahí yo como que senté cabeza y dije “realmente estoy embarazada””(C)

“Pero yo sentí a mi guagüita y yo pienso que ahí está, es como más el sentimiento, porque yo sentí a mi bebé y yo como que... cuando la primera vez que la vi, que fue como a las, siempre me acuerdo... que tenía 6 semanas, pero la primera vez que la vi fue en el hospital, y yo sentí latir su corazón y supe que la amaba y no quería perderla. Sí, fue como lo más lindo, fue como lo más emocionante sentirla porque tú no te imaginas como una cosita así, está dentro de ti, es algo tan inexplicable, yo pienso que a lo mejor no sé, si no hubiese tenido un acercamiento así no sé por qué fue tan lindo, no sé (...) Pero yo la vi y se veía el corazoncito y se escuchaba su corazón y como latía y era una cosita así como una frutillita tan bonita, todavía me acuerdo, incluso el doctor, el doctor me regaló esa eco, porque nunca había tenido una eco, y fue tan bonito, entonces eso fue como así como un antes y un después, sí, eso fue lo mejor” (M)

“Sí, en realidad fue yo creo como después de la ecografía, la primera ecografía, eh... ver al... a la guagua fue como ya... un detonante para, para un gran cambio, ya un paso diferente que dar en mi vida. Claro. Fue más que eso, verla. Porque antes de eso era como... no... aparte que no tenía guatita po, entonces era como... no, no, no. Aquí no hay nada” (N)

1.1.5.2 Ansiedades vividas durante el embarazo:

Dada la connotación de asunción progresiva de la maternidad, el proceso genera la experimentación de sentimientos acordes a cada etapa del embarazo y además, de ciertas expectativas y/o ansiedades proyectadas hacia el futuro. En este sentido, destacan en primer lugar los temores asociados a las potenciales complicaciones del embarazo durante el primer trimestre. De ellos, los más frecuentes son el temor a experimentar la pérdida del embarazo y del bebé intrauterino, y por otro lado el temor al desarrollo no saludable del embarazo y por ende, del hijo/a en gestación.

1.1.5.2.1 Temor a perder el bebé intrauterino:

En primer lugar, el temor a la pérdida del embarazo y del bebé intrauterino durante el primer trimestre de gestación aparece de forma frecuente en los relatos de las participantes. Los cambios físicos que ocurren en torno a esta etapa del embarazo también se constituyen como un factor que propicia miedos y ansiedades. Al respecto, las participantes expresaron:

“Yo tenía mucho miedo que podía pasar algo porque he tenido mucha experiencia de mujeres que han perdido su bebé en los primeros tres meses, que es el más complicado, entonces he escuchado casos cercanos que han perdido el bebé, he escuchado dos, entonces yo dije puede que me pase lo mismo porque de un momento a otro dejé de sentir todos los síntomas, entonces me asusté, pero ya cuando sentí los latidos esa fue mi primera emoción, ahí me confirmó que todo iba bien y como que se fueron mis miedos” (C)

“Pero igual... eh... por el problema que yo había tenido anteriormente, una trombosis, entonces... eso no, no me mantenía muy tranquila, porque en cualquier momento yo podía tener un aborto. Y... aparte de eso, físicamente yo también me podía dar una trombosis. Entonces, eh... estuve mal” (G)

“Por ejemplo, estuve... iba mucho al doctor porque tenía mucho vómito, tuve al principio así como con sangrado, entonces lo viví más o menos fue como difícil retenerla (...) Con lo del sangrado... no, jeso fue terrible! , o sea no tan terrible, pero es que tú no sabís que está pasando con tu cuerpo, tú no sabís que te va a pasar a ti (...) Entonces llegar allá y que te digan así como que no sé... pero igual, es como preocupante, porque es mi primera guagüita, entonces tu querís que siempre este bien y que te digan que puede estar mal...” (M)

1.1.5.2.2 Temor al desarrollo no saludable del bebé intrauterino:

Otra de las ansiedades y temores asociados a esta etapa se relaciona con el temor al desarrollo no saludable del embarazo y las potenciales complicaciones que el proceso de gestación pudiera tener. En este sentido, las mujeres primigestas sienten la responsabilidad de llevar un embarazo sano, por lo que esta preocupación se transforma en una fuente de ansiedad constante durante el primer trimestre de gestación:

“Me gustaría que fuera sano, creo que debería ser sano por mi antecedentes familiares, pero uno nunca sabe... a veces eso igual da temor, yo creo que a todas las mamás les da miedo que pueda salir con una enfermedad... yo tuve muchas enfermedades entonces también me da miedo en ese sentido... (...) Y después comenzó la preocupación por el ámbito de la salud. Por el tema que... eh... yo tengo antecedentes de... he tenido varias enfermedades cuando, cuando chica sobre todo. Entonces yo estaba en ese sentido, porque nunca me había hecho tantos exámenes como para saber si estaba bien de salud o no. Entonces esa fue la preocupación principal, preocuparme de la salud (...) El tema de la salud, que quería que saliera todo bien y los temores que a uno igual le dan que vaya a salir algo mal con el bebé, y ese tipo de temores. Como que quería que saliera sanito, pero más allá no” (C)

“Y... tratar de preguntar cada vez que iba a control si acaso era normal, y todo era normal, todo es normal. Todo es normal. Hasta que ya después se te pasa todo eso. Después ya tú ves que eso ya va siendo parte de tu vida. Todos los días si te molesta aquí... “ah ya, sí me duele”, pero ya tú como que ya no, lo desapercibes un poco” (G)

“Igual fue como fome sí porque, porque no me crecía la guatita, entonces pensaban que mi Anto tenía algún problema entonces fue triste, entonces yo lloraba porque tú no sabís que le está pasando, era como lo que te decía delante. Porque que ella esté mal, significa que tú estás haciendo algo mal, y por eso ella está mal” (M)

“Sí... bastante miedo en realidad. Los primeros exámenes fueron de... de qué fueron... eh, de anemia, esas cosas. Y... y en realidad, eh... en el momento en que la matrona pone caras así como de... chan chan.... No sé qué me va a decir po’. Pero los primeros exámenes, por ejemplo, salieron bien. Y ahora los segundos que fui a buscar, yo iba un poco más tranquila como los primeros habían salido bien. Pero al momento que ella me dijo que estaban alterados y todo... porque tenía diabetes y todo eso... entonces igual fue como... ahora de nuevo me volvió ese miedo a ir a buscar otro examen que me pueda salir malo (...) Y también es difícil cuando, en el momento en que una sabe que le van a entregar los exámenes, qué resultados van a dar. Eso (...) Como digo, estaba sanita, no tenía nada, y fue como la mayor felicidad. Cada vez que me toca ir al hospital como a urgencias, o me siento mal, siempre voy como con el miedo de que algo le vaya a pasar, de que algo esté mal. Pero luego me dicen que ya está bien, es como ya... da lo mismo que me duela algo, si la guagua está bien. Eso.” (N)

1.1.5.2.3 Expectación ansiosa respecto del nacimiento:

La progresión del desarrollo del embarazo y la aparición de sus manifestaciones físicas más evidentes, que traen consigo la modificación de la imagen corporal de la mujer primigesta y la asunción de su rol como madre, generan además un sentido de expectación ansiosa por el nacimiento del hijo/a. En algunos casos, esta ansiedad se asocia frecuentemente con las instancias en las cuales la madre y su entorno comienzan con los preparativos para la recepción de su hijo/a. En otros, tiene relación con dudas y temores respecto a lo que sucederá en cuanto a los cambios en la rutina tras el nacimiento del futuro hijo/a:

“Y viendo cosas po, mirando cositas, ponte tú el coche, que es lo primero que uno ve... su cuna, que viene de regalo (ríe). Ojalá... así, eso (...) Eh... ¿qué se siente? Ahí es donde tú tienes ganas de que salga luego. Que nazca luego, no se po’, que ande por aquí... esos son como los momentos más ricos. De pensar que ella ya esté aquí. Que salga de la guatita luego, no verme con esa guata así en el verano... (Gesticula simulando un gran vientre) (...) Eh... que quiero que nazca luego. Sí, la quiero tener luego. A lo mejor el hecho de que igual te quita harta energía, y ya... ya no tienes la misma energía de antes po’. Entonces como que ya te dan ganas de tenerla luego. Para saber cómo es y todo eso (ríe)” (G)

“Es que es rica, es como una ansiedad rica, como... que me doy cuenta de, “¡oh! ¡Quiero eso, quiero eso!” y a todas las cosas lindas. Por ejemplo que es la tienda como más linda de bebé, y yo la quería toda y yo le decía a... Felipe se llama mi pareja, y le decía “me doy cuenta que voy a ser una mamá como de estas compradoras compulsivas, podríamos decir”, pero se siente genial, porque es como una sensación rica, como rica, rica, se siente bien (...) Y... de hecho ya estoy como ansiosa por tenerlo luego así como en los brazos, o

de... de vestirlo, eh... sin nada como temores como a vestirlo, cosas así como lastimarlo, pero... yo creo que va a salir bien, todo bien” (K)

“Me siento como ansiosa, me siento así como... no sé, es que tocarte la guatita es como que tú le hagai’ cariñito, es como que tú la querai’ mucho, es como mi forma de demostrarle que yo la quiero, y eso (...) No sé po’, es que ya va a ser algo como más tocable porque ahora está en la guatita pero es que no la tengo así, no la puedo tener en mis brazos, igual es amor obvio y después ese amor va a ir creciendo más y más, pero es que no sé, es que ya estoy en esa etapa en que a estoy ansiosa por tenerla aquí (...) Más ansiosa (ríe) no, es que ya estoy como rallando la papa, no, ya estoy mal (ríe) (...) entonces de antes comenzó mi ansiedad pero ahora estoy como no sé una mezcla así es rara, como ansiosa, eufórica y todo, no sé po estoy tratando de, de que llegue así sus cositas ya está todo listo para que llegue falta que ella legue noma, está todo listo para que ella llegue hace como un mes atrás (ríe) si incluso están listas como todas sus cosas pero menos las mías y no sé pero es, lo único que quiero es que llegue pronto, pero que llegue sanita obvio” (M)

1.1.5.3 Vivencia de ser primigesta:

La experiencia del primer embarazo en la vida de la mujer resulta ser una vivencia significativa y particular para cada una de las mujeres primigestas participantes. En este proceso se enfrentan a una serie de nuevas responsabilidades, que sumadas a todas las transformaciones personales ya expuestas anteriormente, configuran una vivencia integrada del proceso de embarazo y sus particularidades. En general, las mujeres destacan los sentimientos positivos que ha activado consigo el proceso de gestación en cada una, a pesar de las complicaciones derivadas de los síntomas físicos, los cambios en las rutinas cotidianas y el impacto del embarazo en las relaciones sociales. El proceso de desarrollo de la maternidad como una instancia nueva en sus vidas, y que involucra incluso una redefinición en sus propias identidades, produce en último término una sensación de satisfacción con el proceso de embarazo a nivel general. Si bien en los inicios de la gestación se presentan las ansiedades y preocupaciones ya descritas, las participantes coinciden en que éstas son producto de la significación del embarazo como una experiencia totalmente nueva en sus vidas, con todas las transformaciones y ajustes que este implica. En este sentido, las participantes indican:

“Lo más lindo de estar embarazada. En realidad, todo el proceso. Aunque haya tenido vómitos y todo eso, creo que fue parte de la vida, no más, que me tocó. Que otras mujeres, si no lo sienten, bien. Pero... no, me marcó todo. El mejor proceso yo creo que fue todo. Ya sea malo, bueno, todo. Todo. Todo me marcó. Hasta ahora, sobre todo en la noche. Sí. Sea bueno o sea malo, me marcó todo. Todo el proceso. Sea bueno o malo. Para mí... estar embarazada por primera vez... eh... en una sola palabra: hermoso. Es hermoso estar

embarazada. A pesar de todos los cambios que tiene tu cuerpo y todo eso, que igual te deprimen de repente, porque te va mirando al espejo y ya nada te queda bueno. Pero, no, hermoso. Así lo puedo, lo puedo redactar en una sola palabra: hermoso. Estar embarazada, a pesar del proceso que uno pasa. Pero es bonito. Y cansador. Pero es bonito.” (G)

“¿Qué significa para mí?... significa lo más importante en mi vida, es que es lo mejor (ríe) si, pero igual es mi primer embarazo, y como que no quiero que haya otro, a lo mejor con el tiempo después como que me va a gustar la idea así como de ser mamá... que ahora así como que, que me va llevar como a pensar a planificar tener otro hijo, pero ahora, como que no, yo pienso que este es el primero y el último. (...) Es nueva po, porque yo pienso que con un segundo hijo ya como que tú cachai más po, no sé ya sabí’ como cambiarle los paños o como darle la mamadera, yo de eso no sé nada la verdad, porque nunca fui cercana, mi sobrino el más cercano que le cambié paños como dos veces y más encima lo hice mal (ríe) entonces con la Anto voy a aprender todo eso porque voy a tener que obligadamente hacerlo (...) Hasta ahora... no sé, igual yo he aprendido hartas cosas nuevas, no sé... y eso po” (M)

“Bueno el embarazo total... plenamente nuevo en mi vida, eh... han sido hartas emociones distintas po, por el lado familiar, el lado de mi pareja, eh... de lo que yo quiero como mi vida y también cambiar mis proyectos, también adecuarlos a que ya vamos a ser tres, entonces ha despertado muchas reflexiones en mí, si yo realmente creo que estoy preparada o no, y creo que nadie puede estar preparada, sobre todo cuando es madre por primera vez, pero uno se va adecuando a los cambios.” (C)

“Uy! (suspira) (risas), eh... en realidad yo me voy a ir a vivir a la casa de él, entonces eh... claramente voy a estar con todo el apoyo y todo eso, pero pa’ mí es difícil como el hecho de ser mamá primeriza y de que me tengan que estar enseñando todo. Por ejemplo, eh... no sé, ya, que ellos le cambien el paño primero, o que ellos le den su primer baño, eh... pa’ mí, no me gusta mucho la idea de que ellos hagan todo primero, pero claramente voy a necesitar esa ayuda porque yo no sé (...) Eh... es que creo que, por ejemplo... esta es una experiencia nueva, si es la primera vez. Una experiencia nueva que va a durar para siempre, no va a ser momentánea (ríe)” (N)

1.2. Vivencias sobre la evolución en la construcción del vínculo de apego prenatal:

1.2.1 Vivencia progresivamente positiva del vínculo:

Respecto de la gestación del vínculo, cada una de las madres experimenta un proceso en particular en la construcción del vínculo con su propio bebé intrauterino, especialmente en consideración de las circunstancias que rodean el inicio del embarazo. En relación a ello, el apego prenatal para ellas se construye como un vínculo a partir de una vivencia positiva desde un inicio o progresivamente positiva conforme avanza el embarazo. Esto ocurriría debido, entre otras cosas, al impacto que provoca inicialmente la noticia, además del proceso de adaptación física que supone la gestación durante el primer trimestre. Una vez

que el vínculo comienza a aumentar y se torna en una vivencia positiva, surgen deseos en las participantes por ver el abultamiento del vientre y por desplegar mayores prácticas de interacción con sus futuros hijos/as. En cuanto a ello, ellas señalan:

“La verdad es que no sé en qué momento se puede haber creado. Porque, creo que la he retado todo el tiempo, por el hecho que me daban ganas de vomitar, eh... yo creo que hasta mal le hablaba. (...) Y después cuando ya yo sé que se me empezó a pasar, ahí fue cuando logré como un lazo más, más emocionante, más emotivo, cuando ya se me pasó eso. Ahí yo creo que se produjo más el lazo entre mamá e hija, para poder conversarle po’. Porque yo sentía pura rabia no más cuando estaba embarazada. Cuando me hacía vomitar y me lo pasaba mucho en el baño, yo creo que ahí nunca hubo un lazo con la... nunca, nunca. (...) Yo creo que ahí fue, ahí se pasó, ahí sentí un lazo con ella. Nada po (...) Sí. Pero no, el proceso lo encuentro bonito, a pesar de todas las dificultades de repente, y en el momento que uno lo empieza a disfrutar, pero... es lo que te tocó vivir no más, si te tocó bien, bueno o malo la historia desde el principio... pero encuentro que es un proceso bonito, independiente de (...) (G)

“Oh, en realidad uno en ese momento ve como todo negro, más de lo que es. Y... fue pasando eso. Ah, y era como el rechazo a mi pareja, seguía. Y fue pasando el tiempo, yo... tenía un mes y medio de embarazo. Como a los dos meses y medio vine recién como a aceptarlo (...) pero fue como bien terrible el otro proceso para mí. Como de llanto todos los días, todas las noches... como bien fome. (...) Y... y a los dos meses y medio ya empecé como... como a asumirlo bien, y ahí ya me acerqué de nuevo al papá del bebé. Y ahí fue cuando después volvimos. Y de ahí en adelante fue todo muy bonito. Eh... estaba ansiosa como por querer sentirlo... eh... y que tampoco lo sentía. Hasta los cinco meses. Entonces igual me ponía como más ansiosa de eso. Empecé como a... ahí empezaba como a hablarle... (...) Y después cuando ya como que lo acepté... era como que me miraba la guata y lo único que quería era que creciera. Entonces fue ese cambio... totalmente” (K)

“Sí po, obvio que cambió, no ves que yo te decía que al principio eso, de que al principio como que no sé, la rechazaba, pero eso fue al principio no ma” (M)

1.2.2 Construcción del vínculo de apego prenatal:

1.2.2.1 Percepción de movimientos fetales:

Se ha reconocido que existen diversas instancias que dan cuenta de la formación de este vínculo de apego prenatal de las mujeres primigestas con sus bebés intrauterinos. Entre ellas, destaca principalmente la percepción de los primeros movimientos fetales. En sus relatos las participantes reconocen emociones de satisfacción y goce. Además, aparece una sensación de tranquilidad, pues se ha evidenciado que las participantes asocian los movimientos del bebé intrauterino a un desarrollo saludable de éste último. En este sentido, ellas indican diferentes reacciones:

“Y ella como que te..., es como a ver... como te digo yo... es como un pescadito no más todavía (...) Ah... rico po’. Sí... además que como se mueve y todo eso... sus patitas y todo. (...) La toco. La toco. Porque yo sé que está moviéndose por algo, po’. (...) Eso po’ con las palmaditas así, porque no son patadas porque yo vi y tiene una patitas chiquititas, entonces como que el gusanito que anda ahí dando vueltas (...) Chuta... eh... bueno de primera uno no se convence que está embarazada hasta cuando ya empieza a sentirlo, a pesar de todas las náuseas y todas esas cosas eh... eso es lo más emocionante yo creo, cuando tú ya empiezas a sentirlo a tener como ya el contacto con... con tu bebé (...) Y ahora ya no po, ahora ya son... a los seis, siete meses es rico porque tu empiezas como a sentir digamos las palpitaciones, que se mueva, de que cuando estas acostada ya sientes que a ella le molesta el momento de que tú estás...”(G)

“Eh... estaba ansiosa como por querer sentirlo... eh... y que tampoco lo sentía. Hasta los cinco meses. Entonces igual me ponía como más ansiosa de eso. Empecé como a... ahí empezaba como a hablarle... (...) Y... ahora empezar a sentirlo igual... no lo sentía. Como hace dos noches empecé a sentirlo. Eso se siente genial. Y eso hace también que el vínculo sea más. Cuando tú empezái a sentir (...) Pero cuando empezái a sentirlo, es como que ya lo sientes parte de ti, como tuyo. Entonces, se siente como genial, además que todavía lo siento yo solamente porque... no.... Entonces es como una conexión única, así, sólo él y mía. (...)” (K)

“Era una cosita que se movía así no tenía nada, entonces eso... eso fue lo más importante. Después de eso como que ella es todo para mí, yo no le haría nada y es lo mejor que me pudo haber pasado” (M)

La percepción de los primeros movimientos fetales no es siempre significada como una sensación física agradable, pues supone un evento completamente nuevo en la vida de la mujer primigesta:

“Eh... estaba... no estaba acostada en mi casa y de repente sentí como aquí como algo así como que “shh”, se moviera. Y fue... diferente en realidad. Eh... no sé... fue... aunque suene feo fue como traumante al principio, porque... sentir que se movía algo adentro (ríe). Pero ahora contenta de que se mueva po’ (...) Eh... en realidad es algo súper especial, porque... es algo... que, no, no sé cómo decirlo. Es especial, y en principio era súper... era como cuático porque... las primeras veces que se movía yo decía “¡ay!” y sacaba las manos y me ponía a llorar, porque me daban muchos nervios. Pero ahora como entre más se mueve, más bacán... así. Cuando no se mueve es como “ya... que te pasa, ¿estás durmiendo?”. Es como eso (...) Sentir cuando se empezó a mover, todas esas cosas creo que influyeron demasiado en mi cambio eh... de pensamiento hacia la bebé, y en el sentir también, porque eh... cambia todo eso. (N)

Las madres primigestas tienden a relacionar la percepción de los movimientos fetales con el bienestar del bebé intrauterino. Esta característica es la que provoca el deseo de la mujer primigesta por percibir el movimiento fetal de forma sistemática a lo largo del embarazo,

pues se constituye como una forma de retroalimentación respecto del estado del bebé intrauterino.

1.2.2.2 Conexión emocional con el bebé intrauterino

Los movimientos fetales se constituyen finalmente como precursores del vínculo de apego prenatal entre la madre y su bebé intrauterino, y por consiguiente despiertan una serie de emociones y sentimientos en la mujer gestante hacia su bebé. Esta conexión emocional única se puede observar en sus relatos a partir de la forma en que vivencian su propia construcción del vínculo de apego prenatal:

“Primero, amor. Mucho amor. Que sintiera que lo queremos hartoo, po’. A través de los cariños, las caricias, la conversación, etcétera, del ambiente. Felicidad también. (...) Entonces sí ha despertado emociones hasta el momento, yo creo que así van a ir aumentando, que si voy a tener emociones, pero no sé qué tipo de emoción, yo creo que tengo que vivirlo solamente, pero yo me imagino que va a ser tan positivo como ha ido hasta ahora que me ha hecho un poquito cambiar mi vida” (C)

“Eh... sí, se siente bacán. Se siente rico. Porque sientes que no estás sola po’. (...) El vínculo es ese cuando me preocupa cuando ella no se mueve o no la sienta, ahí yo creo que converso más que cuando, sí... (...) ¿Cómo me siento yo? Es rico, sí, es rico sentirla porque tú sabes que ya está bien, te está escuchando, si tú le estas conversando es como una respuesta que te está dando, que te está escuchando (...) No sabría explicarte cómo es un lazo así, entre ella y yo. Que me entiende todo lo que yo converso, es como... rico, y que tú le pongas la mano en la guata y que ella sienta que tú estás ahí, ese es un lazo rico, que te emociona. Sí, te emociona. Es rico (...) Es como rico. Como que ya conoce las voces. (...) Es que la Martina la tienes dentro tuyo, o sea, no podría haber un sentimiento igual al... al que yo le pueda tener no sé po, a mi papá, a mi mamá, que yo los amo, los adoro, pero ahora tengo una hija... y es un lazo...es un sentimiento diferente, que hasta de repente yo... por ejemplo, con el Gerardo, yo... yo... es mi esposo, yo lo amo, pero sí tú me dices a decidir entre mi hija y mi esposo, mi hija po, ¿entiendes?, es otro el amor, es otro el cariño, eh... es mucho más importante un hijo” (G)

“Pero... pero trato como de que sienta que lo amo. (...) Es que ahora el cambio ha sido como... notable, porque yo ahora... yo creo que si algo le pasara a mi bebé yo creo que yo muero. Ya está como ese lazo así como... el apego así demasiado formado (...) Los mismos cambios físicos, ver cómo te va creciendo la guatita, te va haciendo como inevitablemente empezar a enamorarte con tu hijo (...) Es rico saber que estás protegiendo y cuidando a alguien. O en lo que yo les decía, ese mismo como instinto que así como de... cuando me caí y poner las manos y proteger la guatita al tiro. Se siente lindo proteger a alguien. (...) Entonces es lindo todo eso po’, esa... el... la conexión que hay de... sobre todo ahora que sólo yo puedo sentirlo. Entonces es como... una conexión única. Muy linda (...) Todo lo que sienta por él sea muy puro, muy noble. Y... y además lo siento, lo siento muy mío. No sé... no sé. No sé cómo describirlo (...) Pero después ya te empieza como a pegar patadas, eh...

después ya ahí empezái tú como a hablarle, como... eh el “hijo no hagas eso”, ya la comunicación va avanzando entre los dos. Entonces yo siento que también él me va entendiendo con lo que yo le voy diciendo. Y eso va aumentando el cariño. El amor que siento por él (...) Eh... más allá de amor, eh... uh... es que es como un vínculo ¿indisoluble? Es como... lo que va a estar conmigo siempre. Eh... lo que tengo que cuidar, proteger... eso.” (K)

“Es que es un amor distinto a todo... no sé porque... no sé cómo explicarlo, pero es que algo tan lindo, tan grande, entonces no sé, por ejemplo a ver... no sé cómo explicarlo (...) Es que... uno tiene una cosita que ni siquiera conoce, entonces ¿cómo tu podí llegar a amar tanto algo que no conocí?, pero es que es parte de ti po’, entonces... no sé, no lo puedo explicar lo único que puedo decir es que encuentro que no hay amor más grande que este, eso (...) No sé, es que es lo mismo que te decía en delante porque no sé, es como raro uno querer a alguien así que no conoces, pero es que es parte tuyo, sí, porque está ahí dentro, es que es increíble porque como algo tan chiquitito puede ir creciendo tanto así dentro de tu guatita, porque es vida al final, entonces es como no sé, no sé, no me explico pero es que debe ser algo que es tan tuyo, porque uno cuando las cosas son de uno las quiere y las cuida, entonces por eso (...) Con mi hija... no es que son, por ejemplo mi vínculo con la Anto es indestructible, así lo veo yo, porque a pesar de todo o después vamos a poder pelear, vamos a poder no sé, nos vamos a enojar y todo pero va a seguir siendo mi hija, pero con otra persona a lo mejor un día voy a pelear con una amiga y ya, no somos más amigas y nos olvidamos para siempre ¿cachai?, pero con ella no po, vamos a seguir y aunque este enojada igual yo voy a seguir siendo su mamá, no se va a poder separar de mí (ríe) (...) Durante el embarazo... mi vínculo con ella igual es indestructible por lo mismo, porque a pesar de todo que me patee y todo igual yo soy su mami (ríe) entonces no sé es algo no sé... es cómo lo mismo, lo veo de la misma forma” (M)

“Eh... yo creo que a lo largo de este tiempo... con los estímulos... la... los movimientos de ella, cuando yo la toco... cada vez que yo tengo que hacer algún trámite con respecto de ella, por ejemplo ir al doctor, o ir a comprar algo para ella, creo que ahí también se va formando como un vínculo, porque estai haciendo cosas por ella (...) Creo que el vínculo que yo pueda tener con mi hija se da desde el comienzo de la etapa de su vida, al que yo pueda tener con otra persona que sea mi hermano... mi papá... no sé po’. Es diferente porque yo la tengo, yo voy a... este, estar nueve meses con ella. Luego cuando ella nazca voy a estar toda una vida preocupada de sus cosas... eh... un vínculo eterno, para siempre. Que quizás no voy a sentir tan cercano a otra persona, como yo lo... me siento con mi hija (...) Eh... no sé, darle como el amor que yo puedo en estos momentos de alguna forma: haciéndole cariño, tratando de conversar, que igual es como súper importante en el embarazo” (N)

A la base del vínculo que se gesta entre la madre y el bebé intrauterino se encuentran las prácticas de interacción que establecen las madres primigestas (hablar y acariciar el vientre), y que reconocen como estimuladoras del apego prenatal. Adicionalmente, se destaca el que ciertas conductas que trascienden al plano emocional sean percibidas como precursoras de este vínculo, puesto que algunas de las madres primigestas sienten que el

realizar prácticas específicas de cuidado en relación a otro aumenta el nivel de conexión emocional entre ellas y sus bebés intrauterinos. Esta conexión está caracterizada por emociones y sentimientos como el amor, la expresión de afecto y la percepción de un tipo de vínculo único, indisoluble y eterno.

Como ya ha sido mencionado, la experiencia de sentir los movimientos fetales y las emociones asociadas a la experiencia de ecografía se constituyen como precursores del vínculo de apego prenatal. En ese sentido, en cuanto a la vivencia de estos controles médicos, las mujeres primigestas significan estos de las siguientes formas:

“Después ya cuando me hicieron un ultrasonido, pero solamente sonido cuando uno puede escuchar los latidos del corazón, ya ahí cambió mi mundo y me hizo un realmente un apego, a... ahí yo como que senté cabeza y dije “realmente estoy embarazada” (...) Ah emocionante, porque si bien la primera vez cuando lo vi, como les contaba no fue como algo tan real, estaba tan nerviosa que yo lo vi lejano y ya cuando sentí los latidos yo dije ah todo va bien, yo tenía mucho miedo que podía pasar algo (...) Ya cuando sentí los latidos esa fue mi primera emoción, ahí me confirmó que todo iba bien y como que se fueron mis miedos (...) Me sentí... súper feliz de primera obvio y me emocioné casi, casi al borde de las lágrimas si me tuve que contener y más que nada fue reafirmar mi apego con este bebé” (C)

“Sí po’. El hecho de estar todos los meses ahí... no es muy agradable que te vean po’. Todos los meses (...) Oh... (ríe) chuta, ahí ya me va a dar vergüenza. No, igual es un poquito fuerte de primera (...) Fuerte. Más que cuando te hacen la eco, la transvaginal, creo... la más eh... complicada, y... un poco desagradable. (...) Ahora ya vienen las ecos así por... encimita, y eso... más tranquila. Eso es otra experiencia. Como la doppler (...) Porque sí po’, porque ya tú la ves de otra manera. Porque cuando tú tienes la... el aparato digamos, intra-vaginal, como que no disfrutas mucho, porque estás pendiente de que no te duela, que no te moleste. Pero cuando tú estás con la otra eco, por encimita de tu guata, entonces es como... es diferente. Es diferente (...) Emoción digamos que es como que la quieres ver luego po’. Quieres verle los ojos, la nariz, la boca, que venga bien. Que venga sanita. Eso” (G)

“Eh... Me gusta porque escucho al bebé (...) O el sentirlo, yo creo que ya cuando empecé a sentirlo el amor crece así pero... oh escucharlo, de escucharle el latido. Eso, cuando te das cuenta que... que le escuchas el latido en la maquinita, y tú dices “eso está dentro mío” y es cuando haces como esa conexión. Eso también fue lo que me hizo como... como el vínculo con el bebé, cuando le escuché los primeros latidos, en la primera ecografía” (K)

“Tenía como un mes y fui al hospital y ahí me hicieron la eco y ahí sentí su corazoncito y ahí supe que... que no, que, que no sé po, ahí como que sentí su corazoncito, fue tan lindo porque me lleno así como no sé, me dio tanta emoción sentirla, ver su corazoncito como latía y era una frutillita no má’, era una cosita que se movía así no tenía nada, entonces

eso... eso fue lo más importante, después de eso como que ella es todo para mí, yo no le haría nada, y es lo mejor que me pudo haber pasado” (...) Es que... no sé, es que no encuentro que ir a un control sea así tan diferente de otro mundo, lo que si me gustaba, ir cuando me hacían eco porque... porque ahí como que tenía más contacto con ella (...) Para mí... no sé, eso es lo que más me ha gustado, la eco, los exámenes no, porque me mandan a hacer muchos exámenes ya tengo mi brazo morado, si... pero la eco eso yo creo que es lo que más me ha gustado de todo porque aparte es como una conexión, no sé, es como diferente (...) Por ejemplo... no se po, por ejemplo cuando se mueve así, verla como es, no sé, es diferente, porque no sé (...) Pero igual como lo más bonito porque tú te haces como una idea de cómo va a ser, yo digo que va a ser una loca porque se mueve mucho (risas) (K)

“Ehm... he tenido ecografías, que... y han sido súper especiales. (...) Eh... bueno como les conté el otro día la primera ecografía fue como cuando yo recién reaccioné y dije “sí, es verdad, tengo una guagua”, y... recuerdo que... lloraba, lloraba mucho... eh... estaba como emocionada en realidad, y... con miedo, mucho... mucho miedo (...) Eh... creo que el cambio fue más que nada ver en la ecografía a la bebé... poder sentir el latido del corazón, escucharla, eh... sentir cuando se empezó a mover, todas esas cosas creo que influyeron demasiado en mi cambio eh... de pensamiento hacia la bebé, y en el sentir también, porque eh... cambia todo eso. Cambia el hecho de escuchar su corazoncito, eh... es demasiado emocionante, entonces... ya no es como sentimientos malos que, que reflejar (...) Y la segunda fue ahora hace como dos semanas, y fue hermoso, porque ya estaba formadita la guagua. Entonces me dijeron que era mujer... (...) Después empecé con los controles, y ahí... me, me ponían un... una cosita donde yo escucho a la guagua. Y bueno, eso en realidad es como súper emocionante porque se escucha el corazón. Y... y no sé, es bacán sentir que... que yo estoy dándole vida a una personita que... que yo soy como su protección, que con las cosas que yo como ella se alimenta... eh... es bastante como emocionante, en ese sentido, que yo soy responsable de eso y... y yo puedo hacer algo bueno” (N)

La experiencia de los controles médicos, y en específico la de la primera ecografía, suele ser reconocida como un potenciador de la formación del vínculo afectivo con la figura del bebé intrauterino, en tanto reconocido como un otro en formación dentro del útero. Las participantes perciben la experiencia de la ecografía como una instancia en la que se intensifican significativamente las emociones y sentimientos que definen el vínculo de apego prenatal, principalmente por la posibilidad que entrega este examen médico de poder observar al bebé intrauterino de forma real y dentro de su propio espacio. Las ecografías, además, producen una sensación de tranquilidad en las participantes por cuanto permiten confirmar el desarrollo de un embarazo sano.

1.2.2.3 Mentalización empática respecto del bebé intrauterino:

Otra de las formas en que se manifiesta la conexión emocional entre las madres y sus bebés intrauterinos es la conducta empática de las primeras, que se manifiesta en una serie de cogniciones, comportamientos, mentalizaciones y sentimientos hacia la figura de sus bebés en desarrollo:

“Yo creo que sí va a captar toda la información que va recibiendo de mi parte ¿cierto?, porque así como recibe los nutrientes también recibe la misma información, que es porque está dentro de mí, entonces yo todo lo que voy sintiendo y voy conversando yo creo que sí van a ser significativos en el desarrollo del bebé po (...) Porque yo creo que si lo van a... él lo va a sentir y yo creo que mientras sea mejor este proceso, mejor lo va a asimilar, cuando sepa que es bien recibido, que lo espera harta gente, entonces yo creo que también le va a afectar a él en su desarrollo” (C)

“Sí. Por el hecho de la alimentación tú te das cuenta que ya no puedes comer cualquier cosa, ya tenías que comer pensando que tenía que hacerte bien a ti y a la guagua. Para eso. Pero... cuesta. Te cuesta al principio (...) Yo sabía que al bebé tú le transmites todo, transmites todo, toda la mala onda, digamos. Entonces empecé a... como a buscar como tranquilidad, paz, como para que la guagua también no tenga problemas en ese sentido (...) Yo sabía que le estaba transmitiendo todo al bebé po. Hasta que me tuve que hacer unos exámenes, y después de los exámenes me dijeron que estaba bien y todo, y ahí como que... traté de... de, de hacerle sentir a ella también que está bien po', que si la mamá está bien ella va a estar bien. Y eso (...) Ah... si po' ahí viste, ahí ya te digo ah... si po' yo creo que a lo mejor hasta a ella le gustaría “tóquenme”, no se po' ¿me entendí? (...) No sé no tengo idea, o sea ¿cómo me la imagino yo? Que ella se siente bien al escucharme ponte tú, ¿me entendí? Yo pienso que cuando cualquiera, o sea no cualquiera... sino que estén pendientes de ella o si Gerardo le conversa alguna cosa yo creo que ella oh se siente halagada de que le hablen eso me imagino y si no le hablan ella como que... ¿me entendí? Es como que se hace notar “estoy aquí convérsenme” (...) de que cuando estas acostada ya sientes que a ella le molesta el momento de que tú estás... estas incomoda, ella sabe que a ella también le molesta cuando estai acostada y eso po', cuando tú ya les empiezas a conversar sientes que ya está escuchando (...) Es que lo que pasa que... ponte tú en las noches ya no te duermo bien po', porque en las noches es como que te despiertas, ella se mueve y tú la sientes, entonces tú crees que estas durmiendo mal por eso ella te empieza... entonces trato de acomodarme y todo, ya trato de dormir hasta sentada, porque pienso eh... no sé po, que la voy a lastimar, o la voy apretar porque yo tenía la costumbre de dormir de guatita, entonces yo digo a lo mejor me fui muy, muy de guata y, y a lo mejor le molesta, eh... y trato de dormir sentada, con un cojín puesto en la guatita, o de repente para que, pa' poder relajarme po” (G)

“Todo como pensamiento no más, y es una cosa como que yo siento como que él me escuchara (ríe) (...) Todo lo que sea como comunicarme con él, él debe sentirse bien pu' (...) Porque lo hago parte de mi vida pu'. Que... es ya mi vida, entonces... que sea parte así, que yo lo haga como partícipe en todo, debe hacerlo sentirse bien (...) Pero... como a

los cuatro meses empezó a sentir lo que yo siento. Entonces desde ahí en adelante ha sido todo así como... maravilloso para mí, así que yo creo que él está bien” (K)

“Yo creo que ella está súper bien, aparte debe estar súper orgullosa de su mamá, si... porque no se... porque me la he jugado hartito por ella, igual yo pienso que a lo mejor otra persona en mi lugar así porque... igual con 20 años y en la Universidad, igual no cualquiera piensa en tener una guagüita, así que yo estoy segura que ella está orgullosa por mí (...) Ella se siente llena de amor (ríe) es que yo siento que como que la Anto, a pesar de todo, como que es súper querida, es como súper esperada entonces (...) Yo pienso que no sé, la Anto no sé... va a ser... no sé yo pienso que aunque nos tocara así estar las dos solitas pienso que sería una niña muy feliz, porque aparte si ella ve que su mamá no sé po, todo lo que ha hecho por ella, demás que va a estar contenta, demás que va a estar orgullosa de mí, si yo todo lo hago por ella, porque aparte después ella va, no sé po después cuando yo tenga un título yo pienso, va a estar orgullosa que a lo mejor nos tocó sacrificarnos un poquito, pero después vamos a tener una casa, vamos a tener un perro y una piscina (ríe) entonces yo pienso que va a estar orgullosa, y si ella tiene este ejemplo de mí ahora, ella después va a ser una gran mujer cuando sea grande, y si le toca pasar por esto va a tener a su mamá siempre que la va a apoyar” (M)

“Yo creo que de verdad hay una comunicación, porque... en el momento en que una le está hablando... ¡se mueve po’! Entonces es como... “oh... no creo que justo se haya movido” (...) Le puse una canción, así como... obviamente no es un reggaetón ni nada de eso (ríe), música del Chile Crece Contigo, y era una que me gustaba a mí, y yo sentí que le gustaba a ella. Porque había música con la que yo me quedaba dormida y que era súper fome. Y no era... no, no, no se movía (...) Yo creo de que, que bien po, o sea, yo creo que en realidad sienten, sienten como el cariño... eh... aunque estén adentro em... por ejemplo, cuando yo, yo me he sentido mal, no sé, la guatita se me pone dura y todo eso, como me siento bien está como súper relajada y se mueve y todo eso, entonces como... claro yo creo que ella también siente todo lo que pasa en el exterior, aunque claro no tenga la capacidad de entenderlo en un cien en un ciento quizás, pero sí sabe como “uy! qué rico que mi mamá se sienta bien” o se sienta mal y ella se pone como la guatita dura así como mal (...) Me imagino que... que también ella está feliz como de sentir el amor que todos... que todos le entregamos, y la preocupación de que yo esté bien... que, que me sienta feliz... yo creo que también se le transmite eso a la bebé, la felicidad, como cuando estoy nerviosa, se me pone la guatita dura, o le traspaso como los malos pensamientos, pensamientos negativos eh... al hacer cosas buenas también po’. Ella se siente bien yo creo” (N)

La mentalización empática termina por hacer que las participantes asuman cambios en su rutina. Además, ante determinadas acciones de ellas como de su entorno, las participantes atribuyen ciertas emociones o sentimientos que el/la futuro/a hijo/a experimentaría.

1.2.3 Desarrollo del apego prenatal asociado al trimestre de gestación

El apego prenatal también se constituye como un proceso en desarrollo progresivo a lo largo del embarazo. En esta línea, a partir de los relatos de las participantes, se evidencia que

existe una clara diferenciación a nivel vivencial y de significado particular atribuido a cada uno de los trimestres del embarazo en curso.

1.2.3.1. Vivencia del apego prenatal durante el primer trimestre del embarazo

Durante el primer trimestre del embarazo las vivencias se caracterizan principalmente por asumir la noticia del embarazo, tomar consciencia de éste, enfrentar los síntomas físicos iniciales y asimilar la nueva información que se va obteniendo a partir de las nuevas experiencias relacionadas con los cambios físicos propios de este proceso:

“Bueno aparte de todos estos síntomas que sabe que confirman que uno está embarazada, tú no sientes al bebé, a pesar de que se mueve, pero tú no logras percibirlo, porque todavía tiene mucho espacio entonces no llega a sentir a pegarte realmente, pero si tiene un movimiento y más que nada eso va formando mi apego, por las cosas que me va diciendo el médico, por las fotos que he tenido, por la información que he leído, pero sentirlo, sentirlo, realmente no lo he sentido como movimientos ¿me entiendes? entonces no es así algo que yo veo, es más que nada la información que me va llegando y como lo voy viendo en la ecografía (...) Eh... no sé cómo... a ver... bueno de partida es porque voy sintiendo todos los procesos del embarazo y sé que tengo un vínculo porque deseo un hijo también, y sé que hay una vida dentro de mí y ya la he podido ver, lo he podido sentir en el tema de los latidos, entonces esas cosas yo creo que ya van definiendo mi vínculo. Todo lo que converso con mi familia, todo lo que preguntan, lo que quiero y lo que voy sintiendo en el tema de sentimiento, todo eso yo creo que ha sido mi apego en este momento, el estar ya tranquila, haber pasado por el peor trimestre y estar bien, ese yo creo que es mi apego” (C)

“Te vas dando cuenta que el proceso va... cambia como de un mes a otro, para mí fue así, como va cambiando de un mes a otro, el primer mes todavía no lo asimilaba, segundo, tercero puros vómitos” (G)

“En la primera etapa, para resumirlo un poco... fue difícil, caótica... (...) Eh... porque al principio fue complicado ese tema de... de las hormonas, de que todo estaba cambiando, también como... los vómitos, todas esas cosas que... son difíciles po’, no... no las esperaba. Pero ahora... es como la etapa del embarazo, se podría decir, en la que... en la que ya no me molesta como la guagua. Al principio sí, era como “oh, se movió”, pero ahora ya esos momentos son tiernos, no son molestos” (N)

1.2.3.2 Vivencia del apego prenatal durante el segundo trimestre del embarazo:

Ya en el segundo trimestre, las mujeres primigestas participantes refieren una etapa de superación de los síntomas y cambios físicos asociados a los primeros tres meses de gestación, además de las ansiedades y temores característicos de esta etapa respecto del bienestar del bebé intrauterino, lo cual provoca una sensación de disfrute del hecho de estar

embarazada, y que en último término da paso a un incremento en las prácticas de interacción, vinculación y, por consiguiente, del desarrollo positivo del apego prenatal:

“Ahora, yo espero que súper bien porque si ya pasé la primera... la peor etapa que dicen que son, porque lo que yo he leído y he escuchado, creo que ahora en adelante solamente va a crecer... va a crecer y sanamente, yo creo que voy a ser... seguir cuidándome la alimentación, entonces yo me imagino un desarrollo normal, ya no tengo esos miedos que les comentaba en un principio, porque eh... ya pude comprobar que eso efectivamente pasó po, paró (...) me gustaría que creciera... que fuera creciendo más rápidamente, estoy como ansiosa en el tema de... como que siempre me veo cuanto ha crecido, de repente digo oh tengo menos, a veces tengo más, entonces como que ansiosa por lo que viene, pero si bien es cierto estoy recién en la segunda etapa, pero el tiempo pasa volando también, son nueve meses de cambios, pero espero tener cambios positivos” (C)

“Cinco, seis meses, si hace muy poco... cinco, seis meses y ahora que ando con el dolor de la espalda que yo creo que ya igual es todo normal po, porque va pesando, es una... un ser vivo que uno tiene adentro, entonces como que ya tu cuerpo cambia, tus sentimientos cambian, todo cambia (...) ese fue el momento como que yo cambié el chip y ahí fue cuando ya, por ejemplo le conversábamos, como que ya tú sentías que te estaba escuchando, todos me decían que tenía que conversarle y ahí uno se empieza a orientar, con el internet, cosas como les había dicho yo antes, así es más... es más... (...) Son como sentimientos como más ahora... son más ricos, son más ricos que antes, como esa cosquillita de la guatita cuando se empieza a mover, como que uno entrecomillas “oh que tonta uno está hablando sola”, pero lamentablemente tú sientes que hay una persona que te está escuchando, y es tu guagua po” (G)

“Entonces... comparado a lo... al principio, tampoco me explico por qué llegue a sentir tanto ese como rechazo al bebé. Eh... pero, pero, no... o sea es que al principio era terrible... en realidad, que es como... como me había cambiado toda mi vida y... lo vi todo negro. Pero ahora no, o sea, yo ahora pienso que yo sigo el otro año en clases y el bebé no... no lo veo como un obstáculo. De hecho quiero que nazca luego, estoy como ansiosa porque nazca. (M)

“Ahora, como en el segundo trimestre del embarazo, eh... fue ya como más relajado, más tranquilo, como más de sentir, de afecto, de tocar...” (N)

En síntesis, el segundo trimestre se caracteriza por el inicio y la intensificación de las prácticas de interacción y comunicación desplegadas por las madres primigestas con sus bebés intrauterinos, al haber dejado atrás las dolencias físicas y la adaptación inicial al embarazo como una realidad en sus vidas.

1.2.3.3 Vivencia del apego prenatal durante el tercer trimestre del embarazo:

Finalmente, el tercer y último trimestre del embarazo se caracteriza principalmente por la re-aparición de las ansiedades y temores respecto de la gestación, aunque en este momento son referidos hacia el momento del parto con sus potenciales complicaciones y dolencias físicas. Por otra parte, resurge la ansiedad en las mujeres primigestas por vivenciar el nacimiento con prontitud. Esta última etapa del embarazo a su vez se asocia con otro proceso de adaptación física a raíz del crecimiento del bebé intrauterino, que se verifica con el abultamiento del abdomen y las dolencias físicas que surgen como producto de ello:

“Porque y que la pasai mal, la pasai mal y después ya empecé a disfrutar, ahora lamentablemente ya es porque ya te quedan los últimos meses como que ya es más agotador, y creo que es por lo mismo, por la calor, después empieza a hincharte las piernas, pero me imagino que esos son detalles, porque cuando tú la sientes ya como que “ah no importa”, son cosas tan ricas las que tú sientes que ya después no hayas la hora que nazca, y tenerla contigo (...) En el cambio de chip que yo les decía, pero es rico... sí, me duele mucho la espalda, pero eso es rico, dicen que después de, de tanta eh... como se llama... eh... dolores y esas cosas, después viene lo rico, yo creo que sí (ríe) (...) La verdad que no se duerme muy bien cuando ya está más grande... sí, te cuesta respirar igual, pero... vale la pena, vale la pena cuando se empieza a mover... sí, son como sentimientos ricos. (G)

“Eh... bueno y ahora estoy en el proceso de los seis meses, donde ya estoy mucho más tranquila, ya no ando llorando todos los días, estoy mucho más relajada (...) y... ahora en el tercer trimestre... eh... creo que... que igual va a volver como la etapa difícil, en la que... porque ya me está costando como un poco el dormir... acomodarme. Y también el pensamiento de cuándo va a llegar el parto, en qué momento va a nacer, puede nacer en cualquier momento” (N)

8.2.1.2 Objetivo Específico 2:

Caracterizar los conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo:

Uno de los factores que incide en la formación del vínculo de apego prenatal es la adquisición de conocimientos específicos respecto del proceso de embarazo, sus implicancias y características. De acuerdo a lo reportado por las entrevistadas, si bien pueden existir conocimientos previos sobre el desarrollo de este proceso, adquiridos a partir de experiencias de figuras significativas cercanas, la vivencia del primer embarazo se constituye como una instancia de descubrimiento e impulsora del deseo de conocer nuevas

informaciones sobre el proceso de gestación, tanto a partir de las propias ansiedades de las mujeres primigestas respecto a sus nuevas experiencias, como también con el fin de comprender la forma en que se desarrollan sus propios bebés intrauterinos. En último término, los conocimientos adquiridos respecto del embarazo se constituyen como factores precursores de las prácticas de cuidado que son desplegadas por las madres primigestas a fin de garantizar el bienestar de sus bebés intrauterinos.

2.1 Conocimientos previos al embarazo:

Estos conocimientos sobre el embarazo son adquiridos a través de distintas fuentes de información que son consultadas por las mujeres primigestas, y que serán expuestas de forma específica en este apartado posteriormente.

2.1.1 Conocimientos acerca del constructo de maternidad

En primer lugar, se ha mencionado que existen ciertos conocimientos que han sido adquiridos de forma previa al embarazo, respecto de las distintas aristas del proceso de gestación y lo que este conlleva. En este sentido, las mujeres primigestas participantes poseen ciertos conocimientos respecto a su propia forma de entender la maternidad y el apego prenatal. Respecto al primero de ambos constructos, las participantes señalan:

“Maternidad... bueno maternidad eh... todo el proceso que uno vive desde yo creo que antes de concebir el bebé cuando ya tú piensas en tener un hijo hasta que tú lo concibes, todo el desarrollo del feto y hasta que ya por fin te conviertes en madre y el vínculo que te fuerza toda la vida yo creo, si bien o creo que los hijos no son de propiedad privada, que tienen desarrollo propio y privacidad también, pero creo que este lazo afectivo es pa toda la vida, eso es pa mí la maternidad.” (C)

“Maternidad... El ser madre pero no solamente como, o sea es como buena madre, como los cuidados, la responsabilidad, eh eso. (...) Eh... los cuidados que se tienen desde ya, o sea como lo que te dicen lo típico que te dicen no más cafeína ni nicotina ni nada” (K)

Las mujeres primigestas participantes hacen referencia a la importancia de la maternidad como un proceso en constante desarrollo, que involucra de forma adicional el vínculo madre-hijo/a y la adquisición de conductas responsables en torno al cuidado del otro/a. Estas valoraciones hacen referencia al deseo de constituirse como madres capaces de ejercer una maternidad positiva tras el parto.

2.1.2 Conocimientos acerca del constructo de apego prenatal:

Por otro lado, también existen conocimientos previos respecto al constructo de apego prenatal. Las participantes reconocen la existencia de ciertos aspectos que este vínculo involucraría. Al respecto indican:

“Eh... el vínculo que uno va formando desde el... desde que se concibe el bebé hasta que... hasta que se da la etapa del nacimiento, todo el apego que uno va desarrollando, que yo creo que es más el lado de la mamá y también por lo que he leído se da más apegado ¿cierto? en el vínculo con la madre, porque yo creo que el padre después lo desarrolla porque uno es quien lo lleva en el vientre. Uno va sintiendo los cambios, entonces yo considero como del apego, la formación que se va viendo día a día en el embarazo” (...) Yo creo que es súper positivo para los bebés el hablarles, el acercarse y tener ese apego desde antes de que nazcan, porque como les decía, yo he leído que hay mucho vínculo desde el momento que uno siente el bebé y le comienza como a hablar, a leer... eh... creo que ellos van absorbiendo toda esta información, así también como todos los sentimientos y las cosas que a uno le van pasando, ellos también las absorben. Y yo creo que es principal para el desarrollo psicológico del bebé, y pa’ que él pueda ser una persona más independiente más adelante, que pueda crecer en un ambiente sano.” (C)

“Eh... como el amor que.... O el vínculo que forma el bebé cuando está en la guatita. (...) El apego prenatal... el vínculo que yo formo con el bebe, el hablarle, el... el de hecho, lo mismo que yo esté decorando la pieza así como para él ya lo entiendo como parte del apego que yo tengo hacia él porque era mi espacio y se lo estoy cediendo, entonces ya eso habla del amor que siento por él. (...) Eh... la responsabilidad de los controles médicos, del cuidarte de la alimentación, eh... el preocuparte porque el niño crezca en un buen ambiente, de uno estar bien para que el bebé pueda estar bien eh... es como eso” (K)

“Eh... es más el... cómo se llama esto. Estimular a la guagüita. Estimularla para que, para que se mueva, para que escuche mi voz... eh... la del exterior, la música, para... que también he leído que mueven sus patitas y así después cuando nacen se pueden desarrollar más... más fácil. Eso. (...) El apego también en el sentido de tener una maternidad más afectiva con mi bebé. Eh... de que, al momento de nacer no solo me la coloquen y ahí ella sienta el apego. Porque se supone que eso es como el momento del apego del post-natal o algo así. Entonces, ahora que yo la tengo en la guatita la puedo estimular y todo eso, y luego el apego puede ser más fácil, creo yo. (N)

A partir de los relatos de las mujeres primigestas participantes, se observa que sus concepciones sobre lo que implica el apego prenatal incluyen aspectos relacionados con la preparación para recibir al bebé intrauterino tras el parto, el despliegue de prácticas de interacción y comunicación, además de la estimulación al bebé a lo largo del embarazo. Además, un sentido de empatía hacia la figura del bebé y el desarrollo de conductas responsables hacia el embarazo, a través de las cuales la madre primigesta busca asegurar

el bienestar del bebé intrauterino. Por otro lado, también se aprecia que se comprende el apego prenatal como un factor de incidencia en la conexión emocional que se existirá con posterioridad al nacimiento. La concepción general se asocia con la comprensión del apego prenatal como un lazo, un vínculo afectivo único entre madre e hijo/a.

2.1.3 Valoraciones afectivas respecto del embarazo:

Ciertas experiencias previas al propio embarazo inciden en la forma que se adquieren conocimientos respecto de este proceso, especialmente en el ámbito afectivo y que se relacionan con sus temores y ansiedades a la hora de vivenciar en primera persona la realidad de un primer embarazo, dado que estas experiencias cercanas han estado marcadas por vivencias negativas:

“Porque m... eh... tenido la experiencia ponte tú de mi cuñada que tuvo la guagua eh... también ella dice que ella no está hecha pa’ ser mamá, hasta el día de hoy, y eso que ella es mamá, o sea ya nació mi sobrina y todo y ella la paso mal también, tuvo una tremenda depresión, entonces esas cosas a mí me dan un poquito de miedo... como afrontar eso, y yo creo que eso me juega psicológicamente.” (G)

“Mm... Eh... la verdad es que, tengo un hermanito de un año. Entonces, viví como todo ese proceso con mi mamá. Yo igual estaba más o menos informada de los cambios y todo. Le afectó harto la parte emocional a mi mamá igual, así que yo esperaba también como que... ese cambio emocional en mi... que se puso súper sensible, si andaba más o menos como... súper fuerte... y todo, pero cambió bastante” (K)

2.2 Conocimientos adquiridos durante el desarrollo del embarazo:

El embarazo en sí se constituye como una fuente de motivación para las mujeres en lo que concierne a conseguir nueva información respecto de sus vivencias.

2.2.1 Conocimientos acerca del desarrollo del bebé intrauterino:

En esta línea, se distinguen dos principales motivaciones: conocer acerca del desarrollo físico del bebé intrauterino y dar respuesta a las ansiedades propias del inicio del embarazo.

En cuanto a la primera de ellas, las mujeres primigestas participantes refieren que:

“Por ejemplo ahora en el tercer mes ya está todo... ya es un bebé, deja de ser el embrión para ser un bebé o del feto al bebé, entonces va explicando todo lo que le va pasando, que órganos le van saliendo, la cabeza cuántos centímetros mide” (C)

“Cómo se va formando, digamos, cada ciertas semanas, lo que se va produciendo, que el ojo... la nariz... que los labios, se forman bien. Hasta ahora no tiene formaditos los labios, pero lo que sí, las orejitas, esas sí se ve po’. A las 21 semanas ya se nota todo eso (...) Esta semana sí dice que... reconoce las voces ya, sí po’. Entonces lo primero que reconoce son las voces de los papás. Y creo que del papá primero y de la mamá, en este caso (...) O a veces te sienta, y ahora ella ya reconoce la voz... todo eso. Es por lo que he leído (ríe).” (G)

Otro tipo de informaciones concernientes al desarrollo del bebé intrauterino se relacionan con la búsqueda de conocimientos respecto de prácticas de estimulación auditiva y visual que contribuyan a un mejor desarrollo del bebé, tanto durante su proceso de crecimiento en el útero como de forma posterior al parto, por la incidencia que se atribuye que esta estimulación pudiera tener en él/ella:

“Igual he tratado harto de estimularla así poniéndole música de Mozart y leyendo y todo, porque dicen que eso como que ayuda a la estimulación entonces yo le digo que por mi parte va a ser súper inteligente” (M)

“Le hablo, le canto... le pongo música con un juguetito... eh... no sé. Le, le hago cosquillas, la toco. Esas cosas (...) Y... igual es bacán, es como lindo en el momento en que yo siento que la estoy estimulando para que ella haga cosas” (N)

“Porque tengo entendido que ya en esta semana empieza ya el bebé puede escuchar mi voz, y la de alrededor, el tema de la música que uno le pone igual, todavía no estoy en esa etapa, pero yo me la imagino así: que voy a ponerle música” (C)

La estimulación, además de ser considerada como una práctica orientada a promover un mejor desarrollo del bebé intrauterino, es concebida también como una forma de vinculación temprana entre la madre y su futuro hijo/a, pues se entiende como un momento de interacción íntima entre ambos.

2.2.2 Conocimientos acerca del parto:

Como se había mencionado, otra de las motivaciones que activan a las mujeres primigestas en cuanto a la búsqueda de información es aquella que concierne al momento del parto. Lo anterior, ya que se concibe este hito como una fuente de ansiedad significativa, puesto que se trata de una experiencia completamente nueva en la vida de las mujeres primigestas y que, al mismo tiempo, representa ciertos riesgos asociados a potenciales complicaciones:

“Ya, lo que pasa es que yo prefiero la cesárea entonces... pero por un tema yo creo que más que nada por mí, que me da miedo todo lo que cuentan por el tema del parto y del dolor y... si se puede evitar (ríe), pero también hay estudios que hablan que la cesárea no es muy buena y es recomendable para ocasiones de urgencia. Pero yo no lo veo como un evento traumático, lo veo como algo necesario que tiene que pasar, pero porque lo veo desde el lado de la cesárea, pero quizás hay complicaciones y nazca antes, entonces... pero no, no me da miedo, creo que es un proceso natural y he vivido muchas cosas dolorosas en términos físicos entonces no me da miedo como un trauma, como algunas personas tienen no lo tengo” (C)

“Porque va a ser cuando el bebé esté preparado para nacer, además que la recuperación para las mujeres igual es más lenta y prefiero que todo siga su curso, la naturaleza es sabia, así que va a nacer cuando tenga que nacer.” (K)

“Porque me da harto miedo.... y, dudas, también tenía muchas dudas de cómo era un parto normal, cómo era una cesárea... eh... y he visto varios videos en realidad y... bueno al principio eran chocantes. Ahora ya no es tanto porque ya me acostumbré a verlos y quizás me facilita un poco el saber qué... qué me van a hacer cuando yo, cuando llegue el momento de yo tener mi bebé (...) Eh... últimamente he estado prefiriendo el tema del parto natural. Porque... como es obviamente natural... creo que es más sano. O sea, eso es lo normal, se supone, desde antes que era así, y la cesárea se debería hacer por algún problema que tenga la mujer, no porque una quiera no más. Por eso” (N)

La búsqueda de informaciones relativas al momento del parto busca disminuir las ansiedades y temores que esta instancia representa para las mujeres primigestas. Adicionalmente, contribuye a la posición respecto de un método preferente para el parto, observándose respuestas divergentes entre las participantes en relación a la posibilidad de un parto vaginal o por cesárea.

2.3 Fuentes de información:

Como ya se ha evidenciado, al iniciar el embarazo las mujeres primigestas reconocen comenzar un proceso de pesquisa de nuevas informaciones respecto de su propio proceso de gestación, las que obtienen a través de medios virtuales como a través de otras fuentes especializadas en la temática de embarazo. Al respecto, se reconoce la consulta de fuentes con anterioridad al embarazo y durante el curso de éste.

2.3.1 Fuentes de información consultadas previamente al embarazo:

Respecto al primer grupo de fuentes acezadas, se destacan las experiencias de figuras significativas o cercanas. Al respecto, las participantes señalan:

“Por ejemplo acá mi jefa tuvo un bebé hace un par de meses atrás, entonces yo ya había más o menos empezado a conocer el proceso con ella eh... algunas primas también que vivieron en mi casa incluso, cuando yo vivía con mi mamá también, dos embarazos dentro de mí mismo hogar, mi prima... entonces yo vivía, había vivido esa etapa con ella, pero no tan de cerca como pa’ conocer más a profundidad, más que nada el lado afectivo que uno lo vive” (...) Bueno, cuando vivía donde mi mamá tuvo una prima que tuvo dos bebés ahí en mi casa, y las dos fueron mujeres, entonces yo conozco ese lado de la maternidad, como el de las niñas, de niño no conozco a nadie como así tan cercano a mí, si bien es cierto conozco hartas guaguas niño, pero no he vivido el proceso de tan cerca con un niño” (C)

“Mmm... Eh... la verdad es que, tengo un hermanito de un año. Entonces, viví como todo ese proceso con mi mamá. Yo igual estaba más o menos informada de los cambios y todo. Le afectó mucho la parte emocional a mi mamá igual, así que yo esperaba también como que... ese cambio emocional en mí... que se puso súper sensible, si, andaba más o menos como... súper fuerte... y todo, pero cambió bastante. Y hubo un cambio como... después del embarazo como que siguió siendo esa persona como más dulce. Entonces igual como que tenía esa expectativa en mí.” (K)

“Uy nada (ríe) porque, a ver... por ejemplo, como a qué conocimientos como... tuve un sobrinito y con él como que le daba la leche, se la preparaba y le cambiaba los paños, la primera vez que se lo hice fue frustrante porque lo hice mal y eso nada más, si me preguntan así como... no sé, de cuidados y todo eso.” (M)

“Porque... lo viví con dos compañeras que tengo, que quedaron embarazadas el año pasado. Entonces el cambio físico igual fue... drástico. De flaquitas a gorditas. En eso se nota el físico. Y psicológico igual... siempre andaban como con más pena, ya... y más alejadas de la gente en realidad. Eso.” (N)

Los conocimientos previos se asocian a una significación afectiva que realizan las mujeres primigestas participantes a partir de los cambios emocionales y físicos que otras personas cercanas han experimentado como producto de sus propios embarazos, y no necesariamente a conocimientos específicos sobre el cuidado del bebé intrauterino y/o el desarrollo del propio proceso de gestación.

2.3.2 Fuentes de información consultadas durante el desarrollo del embarazo:

Por otra parte, durante el desarrollo del embarazo se reconocen dos fuentes de información principales que son consultadas por las mujeres primigestas.

2.3.2.1 Internet:

En primer lugar, Internet aparece como una fuente de consulta frecuente, y que, de la mano de los avances de las tecnologías de la información y comunicación, se asocia también a

aplicaciones para teléfonos móviles que están dedicadas exclusivamente a proporcionar información sobre el desarrollo del embarazo:

“En internet siempre leo (...) o voy viendo cuando tengo una duda también lo busco en internet, es como más que nada para tener más información de la que me da la aplicación (...) También descargué una aplicación que habla del embarazo día a día, leo toda la información que recibo (...) Se llama Baby Center, no sé si la habían escuchado, incluso me la recomendó otra niña que estuvo embarazada, me dijo “descarga al tiro el Baby Center”, y es súper bueno, y habla del embarazo día a día, todos los procesos, entonces yo iba leyendo ahí que todos mis procesos también eran normales, porque por ejemplo el dolor es insoportable... yo pensé que podía ser algo más, pero era normal, y ahí tú vas viendo que hay otras mujeres que van sufriendo lo mismo, y aparte es una aplicación donde hablan especialistas también, entonces es súper buena.” (C)

“Me metía a internet y buscaba cuestiones. Ahí sí. Pero... por qué, ponte tú de la acidez que te daba era por los pelos... esas cosas yo las buscaba, porqué tanto la acidez. Eso lo... lo buscaba por internet no más (...) Y después tú vas... eh... por ejemplo, ves estos videos en internet también que... cómo se va formando, digamos, cada ciertas semanas, lo que se va produciendo, que el ojo... la nariz... que los labios, se forman bien” (G)

“Lo que sí al principio sí, ¿ah? Al principio era como que iba todas las semanas por internet como en estas páginas que te muestran semana a semana lo que va pasando con el bebé, ahí iba así como... prácticamente todos los días viendo como qué cambios iba teniendo el bebé” (K)

“Por ejemplo lo que más busqué fueron ecografías para saber... para saber leerlas porque no tenía idea de las ecografías y que más... también sobre las enfermedades busqué mucho, incluso la Doctora me dijo que ya no lo hiciera más porque me estaba como psicopateando (ríe). ¿Qué más?... no sé, muchas cosas... cómo calcular la edad gestacional, también para saber que iba a ser, busqué mucho, mucho. Lo que tenía que comer, porque yo estaba muy flaca cuando quede recién embarazada, entonces para poder entregarle todo lo que ella necesitaba como que buscaba en internet las cosas que necesitaba (...) En esos Baby Center y todas esas cosas donde te explican y te van explicando el desarrollo de tu bebé y todo eso (...) El Baby Center es como... es como... no es para comprar, es donde, por ejemplo, es como un grupo de mamás donde te van enseñando, por ejemplo ya, te piden la fecha, la edad que tú tienes, la edad gestacional que tú tienes y te van diciendo, por ejemplo: a las 3 semanas tu bebé va a hacer eso, a esta semana vas a sentir pataditas, ahora va a tener por ejemplo... se le va a estar... formar su carita y así. Entonces como que te van enseñando y te van mostrando como es el embarazo y se supone que después del embarazo te van diciendo, eh... no se po... Te van diciendo como lo que tú tienes que actuar con el bebé, es como de eso” (M)

“No, busco en internet. (...) O sea... del... más que nada busco información sobre el crecimiento de la, de la... de la bebé en este caso. Eh... imágenes, videos. También he buscado hartito sobre el parto. Eso.” (N)

Las tecnologías de la información y la comunicación se constituyen como la fuente principal de búsqueda de nuevos conocimientos de las mujeres primigestas participantes. Al respecto, se evidencia que en ellas se consulta por informaciones relacionadas con el desarrollo del bebé intrauterino —a través de la lectura y el material audiovisual— y también como formas de dar respuesta a las ansiedades y temores que surgen de forma inicial en el embarazo, a fin de comprender si se trata de situaciones esperables o anómalas en el desarrollo de este proceso.

2.3.2.2 Consejería de salud gestacional:

Por otra parte, la segunda fuente de información principal durante el embarazo es la consejería de salud gestacional, que a su vez se compone tanto por aquellas informaciones recibidas de forma directa a través de profesionales de la salud, como también la que es adquirida tras consultar la literatura que es proporcionada por la red de salud a la que asiste la mujer primigesta. En relación a ello, las participantes señalan:

“De ahí me empecé a informar po’. Me dieron un... cuando ya quedé embarazada me dieron un catálogo de lo que tenía que aprender de qué lo que era estar embarazada, como tenía que alimentarse uno... todo eso. Nada más que eso (...) Por ejemplo esto mismo que me pasó el doctor. Voy leyendo, por ejemplo, él te entrega el primer mes, los... las 21 semanas, como que... que va formándose, todo eso” (G)

“Y la... quién, ¿quiénes eran las que me decían que cuando uno les ponía Mozart como que salían más inteligentes?, no sé quién me dijo eso... la matrona creo, una persona sí me lo dijo” (M)

“O los folletos que me dan en el consultorio. Eh... los libros que nos dan. También nos dan CD para hacer ejercicios, canciones, todo eso... entonces ahí me voy informando sobre el crecimiento de la bebé y también mis cambios po’ (...) Hemos tenido... son cuatro charlas. Hemos asistido a dos. Y nos explican el crecimiento del bebé, los cambios de la mamá, nos hacen juegos... Ehm... bastante bueno (...) Eh... los libros que nos dan (...) Eh... donde me atienden, en el consultorio. Estos son... igual son bien interesantes porque, más que los cambios que yo pueda buscar en internet sobre la guagua también me ayudan en cuanto a la salud. O sea, los cambios, o sea... por ejemplo qué cosas son más saludables para mí y para el bebé” (N)

“Me regalaron un libro, lo estoy leyendo, entonces he buscado medios de información por todos lados (...) eh... lo que va pasando con el bebé como la forma de, de criar a tu bebé también para entregarle más seguridad a él y también a nosotros entonces como la forma de cuidado, habla un poco de lo que... como veía Freud también el tema de la paternidad y los cambios que he tenido hasta el día de hoy, que he sufrido hartos cambios, entonces ese

tipo de información busco en el libro. También va diciendo semana a semana lo que va pasando...” (C)

La pesquisa de información y la motivación por adquirir nuevos conocimientos respecto del proceso de gestación también pueden entenderse como una forma en que las madres primigestas establecen responsabilidad y compromiso con sus propios procesos de embarazo, puesto que lo que se pretende con ello es asegurar el bienestar del bebé intrauterino. Las mujeres primigestas, a su vez, ven en la búsqueda de información una forma de disminuir sus ansiedades, lo cual se entiende por consiguiente como una forma de resguardar su propio bienestar emocional.

8.2.1.3 Objetivo Específico 3:

Caracterizar prácticas específicas de cuidado en la formación del vínculo de apego prenatal:

El proceso de embarazo genera en las mujeres primigestas un deseo por resguardar su propio bienestar, tanto físico como psicológico, así como el del hijo/a en gestación. El cuidado es visualizado por ellas como una forma de protección personal, pero también como una vía para proteger el desarrollo saludable de sus bebés intrauterinos. Entre otras cosas, el cuidado implica un cambio en las pautas de vida cotidianas, especialmente en lo que concierne a los ciclos de alimentación. Implica también el inicio del despliegue de conductas responsables, como asistir regularmente a atención médica y evitar la exposición a sustancias tóxicas o que pudieran resultar perjudiciales en el desarrollo del bebé intrauterino. Además, el cuidado se manifiesta también en la preparación para el recibimiento del futuro hijo/a, a través de ciertos rituales de bienvenida y la adquisición de implementación necesaria para éste/a.

3.1 Alimentación saludable:

En la alimentación, las mujeres primigestas ven una forma importante de garantizar las condiciones óptimas para el desarrollo del bebé intrauterino. Sin embargo, se requiere de ciertos ajustes en la dieta habitual a fin de asegurar una alimentación saludable. Estos cambios también inciden en la vivencia de las mujeres primigestas participantes, quienes al respecto manifiestan:

“Ya, de principio cambié toda mi alimentación. Yo tenía pésima alimentación. Yo el año pasado subí 10 kilos de peso, entonces ya tengo sobrepeso, que era significativo y por el tema una... más allá de la estética es la salud para el bebé y para ti, entonces lo primero que hice fue cambiar toda mi alimentación. Me derivaron a la nutricionista y ella me dio todo un régimen, aumente el agua, la fruta, las verduras, elimine las chatarras que comía casi todos los días” (C)

“Por el hecho de la alimentación tú te das cuenta que ya no puedes comer cualquier cosa, ya tenías que comer pensando que tenía que hacerte bien a ti y a la guagua. Para eso. Pero... cuesta. Te cuesta al principio. (...) Mira... con harta fruta y verdura. Igual de repente me descarrilo, pa' no engordar tanto. Pero en ese sentido, yo creo que... todo lo que es las verduras, las frutas, yo me cuido hartito con eso. Que sé qué hace bien po” (G)

“O sea podía golosear, pero no podía hacerlo como lo estaba haciendo antes, porque tenía que ser, tenía que darle lo que la guagüita necesitaba po, que no es comida chatarra. (...) Me costó porque igual levantarse a las 8 de la mañana... pero a veces me levantaba a las 9... igual la leche... por ejemplo la leche es lo primero que tomo y trato de tomar harta leche po, porque se supone que es lo más... se supone que la leche que a mí me dan... porque me dijeron que tenía que tomar la del consultorio que tratara de hacerla esa, se supone que esa trae todo como lo necesario para...para que... o sea... trae todos los nutrientes necesarios los que yo necesito ahora, por ejemplo yo deje de comer pescado... no sé como que en el embarazo he comido muy poco pescado y me dijeron “si usted toma leche, no va a necesitar Omega 3” o sea no va a necesitar Omega 3 del pescado, porque con el de la leche ya es suficiente... y eso” (M)

3.2 Evitación de exposición a sustancias tóxicas:

La asunción de conductas responsables en el embarazo implica también evitar la exposición a sustancias teratógenas que pudieran ser perjudiciales para el bebé intrauterino. La toma de conciencia sobre este riesgo potencial lleva a las mujeres primigestas a resguardar, a través de distintas formas, el bienestar del bebé intrauterino:

“Pero evito que obviamente no tomo, yo tampoco fumo eh... evito estar en zona fumadores, me tomo un jugo, ese tipo de cosas (...) Y sigo haciéndolo, solamente que ya no tengo que consumir alcohol, por ejemplo. O no sé po', ya no tengo que hacer tanto actividad física tan brusca... y... en ese sentido me he adaptado súper bien, no... no ha sido chocante para mí, para nada” (C)

“No estoy en ambientes donde fumen.... Nada de esas cosas. De esa forma mantengo a salvo mi bebé. Entonces es ser responsable en todo eso, en todos los cuidados de cosas que... que le puedan hacer mal.” (K)

“Eh... bueno yo antes... yo era súper carretera (risas). Fumaba hartito igual... y... lo dejé de hacer. Me costó obvio, igual, como aceptarlo (...) lo... he tenido que dejar... (...) Tratar de... de cuidarme lo más que puedo, para no afectar a la bebé”(N)

3.3 Asistencia regular a controles médicos:

El sentido de responsabilidad en las mujeres primigestas se manifiesta en el compromiso que ellas adquieren consigo mismas respecto a la asistencia de forma regular a los controles médicos, ya que visualizan en esta práctica un espacio con una doble utilidad: conocer el estado del desarrollo del bebé intrauterino y obtener indicaciones a partir del médico en cuanto a cómo llevar un embarazo sano:

“Pero también estaba ahí siempre a la hora (...) Y... he ido a dos. El primero cuando me ingresaron el embarazo, y después con el doctor. Y ahora a principios de noviembre tengo el tercero. Pero... bien, o sea, voy bien, he subido un kilo y medio. Así que voy súper bien con eso (...) Yo me siento como una mamá responsable. Porque voy viendo que se vaya desarrollando bien. O haciendo las ecografías cuando hay que hacerlas, para saber que todo vaya bien, porque me hace sentir que es como si me estuviese cuidando a mí, porque es mío”. (K)

“Eh... en realidad ha sido súper buena porque en el consultorio que me atiendo la atención es... es buena, eh... la matrona me va a dar las indicaciones que corresponden. Creo que en ese sentido he ido bien, eh... porque he seguido al paso todo lo que ella dice. (...) Responsable en tener que ir a los controles. Eh... tener que ir a la nutricionista, al dentista. Nunca he faltado a ninguna hora”(N)

3.4 Preparación para recibir al bebé intrauterino:

Otra de las prácticas desplegadas por las mujeres embarazadas que favorecen el cuidado durante el desarrollo del embarazo es la preparación para recibir al otro/a. Esta implica, entre otras cosas, la preparación de espacios personales para el futuro hijo/a, la adquisición de artículos e implementación necesaria para el bebé, además del vestuario. Este proceso es vivenciado con expectación y deseo por el pronto nacimiento del bebé:

“Uy, emocionadísima, es una cosa como terrible (risas) voy como entrando y “¡quiero eso, quiero eso, quiero eso, quiero eso, y quiero todo!” (Risas) Yo no soy tan así como para mí, no soy como de, “oh! quiero esto”, no, pero con él, sí (...) Es como una ansiedad rica, como... que me doy cuenta de, “oh! ¡Quiero eso, quiero eso!” y a todas las cosas lindas, por ejemplo que es la tienda como más linda de bebé, y yo la quería toda y yo le decía a, Felipe se llama mi pareja, y le decía “me doy cuenta que voy a ser una mamá como de estas compradoras compulsivas, podríamos decir”, pero se siente genial, porque es como una sensación rica, como rica, rica, se siente bien (...) O sea, ya tenemos, o sea le vamos a

pintar la pieza, mi pieza, después se va a adornar la pieza entera infantil, pero eso no más (...) Me preocupo de que él vaya a tener su espacio, eh en la casa de mí, de Felipe también, que le digo “ya elige que pared le vamos a adornar”, que pa que él tenga su espacio, que pa’ cuando vayamos sienta que también es parte de tu vida, le digo, y me preocupa mucho eso.” (K)

“Y viendo cosas po, mirando cositas, ponte tú el coche, que es lo primero que uno ve... su cuna, que viene de regalo (ríe). Ojalá... así, eso. (...) Oh... le hemos comprado hartas cositas. Sí, lo primero que pensamos fue en su pieza. Su pieza... y ya la estamos armando, está pintada ahora. Y ahora hace poquito andábamos comprando algo pa’ decorarle y todo lo que tiene una pieza po’.” (G)

“Empecé así de muy tempranito como a comprarle sus cosas, tiene hasta su coche, entonces como que ya no le falta nada(...)La pieza se la arreglé toda así como para que llegue le hice monitos, le pinte unos monitos, yo se los pinté, me quedaron bonitos (ríe) no es porque yo los haya hecho.” (M)

“La sema... como hace dos semanas estuvimos con él arreglándole la pieza. Igual era como súper bacán así... eh... “oh, mira... los dibujitos”, porque la pintamos de colores, y le pusimos cosas y todo po. Como súper adaptada a la bebé. Entonces igual es como... claro antes era como todo desordenado, y ahora es como todo diferente porque es para una guagua po’. Eso.” (N)

La preparación para recibir al otro, además, también considera la realización de ciertos rituales de bienvenida, que son llevados a cabo por las madres primigestas con el apoyo de su entorno más cercano. Si bien las madres son conscientes de que este tipo de celebraciones no cuentan con la presencia física de su hijo/a, sí hacen hincapié en que estos rituales están dedicados especialmente a la figura de éstos/as. En relación a ello, indican:

“O... el pensar en el mismo “Baby Shower” que estamos pensando ahora, yo cacho me emociona que quiero comprar las cosas luego, quiero comprar las cosas y quiero pensarlo ¡ya! Esa como ansiedad de ojalá tener todo luego, luego (...)Es que me encanta, porque es, es como... es la bienvenida que se le da al bebé, entonces... quiero que sea como, como algo especial y que tenga fotos, recuerdos, más que nada es por eso, porque para que tenga los recuerdos de... de que... lo amamos desde siempre, de que lo esperábamos, que fue bienvenido siempre.” (K)

“La planificación del Baby Shower empezó como cuando yo tenía dos meses de embarazo (risas) imagínate, va a pensar que estoy loca, empecé... es que estaba así como súper emocionada, es que es como su fiesta de bienvenida así y no se po, como que no sé, como que me encanta planificarle así es como una fiesta para ella (...) Porque eh no sé po... bueno no va a estar ella ahí po, pero es que como lo hago no se po, porque eh... es como que tú le das, yo siento que es como la bienvenida como que es un momento así como que

todo se va a centrar como en ella y en mi (risas), como que se va centrar así en su llegada. Por ejemplo yo pienso así que lo que yo pienso hacer no se así como uy una fiesta, es como pasarlo un ratito bien y que se... cómo que conversar de ella no se po, es que va a ser como que se centra esa fiesta en ella como que nadie más. No sé, por ejemplo ahora yo decía ¿qué hago?, ¿compró la cosita del Baby Shower o le pongo una cosita que diga bienvenida Antonia y lo hago yo? (ríe) no sé po es eso, no sé, porque aparte como que tú te juntai... por lo menos yo me voy a juntar con la gente como que siempre ha estado entonces que tú, que tú te juntí con esas personas que siempre han estado es como que obvio que todo va a ser como para ella porque siempre estuvieron preocupados de ella, no sé, no sé, pasarlo bien un ratito no sé, eso.” (M)

3.5 Resguardo del bienestar emocional:

La conciencia del desarrollo del embarazo trae consigo la motivación en las mujeres primigestas por resguardar su propio bienestar emocional, dado el sentido de empatía que establecen con la figura de sus bebés, entiendo que sus estados afectivos se transmiten o son percibidos por estos últimos. En relación a ello, expresan:

“Pienso si realmente vale la pena enojarse por algo que va a pasar en cinco minutos, entonces hago esa reflexión antes de, pero me gusta mucho conversar las cosas, entonces o si estoy enojada trato de conversarlo después, si me siento alterada me recuesto un poco, entonces... ese tipo de cambios” (C)

“Eh... a estar más tranquila, porque era demasiado hiperquinética. Yo sabía que al bebé tú le transmites todo, transmites todo, toda la mala onda, digamos. Entonces empecé a... como a buscar como tranquilidad, paz, como para que la guagua también no tenga problemas en ese sentido.” (G)

“Me preocupo mucho de... de, de que lo que yo siento sea como positivo, para que no le afecte. (...) De yo estar tranquila. Porque si yo estoy tranquila, el bebé está bien. (...) Entonces si estoy sola trato de bajar, estar con los demás... como ver tele, salir a caminar...” (K)

“Busco comunicarle, no sé, siempre trato de estar bien, es que para que ella lo sienta, porque si yo estoy mal ella va a sentir todo eso. (...) Para estar bien... uy no sé, es que por ejemplo... entonces para estar bien necesito estar feliz, y para estar feliz necesito estar con gente que me haga sentir feliz, entonces como que trato no sé, de buscar a que gente que yo... que no sé, estar con gente que lo pasamos bien, y eso.” (M)

3.6 Monitoreo de situaciones estresantes:

De la mano con el punto anterior, también aparece en las mujeres primigestas un auto-monitoreo sobre las situaciones estresantes de su entorno, antes las cuales se ven enfrentadas, y frente a las que desarrollan mecanismos de afrontamiento y regulación específicos, entre los cuales destacan:

“...Yo creo que he ido madurando un poco también en este proceso, porque hay que velar por un tercero po´, entonces mantenerme en calma que es súper importante, sobre todo por mi tema de la presión, no puedo alterarme porque es súper peligroso (...) con el fin de que... para estar bien yo, bien y que no le afecte a mi bebé tampoco, que como bien decía tengo... todas las embarazadas aparte de que tienen que estar relajadas y todo que aunque no estamos enfermas pero como tengo problemas de presión, subirme la presión es muy peligroso. Entonces, en ese sentido como de salud me cuido, cuido mi salud” (C)

“Eh contar hasta 10, no, eh... ¿cómo lo cambio? no si no lo he cambiado, si sigo igual. Sigo igual, no, pero trato de estar calmada, y pienso en que no le hace bien a la bebé en eso yo ahí.”(G)

“Eh... mira, yo congelé la carrera. Porque acá estaba viviendo como unas situaciones feas. Entonces, para mí la carrera era lo más hermoso que había en la vida. O sea, yo amo la Psicología, pero para mí en este momento... yo prefiero el bienestar de mi bebé que... que una carrera. Entonces, el decidir como... como postergarse uno por el bebé eh... te hace cambiar” (K)

“Psicológicamente... eh... estoy yendo al psicólogo, ¿por qué? Por el tema del parto, me da mucho miedo. Quiero prepararme en ese sentido... de que me puedan, eh... no sé, que... que me ayuden con... con el tema del miedo, de... más que nada del dolor... eh... que yo sufro crisis de pánico, ¿cachái? Entonces como que me da miedo que me vaya a dar uno justo cuando vaya a tener la guagua y me bloquee. Entonces en ese sentido he buscado ayuda psicológica” (N)

3.7 Responsabilidad en el consumo de medicamentos:

A la base del despliegue de las diversas prácticas de autocuidado, se encuentra la responsabilidad y compromiso que las mujeres primigestas adquieren con el desarrollo saludable de su proceso de embarazo, y también con el bienestar del bebé intrauterino. Esta responsabilidad, además de verse reflejada en todo lo expresado con anterioridad, se relaciona de igual forma con el consumo de medicamentos prescritos de forma constante. En relación a esto, las mujeres primigestas participantes refieren:

“Tomar medicamentos, también tuve problemas, como subí tan brusco de peso, tuve problemas con la presión, al punto de pensar que era hipertensa, entonces también estuve tomando medicamentos y me cuide mucho más, eliminé la sal y esto ha sido realmente un cambio que uno hace, porque al principio ya no lo haces por ti, lo haces por tu bebé para que salga lo más sano posible y eso han sido como los cambios, rotundos” (C)

“Entonces busqué un médico rápido que me pudiera evaluar, y finalmente me dieron medicamentos para yo poder regular la presión, medicamento que solo pueden tomar las embarazadas” (C)

“Pero en el momento que yo supe que estaba embarazada, el primer día empecé a tomar el ácido fólico que pa’ mí fue una preparación como bien rápida (...) tomarme mis remedios, pa’ mi esa es la manera de cuidarlo, el embarazo. (...) Ahí me tengo que ir todos los días sí... las vitaminas. Además que también tengo que tomar otro para mi cuestión de la trombosis, que es el cardioaspirina, que no se puede tomar nada más. (...) Para la circulación de la sangre. Ese lo tengo que... todos los días en la mañana, así... clarito, tomármelo. (...) Sí, recetados por el ginecólogo. En realidad nunca he tomado nada que no sea recetado por él. Nada, nada, nada. Todo me lo receta él. Igual le tengo miedo a tomarme cosas así sin que me lo digan, mi médico. Porque todos te dicen “no, te hace bien igual, tómatelo”, pero no. No. Todo con receta.” (G)

“No, lo que me receta la matrona, pero... lo normal: el calcio, eh... vitaminas, eso. Nada, nada aparte como, por alguna enfermedad o algo así, no. Sino que para el bebé. (...) Me los tomo todos los días, como a las siete más o menos. No me ha afectado así como en el ritmo de mi vida, así como “oh, me tengo que tomar los remedios”. No, nada. Me los tomo no más.”(N)

El cuidado es, en síntesis, una expresión más del vínculo de apego prenatal, que si bien no se expresa a partir de lo netamente afectivo, sí implica una forma de compromiso establecido por la madre primigesta con la figura de un otro que se percibe como vulnerable y que requiere de cuidados específicos a fin de garantizarle las mejores condiciones posibles de vida.

8.2.1.4 Objetivo Específico 4:

Caracterizar las prácticas específicas de interacción en la formación del vínculo de apego prenatal con el bebé intrauterino:

En relación a la forma en que se establece la comunicación entre la mujer primigesta y su bebé intrauterino, se entiende que estas prácticas contribuyen al fortalecimiento del lazo afectivo y de la conexión emocional que se gesta entre ambos. De forma preponderante, aparece la comunicación verbal de parte de la madre hacia la figura del bebé, pero también aparece el hecho de que esta interacción también se produce por otra vía, la del pensamiento, en diferentes instancias en las que no puede ser utilizada la voz como medio de contacto con el bebé intrauterino. Por otro lado, otra conducta considerada como práctica de interacción afectiva es el acariciar el vientre materno. En todos los casos, las mujeres primigestas participantes refieren que despliegan estas prácticas en un momento preferente

durante el día, que se caracteriza como un espacio de tranquilidad, que genera un clima de mayor intimidad entre ellas y su bebé intrauterino.

4.1 Prácticas de interacción con el bebé intrauterino:

4.1.1 Comunicación verbal hablada:

En cuanto a la comunicación que se establece a través de la voz, las mujeres primigestas buscan comunicar estados afectivos, a través de pensamientos que tienen sobre el bebé intrauterino, y/o los sentimientos que esta figura evoca en ellas. Incluso, la comunicación a través de la voz se utiliza para relatarle al bebé intrauterino las actividades que ellas realizan día a día. En relación a ello, las participantes señalan:

“Y trato de hablarle, sobre todo cuando me ducho (...) Que nos conteste, cuando por ejemplo le estamos hablando “Martina”, entonces ahí ella... para que nos conteste, una cosa así. O de repente cuando vamos a la casa de los tatas a la hora de almuerzo yo siempre le digo “vamos a ir a almorzar a la casa de los tatas” pa’ que ella sepa que estoy almorzando con los tatas. O Cuando vamos a la casa del Gerardo, en la casa del Gerardo todos le hablan, po’. Sí.” (G)

“Que voy a estar siempre con él (...) Y no se pu’, le hablo en las noches, le digo como buenas noches, oh... no sé, cosas así... como sencillas pero hablándole” (...) Ahora se mete mucho como para abajo, empieza a pegar patás pa’ abajo. Y eso me duele. Entonces yo le empiezo a decir “hijo...” y miro la guatita y es como que “hijo, anda para arriba que a la mamá le duele”, o después “¡Matías!” y después cuando ya no me hace caso “¡Matías! Sube que me duele”. Entonces es lindo todo eso po’, esa... el... la conexión que hay de... sobre todo ahora que sólo yo puedo sentirlo. Entonces es como... una conexión única. Muy linda” (K)

“Por ejemplo, no sé tú me dices... no sé yo le digo así “no tío” y la voz así como si ella fuera, por ejemplo tengo una amiga que como que ella le habla mucho, mucho, mucho, cuando me ve entonces yo le digo así, eh... no sé, cómo si ella le hablara desde la guatita (...) Lo hablo con voz de guagüita (risas) (...) qué cosas le digo... Que la amo, ¿qué más?... no sé,... eh... ay no sé, por ejemplo le digo a ver... ¿qué más? No sé po, de repente le digo, le converso lo que vamos a hacer, por ejemplo “ahora vamos a ir a bañarnos” (ríe) no sé, es que parezco loca (risas) voy a parecer loca (...) Por ejemplo ahora le estaba diciendo que tenía que esperar hasta el baby shower (risas) porque he tenido mucho... igual he tenido dolor, ¿qué más?... le digo no sé, le digo que quiero que llegue pronto, es que me muero de ganas de conocerla y no sé, hablamos cositas de chicas (risas) hablo mucho con ella”(M)

“buu, buu, buu” (ríe). Le hablo “Antonia, Antonia”. Eh... todo el tiempo le digo que la amo mucho, que... que salga luego. Que la quiero tomar. Eh... no sé, o estoy viendo tele y

“mira... los monitos”, “mira, la teleserie”, cualquier tontera que yo esté haciendo yo se la digo. (...)Le hablo, le canto” (N)

4.1.2 Interacción a través del pensamiento:

Cuando la voz no es un medio apropiado para establecer la comunicación, dadas las circunstancias del momento, las mujeres primigestas recurren a establecer la interacción a través de la voz interior concretizada en sus propios pensamientos, en una suerte de variante del diálogo interno, pero dirigido hacia un tercero, en este caso, el futuro hijo/a. En este sentido, señalan:

“A lo mejor puedo hablarle por dentro (...) No uso la voz, pero sí uso por dentro” (G)

“¿Pero tú te refieres como al pensamiento? (...) Eso me pasa casi todo el día, que estoy como... “oh, mi amor, te moviste”, o como con cualquier cosa que pase como que se la comento con pensamiento. Eh... vamos, no se pu’, si me voy a juntar con el papá le digo “vamos a ver al papá”, así.... Todo como pensamiento no más, y es una cosa como que yo siento como que él me escuchara (ríe)”. (K)

“Sí, a veces también el pensamiento, pero es cuando, por ejemplo estoy en la casa de él y no puedo decir algo como mmm (ríe). Eso...” (N)

4.1.3 Caricias al vientre materno:

Fuera de las formas verbales de interacción, existe otro medio de comunicación que se establece entre las madres primigestas y sus bebés intrauterinos. Se trata de acariciar el vientre, un ejercicio que todas las participantes realizan de forma sistemática y en determinados momentos del día, ante distintas situaciones, y frente a las cuales realizan sus propias valoraciones:

“La toco. La toco. Porque yo sé que está moviéndose por algo, po’. Yo aunque esté con gente estoy con una manito y la estoy tocando. ¿Me entendí? A lo mejor puedo hablarle por dentro” (G)

“Ah sí, y más ahora porque de repente te da mucho dolor, entonces que me toco mucho la pancita. Ah, y me gusta que otras personas lo hagan”. (M)

En ciertos casos, es llamativo como las indicaciones de los profesionales de la salud van en contra de esta conducta de apego que existe entre la mujer primigesta y su bebé intrauterino, que es el establecimiento del contacto físico directo a través del acto de acariciar el vientre:

“Ahora como que estoy más preocupada de, ay, de andar tocándome la guata y esas cosas (...) Le, le hago cosquillas, la toco. Esas cosas. La empiezo a tocar, le hago cositas y todo eso. La matrona dijo que... no había que tocarla mucho, así como que ya evitara eso, porque... dan contracciones. Dijo como que... apresura las contracciones, me dijeron (...)”
(N)

4.2 Momento preferente para la interacción:

Como ya se había mencionado anteriormente, las mujeres refieren el preferir interactuar con sus bebés intrauterinos cuando se encuentran en un ambiente tranquilo y con un clima de intimidad propicio para la comunicación. A través de los relatos de las participantes, se ha evidenciado que el momento preferente del día para desplegar dichas prácticas es la noche, mientras permanecen en un estado de reposo:

“Ahí es como cuando tú tienes más cercanía con tu... o en las noches, cuando uno se acuesta... esas cosas... el apego que uno siente. Porque en el día, como yo trabajo, no la pesco en todo el día a la pobre. Todo el día” (G)

“Generalmente más en la noche. (...) Eh... es que en la noche estamos solitos siempre pu, entonces... ahí me acuesto y... empiezo a hablarle, porque estamos más relajados, y es donde más se mueve en el día, entonces como que más ganas me dan como de hablarle (...) Y no se pu’, le hablo en las noches, le digo como buenas noches, oh... no sé, cosas así... como sencillas pero hablándole” (K)

“Suelo hacerlo en la noche o en las tardes cuando estoy sentada en mi cama, de repente estoy estudiando y me distraigo (ríe) ahí lo hago.” (M)

“Eh... cuando estoy acostada en mi casa, es cuando más pero más se mueve así. Mucho, se mueve mucho, mucho, mucho. No para, no para, no para. Entonces ahí le digo “Ya Anto, quédate tranquila, quiero dormir (...) Todo lo que tiene que ver como con el contacto y todo eso es como ya cuando estoy en mi casa acostadita, o cuando estoy en la casa de mi pololo... estoy acostada”. (N)

8.2.1.5 **Objetivo Específico 5:**

Reconocer la vinculación que personas externas tienen con el proceso de gestación:

5.1 Expectativas de apoyo social durante el embarazo:

Desde la vivencia de las participantes se evidencia que existe un cierto bagaje de expectativas relacionadas con el apoyo del entorno durante el desarrollo del embarazo, en

el sentido de hacerse parte de este proceso. En ellas se incluyen las expectativas de expresión de afecto hacia sí mismas, las de interacción de otros con el bebé intrauterino y finalmente las que dicen relación con el grupo familiar.

5.1.1 Expectativas de expresión afectiva:

Dado que el proceso de embarazo involucra una serie de cambios y ajustes emocionales, para las mujeres primigestas se torna esencial que el entorno cercano adopte una actitud empática con ellas y que, al mismo tiempo, validen sus estados emocionales y demuestren comprensión hacia ellas como madres primerizas:

“O sea pa’ mi la persona que está embarazada tenís que tirarle puras buenas vibras, porque eso que tú le digai “oye que estai gorda” esa cuestión no... te ves bien embarazada pa’ mi eso es una palabra específica para una embarazada, no importa que tenga así los cachetes de gorda, pero encuentro que te ayuda psicológicamente también... te ayuda psicológicamente (...) Es rico de repente sentir el abrazo y el cariño, de esa manera mmm... de un abrazo, de un beso, no solo de, de “oye ¿cómo estás?, ¿cómo te sientes?” (G)

“Es que el papá siempre lo amó como desde el principio, como cuando yo todavía como que lo rechazaba ahí el, él siempre como que lo quiso y de repente como que le cuesta demostrar las emociones y eso como que a mi igual, como que me da lata, porque me gustaría de repente que se emocionara igual como yo... pero no por eso va a querer menos al bebé, pero una anda súper sensible, entonces de repente como que te dicen fea y tu llorai y eso a veces me pone como más depre... que no demuestre como tanto el afecto, que yo sé que lo tiene pero de repente me gustaría que lo mostrara un poco más” (K)

Adicionalmente, las expectativas de expresión de afecto también pueden estar centradas en la interacción afectiva que se desea que un otro significativo tenga con el bebé intrauterino, por lo que se incluyen figuras como los padres, pareja, hermanos/as y amigos/as, pues las participantes consideran a estas personas como quienes constituyen sus vínculos afectivo más cercanos.

5.1.2 Expectativas de interacción con el bebé:

Así como las mujeres primigestas despliegan una serie de prácticas de interacción con sus bebés intrauterinos, las participantes poseen expectativas relacionadas con la forma en que desearían que las personas significativas de su entorno interactuaran con su futuro hijo/a. En cuanto a este punto, indican:

“No, Sino que me gustaría que mi mamá me llegue y me diga “oye ¿cómo está la Martina?” y me toque la guata po’, pero no me la toca po’ y mi papá igual me dice y se mueve así como con nervio y eso es todo, pero... (...) Todos los días me preguntaba ¿y se mueve, y se mueve? pero no era capaz de tocarme la guata, no me han tocado nunca la guata, no, ninguno de los dos, ninguno de mi familia en realidad, mis hermanos vienen de Santiago y ¿cómo está? Bien, bien, ¿me entendí? somos todos así, igual eso como que te... como que igual te gustaría que te tocaran la guatita “oye como estas sobrinita”, no sé, no que te preguntaran ¿cómo está la pequeña? por un WhatsApp, sino que te tocaran, que le hablarán sería como más rico” (G)

“Pero de repente me gustaría que no se po, que le hablara por ejemplo, que pa eso es como flojo no lo hace mucho, porque de tocar, si, toca harto la guatita, pero como del hablarle eso me gustaría que lo hiciera más.” (K)

“Pero es que como que igual siento que ha sido triste porque ha sido como solitario... eso...” (M)

A partir de los relatos, se desprende que existe un proceso de confrontación de las expectativas con la realidad de la situación. Las mujeres participantes poseen un escenario imaginado en el cual la interacción de estas personas significativas (padres, pareja, hermanos/as) es mayor, por lo que el contraste con las conductas que han sido desplegadas hasta el momento por estas figuras significativas puede suponer, en ciertos casos, un sentimiento de decepción en las participantes o de que sus expectativas no han sido cumplidas.

5.2 Actitud respecto de la inclusión de personas externas al proceso de embarazo:

Durante el proceso de embarazo, las mujeres primigestas adoptan una actitud respecto de la idea de incluir a otras personas en el embarazo, en la cual influye la decisión personal de hacer o no participe al entorno en el proceso de gestación. Es por ello que respecto de este aspecto en particular las mujeres primigestas participantes manejan distintos puntos de vista:

“Es que yo tengo mis amigos de toda la vida entonces no, lo que incluyo, bueno me relaciono con mis colegas, con mis amigos, con mis papás, con mis primas que los vínculos que he tenido toda la vida pero no incluyo a más personas porque la gente que en realidad me rodea noma’, no sé, todos te preguntan si estás embarazada y uno cuenta a todo el mundo que le pregunte, pero no es que como que los incluya en mi vida, no (...) Tengo hartos contactos con hartas personas entonces más allá no necesito como afectivamente otras personas, pero no rechazo si alguien se quiere acercar y me pregunta, yo le respondo todo, en ese sentido no me niego” (C)

“Desde el principio cuando tu quedas embarazada te molesta todo, así que en realidad ni siquiera quieres incluir a nadie en tu embarazo, en un principio, después ya como que como que... quieres que todos sepan, que todos te vean tu guatita (...) Nada. No incluyo a nadie. Es que... prácticamente porque... será porque donde yo salgo poco, igual, no comparto mucho con mucha gente. Y... creo que también puede ser por eso. Que... que no, no, no vinculo mucho el roce con mi maternidad con otras personas. (...) Ah yo soy egoísta, no, a lo mejor no incluyo a nadie más (ríe), si, aparte de la gente más cercana, un grupo de amigos que tenemos y la familia... no... no incluyo a nadie más (...) Le digo “Gerardo, convérsale pa que se quede dormida por favor, porque quiero dormir” (G)

“Yo encuentro que es súper importante, por eso también lo hago, porque eh... sé que es importante que él por ejemplo escuche las voces porque después las va reconocer cuando el nazca... eh ya va a tener como esa familiarización con, con los cercanos, entonces y mientras más amor le den eh para mí es rico, entonces es súper importante pa mí que estén todos como cerca” (K)

“Es que como que nunca he tratado de incluir mucho (...) Yo pienso que a veces es como bueno así es que como te decía en delante yo, como que se incluye como solita la gente, pero a veces como que hay personas que tratan de incluir para fomentar más el amor, el apego con otras personas po. Pero yo como que no lo he hecho mucho, es que no lo... a lo mejor no lo he necesitado, a lo mejor otras personas lo necesitan. Voy al hecho de que, por ejemplo hay a veces no se po, como que la pareja así o como con alguien, como que, no están bien afianzados como entre la guagüita y el papá o no sé, otras personas, entonces todos dicen no sé... que tú tienes que hablarle de ella, para que él cómo se apegue, sienta ese amor y la cuestión, pero no sé, yo no he necesitado de eso, porque no lo he necesitado. Como que todos por la Anto, como que todos han estado así, como bien con las personas que a mí me interesan obvio, porque por ejemplo voy a ser bien cruel, porque por ejemplo con mi hermano, como que yo me llevaba mal, me llevaba muy mal, pésimo, como con él como que arreglamos la situación por la Anto, como que tratamos de hacerlo bien para no estar peleando porque yo entiendo el esfuerzo que hizo él, pero como que yo no necesitaba así como de hablarle de ella” (M)

“En realidad creo que incluir a la familia es importante porque desde ahí se van a formar los lazos desde pequeña, eh... integrar a otras personas eh... también pero que sean mis lazos, o sea los lazos que tengo con ellas, por ejemplo mis amigas, eh... es importante, pero otras personas en realidad no.” (N)

Se evidencia a partir de los relatos de las participantes que existe una influencia en sus actitudes a partir de la forma en que establecen vínculos con otras personas. Estos aspectos, que pudieran estar ligados con sus personalidades, tienen incidencia en la forma en que consideran más o menos necesario el hacer partícipes a otras personas de su proceso de embarazo. Desde allí que surjan posiciones que señalan que el incluir a otras personas no resulta importante, o bien, por otro lado, que esperen que el entorno se acerque y vincule activamente por sí mismo con el embarazo. Así también, se considera muy

necesario que otras personas se hagan parte del proceso de gestación por el apoyo y la expresión afectiva que otorgan.

5.3 Percepción de apoyo durante el embarazo:

Se ha descrito ya que el proceso de embarazo no alude exclusivamente a la mujer embarazada, sino que también involucra a su entorno cercano, que para ellas tiene relevancia en el desarrollo de un vínculo de apego prenatal sano. En relación a ello, uno de los aspectos de mayor importancia es la percepción de apoyo social a partir del entorno que tenga la mujer primigesta durante el embarazo. Destacan como redes de soporte y apoyo de mayor importancia: el grupo familiar, la pareja y las amistades más cercanas. Cada una de estas redes ofrece una manera particular de apoyo y establece también vínculo con la figura de la madre embarazada y su futuro/a hijo/a, ya que en ocasiones estos mismos despliegan prácticas de interacción con el bebé intrauterino. Dentro de ellas, destacan principalmente la comunicación a través de la voz, las caricias al vientre materno y la conexión emocional que estas figuras establecen con el bebé intrauterino.

5.3.1 Percepción de apoyo del grupo familiar:

La familia, como el núcleo de apoyo más cercano a las mujeres primigestas participantes, aparece de forma recurrente como una fuente de apoyo importante durante el curso del embarazo. En este sentido, cabe destacar que el apoyo percibido por las participantes proviene de distintas personas que son consideradas y significadas por ellas como parte de su familia, por lo que estas figuras no necesariamente se limitan a los padres biológicos de forma exclusiva, pudiendo trascender incluso al grupo familiar del padre del bebé intrauterino. Al respecto, las mujeres primigestas participantes señalan:

“Principal... bueno aparte de mi pareja lógicamente eh... mi familia, mi mamá y mi papá, mi hermano, ellos sí han sido los principales ... (...) ellos han sido mi pilar fundamental, mis papás (...) Ellos súper emocionados, ellos querían ser abuelos, porque no son abuelos, entonces el apoyo ha sido fundamental es como te conté al principio igual, ella me consiguió la hora al médico y ella me va preguntando, me llama ahora voy a almorzar todo el día donde ella porque ella me cambió la alimentación,(...) me dicen las cosas que me van a regalar... ellos lo ven, yo creo que como una forma de paternidad igual ellos lo ven, ser abuelos pero al final es como una paternidad más (...) Lo que él si me habla que me tengo que cuidar, eh... si fui al médico como me fue, ese tipo de cosas y con los medicamentos igual me ayudan, siempre me han ayudado entonces eh... pero mi mamá es distinto yo tengo más el vínculo afectivo con mi mamá en el lado de que somos más comunicativas, mi mamá es

más comunicativa entonces lo hace más fácil, en cambio mi papá es como más preciso, no es tanto sentimiento (...) Ah mi hermano... bueno mi hermano más que nada él también quiere ser un buen tío entonces él siempre me está preguntando cómo me va, también me dice las cosas que él me va a comprar como que está esperanzado, entonces en ese sentido yo lo noto que me gusta que me digan las cosas, que me apoyen, que se vean contentos, me gusta sentir eso, me hacen sentir bien” (C)

“Bueno, mis papás. Gerardo. La familia de Gerardo. Son como los únicos... (...) Pero... no, aparte de la familia, nadie (...) Que me tome mis remedios, eh... ese es el, el cuidado que ellos me dan. Porque tampoco son de esos que andan “ñu ñu, ¿puedo tocarte?” no. La idea es que ellos me preguntan si siento algo extraño, ellos ahí como que despiertan un poco en el sentido de “ah, te sientes mal, tienes que ir al doctor”, pero mientras yo no me sienta mal, ellos solo me preguntan cómo amaneciste, cómo estás, en ese sentido, el apoyo (...) Eh... la familia de Gerardo... yo soy de las que llego allá y la familia saluda a la Martina po’. Sí po’. Si po’, si soy yo es la Martina igual. Eh... le conversan, o sea, se dan cuenta de que ella está ahí. En eso más me ayudan, sí. (G)

“No, porque tengo una familia que me apoya detrás. Entonces, como... si antes comprábamos Coca-Cola, ahora... ya, compremos Sprite. Entonces como... no está como esa tentación ahí de... de que ellos sigan haciendo su vida normal. Se han adaptado a mí (...) Genial, o sea a mí me encanta, porque es un apoyo increíble. O sea, yo creo que somos muy pocas las que contamos con... con apoyo así, que te hace todo mucho más fácil. Además que, eso te hace sentir que también se preocupan por el bebé y lo quieren po’. Y después, después el sentir como que quieren algo tuyo... Eso se siente como... genial, como más que te digan un te amo a ti, que digan, no se po’ “te amo Matías”, es mucho más gratificante que me lo digan a mí (...) Genial, yo creo que yo soy muy como de familia muy de que me importa mucho lo que ellos piensen, entonces como que yo no podría seguir si ellos no me hubieran apoyado, a lo mejor con el tiempo... obviamente uno sigue, yo creo que uno saca las fuerzas y todo, pero me importa mucho lo que ellos piensen, Es que ahora la... ahora me gusta, me gusta cómo o la atención que tienen con uno, la preocupación como el de... “no salgai a pleno sol, que se te va hinchar las manos, los pies”, o “camina despacito”, “no andi sola, que te pase algo”, entonces todos esos cuidados son como muestras de amor. Entonces eso es bonito” (K)

“Me hace sentir bien, es que igual como que en el embarazo cuando en mi familia se enteraron fue como así, “¿cómo? no puede ser!” y como que no me hablaban, o no sé, entonces mi mamá fue como la única que estuvo ahí siempre po, entonces, entonces ahí tú te das cuenta quién va a estar siempre y eso (...) Mi mamá... en todo, en los controles igual que mi amiga entonces por ejemplo de repente necesito ir al hospital y me acompañan (...) Entonces que mi mamá haya estado siempre ahí fue fundamental porque si no, no sé qué hubiese sido de mí. Porque igual pase por una etapa así como triste de como que todos como que “no, cómo hiciste eso”, como que “ya no te hablo más porque hiciste eso”, pero mi mamá estuvo ahí, como que “ya, si ya paso así” como que “ya salgamos”, me invita a salir, me lleva a mis controle, (...) Mi hermano chico él igual como que molestaba al principio, pero él como que... y peleábamos porque, peleamos harto obvio, los hermanos pelean... peleábamos harto con mi hermano chico igual, pero de que yo quede embarazada como que él, él como que trató así como de no molestarme, ¿me entendí? como de no fastidiarme, no hacer, como que no tratar de que yo estuviera incomoda y cosas así” (M)

“Ha sido medio difícil en realidad, por... porque los cambios son difíciles po’. Entonces... eh... yo he tenido harto apoyo en realidad de... de mi familia. Entonces... como que eso lo facilita un poco, pero lo cual no quiere decir que no sea difícil (...) Eh... la familia de él (ríe)... Están todo el tiempo como.... llega el momento en el que es mucho (risas), siento como que ya como “oy! se meten tanto”, pero claro, de preocupados en realidad po, la mamá sobre todo es como que quiere que se mueva. La... la abuela también, se preocupa de las comidas, de que no ande comiendo cosas que no corresponden (...) Eh... creo que también ha sido importante porque... porque al final es como que encontré otra... otra familia, pero si a veces siento (ríe), siento que es mucho, ya es mucho (...) Tengo la, mucho, mucho apoyo de, de las personas que son como lo más importantes creo yo, que es la familia, y aparte que ella va a nacer en el... en este núcleo familiar, así que, creo que eso es como lo importante po, así que estoy contenta con eso” (N)

En general se aprecia una percepción positiva del apoyo recibido de parte del grupo familiar. Este se centra principalmente en la preocupación de estas figuras por resguardar que las participantes mantengan conductas responsables y de autocuidado a lo largo del embarazo, ya que, de forma empática, concluyen que la preocupación por la madre primigesta es, a su vez, una forma de preocuparse por el bienestar del bebé intrauterino. Las madres primigestas participantes asignan una gran importancia al apoyo percibido de parte de estas figuras, al punto de considerarlo como un aspecto trascendental en el desarrollo de un embarazo sano. De hecho, el no contar con apoyo se considera como una forma de rechazo lo suficientemente significativa como para impactar de forma negativa sobre el desarrollo de sus propios procesos de gestación, lo que dificultaría el llevar a término exitosamente dicho proceso.

5.3.2 Percepción de apoyo de parte de la pareja:

Otra de las figuras que es recurrentemente reconocida como significativa durante el desarrollo del embarazo, es la pareja. Anteriormente se había señalado que el embarazo es una instancia que provoca cambios a nivel identitario en la mujer primigesta, impactando incluso su forma de percibir el rol de pareja. Es así que esta figura representa un lugar importante para las mujeres participantes dentro de lo que concierne a la percepción de apoyo durante sus procesos de embarazo. Al respecto, señalan que:

“Cien por ciento. Él desde que supe la noticia, y él vio que pa mi fue algo igual chocante pero no en el... algo negativo, si no que voy a ser mamá, entonces tengo 26 años, yo to... yo soy súper buena pa salir. Entonces fue como un cambio por el... solamente estos temores que a uno le... le van inculcando. Ese fue mi cambio chocante, y él me apoyó desde el primer momento, él me dijo que todo iba a salir bien, que me iba a apoyar en todo y ahí

yo inmediatamente cambié, cambié mi punto de vista, si la noticia es positiva y bueno él me ha apoyado en todo sentido, él me acompaña al médico cada vez que puede, en los controles que yo le pido que son más importantes porque como he ido hartas veces hay unos que no es necesario, pero él me acompaña a la clínica a inscribirme, hemos visto regalos, él le ha comprado regalos antes que yo, le ha comprado cosas (...) (C)

“Eh, buena. Mira de un principio yo creo que también él como que le costó... asimilarlo. Le costó. Pero ahora sí, ahora es súper preocupado, eh... ponte tú, le conversa, se despide, si se despide de mí se despide de la Martina, yo creo que pa' ella igual es importante sentir el cariño de su papá po” (G)

“Es que igual está como atento a todas las ecografías, a que si me falta algo, que si tengo ganas de comer algo, eh... a llamarnos para saber si llegamos bien, o en cosas así po'.” (K)

“Y el papá no sé si tanto, porque el papá trabaja lejos entonces cuando está conmigo por ejemplo como que le habla, le hace cariñito en la pancita, me llama, siempre para preguntarme como está, pero no ha tenido así como... porque a donde trabaja no ha tenido eso como más, tanto el apego, tanto como con otras personas” (M)

“Ha sido súper fundamental e importante, porque los cambios que he... que he sentido, eh... en principio fueron como “oy... me va a dejar sola porque voy a engordar” o... o... o... andar todo el tiempo llorona, pesada. Y bueno... él en realidad ha estado siempre tratando de entender, entender... entender, y me ha ayudado hartito eso en realidad en el embarazo. Yo creo que si él fuera diferente, me tratara mal o fuera pesado, sería muy, muy, pero muy diferente el embarazo. No me... yo creo que no me darían ganas de ir a controles, o esas cosas, porque también siento el apoyo de que... de que los dos amamos a la guagua aunque yo la tenga en la guata en este momento (...) Eh... no... demasiado fundamental, importante. Eh... yo estoy súper feliz en realidad ahora... de, de... claro decir ya, al menos tengo la posibilidad que no tienen otras mujeres, de contar con el apoyo de mi pololo (...) Ahora estoy súper feliz, contenta, eh... no sé, me llevo súper bien con mi pololo, él me apoya hartito, y el embarazo ha sido bastante tranquilo, eh...” (N)

Dentro de los aspectos del apoyo que más destacan de parte de la pareja aparece el acompañamiento regular a los controles médicos, siendo la pareja considerada como un compañero dentro de todas las nuevas experiencias que implican el hecho de estar embarazada por primera vez. Por otra parte, se evidencia de forma significativa la percepción de la pareja como una figura de apoyo emocional permanente, lo que es percibido por las mujeres participantes como un factor que facilita el sobreponerse a las complicaciones que se han vivenciado durante el embarazo. El soporte de la pareja también es entregado a través de la preocupación por el estado de salud de la madre gestante, y por las prácticas de interacción y vínculo que son desplegadas por éstos últimos directamente hacia el bebé intrauterino.

5.3.3 Percepción de apoyo de parte de las amistades:

Ya se ha revisado que el embarazo, como una vivencia nueva y significativa en la vida de las mujeres primigestas, trasciende a sus individualidades, por lo que otras personas del entorno también se hacen partícipes del proceso. En este sentido, el embarazo también causa impacto en las relaciones sociales. A las amistades más cercanas de la mujer gestante se les suele asignar un rol de apoyo durante el embarazo. En relación a ello, las participantes indican lo siguiente:

“Bu mis amigos chochos todos, bueno eran todos ellos los que me decían que cuándo iba a tener bebé y no, siempre me preguntan cuándo nos juntamos, por internet, cualquier conversación, sale el tema que van a planear el baby shower y todas esas cosas, entonces todo mi vinculo que me rodea todos me apoyan harto, todos (...) Eh... más que nada el lado afectivo ellos... yo soy súper amiga de mis amigos y bueno mi familia siempre ha estado, pero mis amigos, el que... más que nada uno se siente más a la par, entonces ellos han sido importantes en todo este proceso, me he sentido súper apoyada.” (C)

“Las que me han acompañado... acompañado, acompañado, acompañado... Mi mamá, mi mamá y tengo una amiga que se supone que va a ser la madrina de la Anto, ella ha estado mucho conmigo, como que han estado preocupadas siempre, como que llamándome “¿cómo estai?” cuando me dejan de ver no sé “¿qué te pasa que no que no me hablaí?, ¿te has sentido bien?, ¿cómo está la Anto?”, a eso me refiero (...) A mi amiga la llamo, me viene a buscar y vamos al hospital, cosas así han estado siempre, en todo, en todo, en todo (...) A la primera persona que le conté fue a mi amiga y ella ha estado siempre, siempre. Siempre, entonces yo pienso que eso fue como para incluirla automáticamente porque siempre ella ha estado, o sea en todo, en todo, en todo lo que he necesitado, incluso hasta ahora en el Baby Shower (ríe)” (M)

“Eh... mis, mis amigas... eh... igual han sido importantes porque... las que han estado conmigo, obviamente porque uno no va a querer juntarse con puras... (ríe), obviamente no voy a querer andar con la mamá de él todo el tiempo o con la abuela po, obviamente yo también quiero andar con gente de mi edad, entonces, en ese sentido... sí, ha sido bacán, eh... bien que también ellas sean parte de mi embarazo porque también busca las comidas saludables o me trae cosas como, no sé po, folletos, cosas así, y todos los días me pregunta. (N)

Las participantes perciben que las amistades también se constituyen como una fuente de apoyo importante durante el embarazo en cuanto a resguardar el mantenimiento de conductas responsables y de autocuidado. Además, son recurrentemente descritas como una fuente de apoyo emocional y de preocupación por el desarrollo sano del proceso de gestación. Incluso se observa que en dos casos las amistades participan de forma activa en la preparación para recibir al otro, principalmente concretizado en la organización del ritual

de bienvenida para el bebé intrauterino, asunto que es usualmente percibido de forma positiva por las madres primigestas.

5.4 Interacción de personas externas con el bebé intrauterino:

Además de la percepción de apoyo de parte del entorno, las mujeres primigestas participantes recalcan las prácticas que estas figuras cercanas establecen con la figura del bebé intrauterino, a través de distintos mecanismos. En este sentido, aparecen de forma recurrente las caricias al vientre materno, la comunicación a través de la voz y la conexión emocional que establecen con el bebé intrauterino.

5.4.1 Interacción afectiva:

Esta se reconoce como la principal forma de interacción del entorno con el bebé intrauterino por parte de las mujeres primigestas participantes. Al respecto, ellas señalan:

“Le coloco la guatita a mi hermanito, para que también le haga cariño, le dé besitos, cosas así. Eh... así (...) Desde el principio él era de que “la guatita”, de... de hacerme cariño, le da besos a la guata (...) Eh le da besitos de buenas noches de repente cuando nos vamos a acostar siempre le da un besito” (K)

“De qué manera ellos se comunican... ah así como tocando la guatita, como tocando la guatita, o sea tocándome la guatita” (M)

“Mi hermano chico con quien yo hablo los temas de la Anto, porque... él siempre me hace cariño, le da besitos y todo eso” (N)

Es destacable que este tipo de prácticas es desplegada principalmente por miembros del grupo familiar o del entorno más íntimo de la mujer primigesta.

5.4.2 Interacción verbal:

Por otro lado, al igual que las mujeres primigestas establecen comunicación con sus bebés intrauterinos a través de la voz, también lo hacen las personas externas cuando interactúan con el bebé. Respecto de ello, las mujeres primigestas participantes indican:

“En la casa del Gerardo todos le hablan, po’. Sí (...) Eh... la familia de Gerardo... yo soy de las que llego allá y la familia saluda a la Martina po’. Sí po’. Si po’, si soy yo es la Martina igual. Eh... le conversan... Ellos son como más de piel en su casa, ellos le conversan “Martina”. Sí (...) Gerardo le conversa algunas cosas (...) Le conversa, se despide, si se

despide de mí se despide de la Martina (...) Cuando le habla Gerardo como que le entiende, sí, le entiende. Le conversa.” (G)

“Le habla siempre, le dice “mi Matías” y me mueve la guata así, eh pero eso no ha sido como nada como personal así (...) Eh... que lo estamos esperando, que lo amamos mucho, le dice al Agustín “háblale al Matías para que reconozca tu voz y te reconozca cuando llegue”, eh cosas así. (...) Que lo ama, que lo, que llegue pronto le dice” (K)

“Por ejemplo de repente le hablan ahí en la pancita (...) No sé po, por ejemplo a ver... la... no se po, por ejemplo le dicen... hay algunas personas que le dicen, que llega pronto o igual le dicen... oh no se po, pero es que le hablan así como no sé le dicen cositas. (...) Él me ve y como que le habla a la Anto (...) Mi hermano chico como que siempre le habla y le dice cositas y trata de darme besitos en la panza” (M)

“Él habla, habla, habla, habla, habla, habla, habla, habla, entonces le habla harto a la guagua y pa mí es como harto bacán eso po” (N)

En general, esta práctica es significada de forma positiva por las mujeres primigestas participantes, quienes lo entienden como una forma en que estas personas establecen conexión emocional con sus bebés intrauterinos, y en la que a su vez se comunican sentimientos respecto de él/ella.

5.4.3 Conexión emocional:

Las prácticas antes mencionadas hacen referencia directa a la forma en que personas externas establecen vínculo afectivo con la figura del bebé intrauterino. En este sentido, las mujeres primigestas participantes también vivencian esta expresión de parte de otras personas de una forma en particular, a partir del reconocimiento que realizan sobre las distintas formas en que el entorno se hace parte de su propio embarazo. En relación a ello, las participantes señalan:

“Eh... no sabría explicarte, cómo se pueden vincular ellos. Yo siento que para mí la pura vinculación es la preocupación. Que ellos se preocupen no más. Pero no tengo ninguna así... no. (...) Yo creo que la vinculación que ellos tuvieron fue que yo estuviera bien de un principio y prácticamente porque ellos sabían que yo tenía un riesgo entonces como que todavía no se querían ilusionar, por el hecho de que me podía dar otra vez la trombosis y yo creo que esa fue la parte que más se involucraron ellos, en la parte del embarazo yo creo que no lo tomaban mucho en cuenta mi embarazo, sino que se involucraban más conmigo, que si yo estaba bien entonces la guagüita iba a venir bien.” (G)

“Es que yo soy muy así como de piel. Me gusta el cariño. Entonces yo creo que él igual. Debe gustarle que le hablen, que le den cariño. Por lo mismo estímulo harto a mi hermanito,

que le dé besitos, que le hable, de hecho él ya dice, dice “¿dónde está el bebé?” y dice “ahí ta”, y le apunta así con la manito, y le hace así... o sea a mí me encanta, me encanta que le demuestren el amor” (K)

“Pero, no sé, me gusta ese interés, no sé, porque es que es lo mismo que decía delante es que como así demuestran, como que la quieren como que no la rechazan.” (M)

“Creo que... que ya la quieren, o sea, lazos afectivos ya se formaron, aunque no la conozcamos, pero... y aunque esté en mi guata también porque soy yo la que la siento más que, más que todos po, pero ellos también están como súper conectados conmigo y con la guagua” (N)

El aspecto más valorado por las participantes es que la preocupación y la participación activa de estas personas como apoyo durante el embarazo, es una forma de vincularse con ellas pero además con el bebé intrauterino. Este reconocimiento de la existencia de un otro en desarrollo dentro del útero de la mujer primigesta lleva a las personas del entorno a reconocer esta última como si se tratara de dos personas a la vez. Por lo tanto, todos los tipos de interacción que se establecen con la madre también serán hechos con el bebé intrauterino. Al mismo tiempo, las mujeres participantes significan esta preocupación de forma positiva, y a la vez generan una expectativa respecto de cómo desean que estas personas se hagan parte del proceso de embarazo.

5.4.4 Apoyo material para la recepción del bebé:

Así como las mujeres primigestas manifiestan una preocupación respecto de preparar los espacios personales y adquirir implementación necesaria para recibir a su bebé intrauterino tras el nacimiento, también perciben este mismo sentido de preocupación de parte de personas significativas de su entorno cercano. A partir de ello, señalan:

“Además la familia siempre te regala y ellos mismos me dicen que me van a regalar hartas cosas. (...) Hemos visto regalos, él le ha comprado regalos antes que yo, le ha comprado cosas, yo no, nada, y él me haba más que nada todo el rato de eso po” (C)

“Eh mi mamá por ejemplo busca la ropita del guatón, que le quedó... guatón le decimos a mi hermano... al guatón, que le quedo buena así como que ni la usó prácticamente, eh la junta, como que la mira así la revisa me dice “esto lo va a poder usar tu bebé” o, o la mamá, la que es mi suegra que me dice eh... “cuando él ya vaya a dormir solito en una cama yo le voy a comprar la cama”.” (K)

A partir de los relatos de las participantes, la preparación para recibir al otro por parte de las figuras significativas se relaciona con brindar apoyo en la adquisición de vestuario y de implementos para bebés, no así en la preparación de los espacios personales, que suele ser una tarea que asume la mujer primigesta en solitario o con la ayuda de su pareja.

8.2.1.6 Objetivo Específico 6:

Describir el imaginario de las mujeres primigestas en relación al vínculo pre y post parto:

El imaginario se relaciona con todo el conjunto de representaciones mentales que las mujeres primigestas poseen a partir de su condición de mujeres embarazadas por primera vez. Este incluye cogniciones y afectos respecto de la forma en que se construye, a nivel mental, la imagen de un hijo o una hija que no puede ser visualizado directamente, al estar en proceso de desarrollo.

Se incluyen aquí también todas las expectativas y ansiedades respecto de la forma en que se imagina que resultará el momento del parto, como una experiencia nueva y significativa en la vida de la mujer primigesta, y que implica además el momento del primer contacto físico con el/la recién nacido/a.

Esta serie de fantasías que poseen las mujeres primigestas trascienden al período de embarazo, y se ligan incluso a la maternidad en cuanto surgen escenarios imaginados a partir de la forma en que ellas creen que será su relación a futuro con su hijo/a.

Por otra parte, el imaginario existe como una construcción que se asocia a pautas de crianza transgeneracionales, a partir del modelo vivenciado por las mujeres primigestas participantes durante su propia infancia de parte de sus padres y/o figuras significativas, lo que termina por determinar la forma en que se estructuran los llamados modelos operantes internos y la forma en que las madres primigestas esperan relacionarse con sus propios hijos/as.

6.1 Imaginario de las características atribuidas al futuro hijo/a:

6.1.1 Características físicas:

Frecuentemente las mujeres primigestas se imaginan físicamente a su hijo/a ya nacido, incluyendo en esta imagen una serie de características físicas propias de ambos padres:

“Todos me dicen que va a tener rulos y los ojos claros, mi pareja tiene los ojos muy claros entonces todos piensan que con rulos, con pelo claro y yo también lo pienso así (ríe) porque mi mamá igual tiene más o menos las características físicas igual, entonces eso me imagino yo como los rasgos más característicos.” (C)

“Eh... muy morenita, con los pelos para'os, no... si morenita, morenita me la imagino morenita igual a Gerardo así de la carita bien redondita eh ... y que va a ser bajita, me la imagino así, como media parecida a la familia de Gerardo, viste como dicen que la sangre más fuerte es morena pienso que va a ser, me encantaría que fuera como mi papá po', como era mi papá, mi papá era colorín pero yo dije “ahí si me van a pedir ADN” (risas) pero no.” (G)

“Sí, que va a ser igual al papá cuando chico, una cosa que me lo imagino así, porque él es blanco entonces no me lo imagino que sea como morenito como yo. Uno dice, es como cerrar los ojos y verlo a él, y es una cosa que se viene sola, la imagen de él.” (K)

“La verdad es que ese es un chiste, porque me la imagino, por ejemplo yo cuando era chiquitita era negrita y con las mechitas así en punta, y yo digo que va a ser negrita mechitas de clavo. Y el otro día le mandé, encontré una foto mía donde salía así cachetona y con los ojos grandes y no sé, entonces me la imagino no sé, yo le digo al papá que ojalá que tenga su pelo, porque él tiene el pelo liso, y yo tengo el pelo chocho y sufro con mi pelo con chochos, no quiero que ella sufra igual. (...) Siempre me la sueño, por ejemplo cuando yo todavía no sabía que iba a ser me soñé una vez que... que me regalaban una cunita rosada, pero ahí fue como raro porque igual me soñé, me soñaba con niñitos que eran así crespitos, porque yo tengo el pelo súper crespo y yo deseo que la Anto no tenga el pelo así, entonces me la soñaba así como crespita pero en niñito y negrito (ríe) entonces no se... me soñé mucho... igual me he soñado que ya la tengo (...) y que es tan bonita eso fue casi lo último, era tan bonita y cosas así” (M)

“Hermosa (ríe) (risas). Eh... ya he pensado bastante en el... mi pololo es como morenito, y yo también soy morena pero, mi papá es blanco, tiene los ojos verdes, entonces no sé cómo físicamente exactamente cómo podría salir, pero si... igual he soñado bastante en como cuando la Antonia, como no sé, como que tiene un año así y ande caminando, como súper rica así (ríe), no sé, chiquitita, me la he imaginado morenita en realidad, em... no sé, me la imagino linda (ríe).” (N)

Junto con el imaginarse físicamente a su hijo/a, aparecen expectativas relacionadas con el deseo de que el bebé intrauterino herede ciertos rasgos físicos característicos de alguno de

ambos padres o bien de un familiar cercano, y así también en otros casos el deseo de que ciertas características no sean heredadas.

6.1.2 Expectativas de temperamento y personalidad:

Junto con la atribución de determinadas características físicas de sus futuros hijos/as, las mujeres primigestas también poseen ciertas expectativas o fantasean respecto de los rasgos de personalidad y el temperamento que sus hijos/as pudieran llegar a tener, en donde aparece frecuentemente la forma en que desearían que estos aspectos fuesen:

“Me gustaría que fuera un bebé capaz de sí mismo yo creo... o sea un bebé... o sea, cuando ya más mayor me gustaría que fuera capaz de sí mismo que eh... pudiera darse cuenta de lo que es bueno, lo que es malo, ¿cierto? y que se pudiera equivocar, porque se va a equivocar, pero que pueda salir adelante, más que nada en sentido me gusta que entregarle las herramientas, me gustaría.” (C)

“¿La personalidad? ¡Oh! mira no a mí me gustaría que saliera con mi personalidad, pero no tan depresiva, porque yo soy depresiva, Gerardo es como bien alegre... en ese aspecto me gustaría que se pareciera a él, no a mí. (...) O sea en ese sentido, ojala no me salga gritona, gruñona, llorona, pa que podamos tener un vínculo más... porque yo creo que a cualquiera le puede pasar, que si se pone a llorar qué vínculo vas a tener con la guagua, o como lo vai a enfrentar, no sé cómo” (G)

“Eh que sea tranquilo pero sociable o sea, que tenga hartos amigos, un poco el lado que a mí me cuesta, pero que el papá lo tiene, el papá es súper sociable, entonces por ese lado puede heredarlo, pero me gustaría que fuera así como sociable, cariñoso (...) Eh... es que uno ve cómo son los jóvenes ahora, entonces que no sea así, como que tan carretero, de esos que toman así como hasta más no poder, o que le faltan el respeto a los papás, no, así no. (...) O sea tranquilo, ojalá... pero no, yo igual creo que va a ser inquieto, me gustaría que fuera como más tranquilo, pero yo creo que va a ser inquieto.” (K)

“Su personalidad... a mí me gustaría que fuera así no loca, pero como extrovertida, me gustaría que fuera simpática, yo encuentro que soy simpática (risas) me gustaría que ella fuera simpática, me la imagino sí que los primeros días me va a hacer llorar con ella... sí, porque siento que no se va a callar nunca, así como llorando y todo, pero me imagino que va a ser así como esas guagüitas simpáticas, esos niñitos no sé, así me gustan, así, por ejemplo las niñitas chiquititas que como que, como que tiene como personalidad que no, que no, no las tímidas, me gustan así como con más personalidad, por ejemplo, así como que sean aperradas, no se... es que hay niñitas así, hasta me gustaría si un día me dice que no quiere bailar ballet y que quiere jugar a la pelota (ríe) pero no me gustaría que fuera si una niñita niñito. No, me gustaría que fuera señorita.” (M)

“Eh... me gustaría que fuera como... igual que tuviera personalidad, eh... que fuera de esas niñitas que “caen bien” y no como, como que ande lloriqueando todo el tiempo, porque esas niñitas “caen mal”, entonces, eso po, me gustaría que fuera una, una niña inteligente, en

realidad me la imagino así porque... para eso eh... me había, me estoy como preparando, para enseñarle que, que esas son las cosas buenas, que, que tiene que ser inteligente, que tiene que ser sociable, le tiene que ir bien, entonces, si yo quiero que sea así quizás pueda funcionar y ella sea una niña así.” (N)

Al igual como sucede en el caso de las características físicas atribuidas, las expectativas de personalidad también consideran la confrontación que hacen las madres primigestas en cuanto al deseo que sus hijos/as posean una determinada personalidad y/o temperamento, que en algunos casos idealmente excluya aspectos de la personalidad de la madre, que son considerados como negativos. Sin embargo, sí existe una expectativa ideal sobre cómo se espera que sea la personalidad del futuro hijo/a.

En general, las mujeres primigestas esperan que sus hijos posean estilos de apego seguro, y que adicionalmente sean sociables, afables, afectivos y sin un temperamento difícil.

6.1.3 Sexo deseado:

Antes de enterarse de forma definitiva del sexo que tiene el futuro hijo/a, las madres primigestas poseen cierta predilección por imaginar a sus hijos como mujeres u hombres. Sin embargo, a pesar de manifestar esta preferencia, las mujeres primigestas también indican que si este anhelo no se concretiza, esto no se traducirá de alguna forma en menores niveles de apego prenatal, rechazo o en una vinculación más pobre con el futuro hijo/a:

“Sino más bien el tema de definir los colores, una cosa así, yo lo veo porque hombre o mujer pa mi... o sea yo deseo una mujer, me gustaría, pero también si sale un hombre obviamente no lo voy a rechazar, es más que nada... a uno le gustaría como, no sé po, uno puede vestir diferente a la mujer, ese tipo de cosas, pero en realidad no es mucha diferencia, más que nada es como pa saber y contar lo que es, eso (...). Y él quiere una mujer yo creo, por tener un niño y una niña. Pero, yo me imagino una mujer, porque uno se imagina más como una muñeca, como lo de peinarla.... Pero en realidad, hombre o mujer uno lo va a querer igual. Pero lo que yo conversaba ayer con mi pareja, quizás ese sentimiento, o pensar si es hombre o mujer, también puede afectar no sé... el des... yo me imagino que el desarrollo... si uno se llega a pasar ese rollo, ¿no cierto? que, todo el rato yo queriendo que sea mujer y pensándolo, y después es hombre, no sé si le pueda afectar en algo negativo. Entonces yo digo al final “lo que sea”. Pero sí me gustaría que fuera mujer, no lo puedo dejar de pensar” (C)

“Yo siempre supe que era niña. Sí, aunque yo por dentro quería niño, pero yo dentro de mi sabía que era niña. Como que sentía que era niña. Entonces como que yo siempre

hablaba “la bebé” (...) Gerardo no, porque quería niño. Pero, no... igual yo creo que entre sí igual quería hombre, pero evolucionamos bien. E incluso tanto así que yo llegaba a ver ropa de niño y no de niña. Pero sabía que era niña. Era como... porque Gerardo quería niño, quería niño, pero ¡ya!, bueno, ya. Pero yo sentía que era niña. Sentía que era niña. Hasta el último momento yo decía, “no, va a ser niño”, fuimos a ver las eco y pensábamos que era niño, “no, era niña”. Si cuando me dijeron que era niña yo dije “ah, bien. Era niña” (...) A la tercera eco, “puede que se haya equivocado el doctor”. Es niño. “A ver, vamos a ver: Ah, es niña”. Sí po, si al último cuando uno tiene deseo como que hasta el último minuto te dices tú que... sí po, yo igual pensaba que podía ser niño, pero dentro de mi interior yo decía “No. Es niña”. Como que... yo creo que desde un principio lo supe. Pero, pa’ hacer sentir feliz al papá, yo decía que era niño” (G)

“Yo quería que fuera hombre, porque siempre son los regalones de la mamá, entonces por eso quería que fuera hombre, porque la niña es del papá, entonces yo quería que fuera mío, así como regalón de la mamá, que le da besos, la llena de besos, y me lo imagino así, así como cariñoso (...) Era como una ansiedad que tenía yo por saber si era hombre o mujer. Y... yo creo que porque ya uno puede decirle como por el nombre, o todo lo que... eh... va a ir como a... no es como a él o ella, yo no lo hice así, sino que va directamente a como él. Entonces... además que dicen que el hombre es mucho más apegado a la mujer. Entonces dicen que el hombrecito es de la mamá. Entonces yo estaba feliz de que fuera hombrecito. Y al saber el sexo puedes comprar la ropita, o... o lo que necesita, prepararle la pieza, eh... Sabiendo el sexo ya podía hacer muchas cosas que cuando no lo sabes. Entonces yo creo que eso fortaleció mucho más el lazo. Y... yo por ejemplo, que tengo cosas pegadas en la pieza ya, de monitos y cosas, eso va haciendo que... que crezca (...) Entonces ayuda mucho saber el sexo para el apego”(K)

“A los cinco meses y medio fue la segunda ecografía, que ahí supe más que era mujer. Eh... ya fue como... un alivio, no sé, fue como... ya, es niña, vamos a comprarle esto, esto otro, la vamos a poder vestir así, asá, eh... pensamos en los colegios, en todo... en todo lo que se pueda dar a futuro con ella (...) Eh... en realidad pensábamos que iba a ser hombre porque todos decían que iba a ser hombre por la forma de la guata. Entonces... fue como... eh... una sorpresa cuando el doctor dijo “ah... ¡es niña!” nosotros dijimos, “¿en serio?” y él dijo “no”. Entonces le dijimos “no, pero en serio”, y dijo “Sí, es niña”. Entonces nosotros incluso después quedamos como incrédulos porque la gente seguía diciendo que era como niño, pero... no po’, es niña, y bueno... felices porque empecé a pensar como en los peinados que le voy a hacer, cómo la voy a vestir, eh... la colonia, todas esas cosas que se le hacen más a las niñas que a los niños. Eh... los vestiditos, las chalitas... eh... más que nada como... ¿cómo yo la veo a ella? eh... andando, no sé po. Esas cosas, como cuando supe que era mujer, pensé en todo eso, que es como las cosas femeninas. Esas cosas” (N)

La importancia del conocimiento del sexo del bebé en cuanto al vínculo de apego prenatal se relacionaría con el incremento en las prácticas de interacción y comunicación con el bebé intrauterino. Para las madres primigestas, saber si se trata de un niño o una niña pudiera determinar aspectos de la relación vincular entre ambos, como el nombre con el cual comenzar a referirse al futuro hijo/a e incluso las prácticas asociadas a la preparación para

recibir al bebé intrauterino tras su nacimiento, como la implementación de espacios personales y la adquisición de vestuario. Finalmente, el conocer el sexo del bebé incide también en el imaginario post-natal de las mujeres primigestas, quienes comienzan a fantasear con escenarios respecto de su relación madre-hijo/a post-parto a partir de los roles de género usualmente asociados a cada sexo.

6.2 Imaginario respecto del nacimiento:

El parto, como el hito que marca el fin del proceso de gestación, supone una serie de temores, ansiedades y preocupaciones. Además, implica el momento en que se producirá el primer encuentro físico entre la madre y el recién nacido, y por tanto se significa como un momento de gran relevancia dentro del imaginario de la mujer primigesta. Respecto de éste apartado, surgen dos componentes principales: el imaginario respecto del momento del parto y el imaginario respecto del primer contacto físico con el/la hijo/a.

6.2.1 Imaginario respecto del momento del parto:

Las mujeres primigestas participantes refieren pensar en algunos momentos respecto del momento del nacimiento de su hijo/a, el cual suele provocar ansiedades, temores y preocupaciones, al tratarse de una experiencia nueva y que conlleva potenciales complicaciones. Respecto a este momento, las participantes indican:

“Eh... bueno yo creo que va a ser súper programado, eh... uno... bueno se tiene que programar desde que las semanas que vaya teniendo previas a las 40 semanas pa'l embarazo... pa'l parto entonces eh... yo creo que va a ser tranquilo, yo voy a estar preparada, ya voy a tener todos los implementos necesarios, entonces no lo veo caótico, pero sí va ser un gran cambio ya que... que es la etapa del nacimiento que pasa de la gestación ¿cierto? hacia tenerlo en tus manos y que pasa realmente a ser un bebé” (C)

“No...sabes que yo me lo imagino, pero me da tanto miedo que... que trato de no pensar en eso, me da como susto, me da susto el parto y eso que va a ser cesárea, porque dicen que el parto normal igual uno, es como más gritona y todo, y aquí es todo más... es preparado, pero aun así igual me da susto, me da susto, le tengo miedo (...) Que algo no funcione o que algo no se po'... algo que no esté bien, eso más que... a todo esto me da mucho miedo esa... esa inyección que ponen, la raquídea, como que me la nombran y como que no sé... me da susto, pero espero que no (ríe)... creo que son los puros sustos noma, eh... esa es la parte como que no... trato de no pensar mucho en la parte del nacimiento, de tenerla obviamente que sí, pero en esa onda... pero en esa parte no, trato de no pensar en el parto, sí, después de, ahí sí.” (G)

“Uf terrible, terrible... porque eh me dicen que mi umbral de dolor es como bajito, entonces cualquier cosita como que me duele mucho, así que me imagino... (...) Mira, me pasó con mi hermano que mi mamá tuvo un parto súper complicado y cuando tomó al bebé no sentir que tuviera ella como ese apego, ese lazo o con él, que de hecho yo estuve con él porque a mí me lo pasaron, yo estuve en el parto, entonces yo imagino al revés, que en el mío si va a estar eso como de, de “es mío” de hecho desde ya yo le digo, se llama Felipe mi pareja, o le digo “Felipe tienes que fijarte de que de repente pasa, no te vayan a cambiar la guagua” esas cosas, “fijate de cómo lo toman, que son tan chiquititos, de repente que si lo toman mal le pueden quebrar cualquier cosita”, “fijate de, de cómo lo visten”, de todo o sea, desde ya estoy como nerviosa” (K)

“Ay es que es un horror, es que la verdad es que yo nunca he estado en el hospital ni nunca, todavía tengo el apéndice, no sé, nunca he estado hospitalizada. Entonces yo me meto miedo sola, me da terror estar en el hospital sola porque nunca lo he estado, me da como miedo porque ir a tenerla... así los dolores, así como las contracciones, todo eso... me lo imagino así, pero trato de pensar positivo, porque si no pienso positivo... porque como que, por ejemplo, a mi igual me molestan mucho, me dicen “no... cuando te van a hacer esto y esto otro y te va a doler”, así, trato, no sé... cómo de sonreír no más, y como que trato de no pensar en esas cosas porque... no sé, me gustaría que fuera así como yo llegar y ¡ay! que no tenga ningún dolor, pero yo sé que no va a ser así” (M)

“No es como cuando yo lo decida o el doctor lo decida, creo que va a ser cuando ella esté lista, y bueno... en realidad eso es como lo más... la incertidumbre que tengo como para estos meses yo creo que viene, que voy a estar... cada día que pasa, cada día que voy a estar pensando como más en eso (...) Pensar también en lo lindo que va a ser el momento que... que ya la tenga en los brazos, ya... voy a... sí, sé que va a ser doloroso, pero en el momento que ella salga creo que ya va a pasar todo... los nueve meses van a haber valido la pena po” (N)

De forma transversal, en los casos donde se ha definido ya que el parto será vía vaginal, las mujeres participantes refieren preocupación y temor por el dolor asociado al trabajo de parto. Sin embargo, esta visión ansiosa contrasta con el deseo de que se produzca este hito. De hecho, el dolor atribuido al parto se considera como una experiencia necesaria para lograr el primer contacto con el hijo/a, por lo que las participantes tienden a dejar el temor al dolor en segundo plano. Cuando la vía para el parto es la cesárea, aparece más tranquilidad en los relatos de las mujeres, que entienden esta forma de dar a luz como un método más controlado y planificado.

6.2.2 Imaginario con respecto al primer contacto físico con el hijo/a

Como se vio anteriormente, las mujeres primigestas participantes ven el hito del parto como la instancia que les permitirá conocer a su hijo/a, además de poder vivenciar la experiencia

del primer contacto físico con él/ella. Debido a esto, es que también es frecuente que durante el desarrollo del embarazo imaginen cómo será dicho momento:

“Yo creo que va a ser un momento feliz, porque el apego que yo voy formando desde ya, ya me hace sentirme una mujer distinta y pensar en un... en un tercero, que sería mi bebé y yo lo veo positivo, no le veo nada malo, así lo veo yo, pero no, no sabría decirles, no se lo voy a tomar, porque no me imagino más allá porque yo dejo que fluyan noma’ las cosas que pase lo que tenga que pasar.” (C)

“Oh que terrible... sabes que yo me imagino una cuestión así como, ay no saber cómo tomarla, cómo vestirla, esa cosas como que... pero yo creo a lo mejor eso es innato después, uno como que... si a la mujer la crearon pa’ eso, como que pasa... va ir naciendo de uno, ¿cómo?... no sé (ríe), es como innato yo creo, eh... tiene que ser rico sí, pero... si me pone nerviosa todo eso, a lo mejor puede ser que sea un poco inmadura, no sé, en ese sentido, que muchos me miran así como... como niña todavía, pero si ya soy vieja entrecomillas, por la edad, pero, sí me da susto, da susto el momento, pero ojala sea bueno po’, buena mamá” (G)

“Yo creo que no me voy a querer separar más de él, además que yo soy como, como en eso soy súper posesiva como como mío, así no, yo creo eso” (K)

Las visiones respecto del momento del primer contacto con el/la hijo/a son disímiles, y esta diferencia se basa en las expectativas respecto del momento del parto. En algunos casos esta instancia es imaginada como un momento positivo, cargado de afectividad y conexión, pero en otros aparecen los temores asociados a ser madre por primera vez. Aún incluso en este último caso, se considera que las habilidades maternas se van a desarrollar de forma innata y sin mayores dificultades.

6.3 Imaginario respecto de la relación madre-hijo/a post parto:

Como ya se ha revisado, el imaginario trasciende la etapa del embarazo, y se proyecta incluso a escenarios futuros. En este sentido, el imaginario se cruza con la maternidad, pues también aparecen una serie de fantasías respecto de la forma en que se llevará a cabo la crianza del futuro hijo/a, además de la relación que se establecerá entre ambos a futuro.

Durante el desarrollo de la gestación, las madres primigestas tienden a desplegar fantasías a partir de sus expectativas deseadas sobre la relación que quisieran tener con sus hijos/as a futuro tras el nacimiento, que en general son positivas e incluyen aspectos vinculares

como la expresión de afecto y la preocupación constante por el hijo/a. En cuanto a ello, las mujeres participantes expresan:

“Bueno, yo creo que mi relación va a ser súper cercana, yo quiero ser una... una buena madre, pero también como les decía darle una independencia también al bebé po, que pueda dar sus primeros pasos, sus primeras equivocaciones, pero sí me gustaría ser una madre muy presente, a pesar de que trabajo, igual me gustaría ser una participe en toda las etapas, pero si el tema del trabajo igual a uno le hace replantearse para un momento que yo quizás no voy a estar como los primeros meses cuando... bueno el posnatal dura 6 meses pero después viene la etapa en que uno tiene que ir a dejarlo en una sala cuna, un jardín, entonces eso, no sé qué vaya a pasar más adelante en realidad, pero yo sí quiero tener como prioridad, al menos, mi bebé, entonces no sé qué ira a pasar más adelante, pero si me proyecto tener una buena relación.” (C)

“Eh... como voy a estar todo el día con ella, mamona sí, no creo que salga muy apegá' a Gerardo, el Gerardo es más... no, pero voy a estar más con ella, Gerardo trabaja todo el día, pienso que va a ser como bien así apegada a mí, si eh... (...) Bacán, rico, sí, tiene que ser bonito, em... Eso sí me imagino... que le vaya a gustar salir arribita del auto con el papá sí, yo creo que eso, eso me lo imagino, como que la felicidad porque como yo no salgo, ella va a salir y se va a sentir pero en otra con el papá ahí adelante” (G)

“Porque no voy a querer que nadie le haga daño, no sé yo pienso que voy a estar así como con, “cuidado con esto”, “no cuidado con esto otro”, o a lo mejor no va a ser tan así porque igual yo soy despreocupá', no sé, pero yo me imagino que con ella voy a ser así porque es algo... es lo más valioso para ti po' (...) ... como que voy a estar pendiente... no sé, me imagino así, voy a estar pendiente de ella, y yo sé que yo me imagino ya así con las medias ojeras, me imagino así un poco casi llorando al lado de ella para que se quede en silencio pero, pero me imagino que después va a ser como bonito, sí, es que es otra cosa es una experiencia nueva (...) Va a ser como todo como para ella, no va a ser así como con ella, va a ser así como no sé... cómo que tú vai a estar contenta, yo me siento que voy a estar contenta con tenerla a ella, entonces a lo mejor voy a estar cansada y todo, pero va a ser fortificante ver ahí su carita, verla dormir y verla ahí al ladito mío, no sé, eso.” (M)

“Eh... no sé (ríe), creo que cuando nazca no la voy a querer soltar en realidad, que, no, en realidad como que no quiero que nadie la toque (ríe) (risas), eh... no sé, creo que... ¡que va a ser lindo!, no sé, que... tenerla, eh... por fin sentirla, como que a veces pienso en el amor que yo le tengo a mi hermano que es tan fuerte que creo, no sé cómo vaya a ser después que yo tenga mi propia hija, creo que voy a explotar de amor (ríe), eso.” (N)

Respecto del imaginario con respecto a la relación madre-hijo/a post-parto, en los relatos de las participantes aparece de forma recurrente el afecto y la expresión de amor a través del cuidado y la preocupación por el bienestar del hijo/a.

6.4 Imaginarios sobre el desempeño materno post-parto:

Durante el desarrollo de embarazo surgen, de manera simultánea a la asunción del rol maternal, ciertas expectativas relacionadas consigo mismas como madres a futuro. Esta expectativa generalmente es positiva y se relaciona con el deseo de desempeñar de la mejor forma posible el rol de madre:

“Cuando ella llegue... cuando ella llegue yo voy a ser la mejor mamá (ríe) si po, porque vamos, las dos juntas vamos a empezar algo que no conocemos porque yo nunca he sido mamá y yo pienso que a lo mejor me va a tocar estar solita, porque yo no sé si el papá de ella va a dejar de trabajar, se va a venir a vivir acá, va a buscar trabajo acá, si va a vivir allá, no se po, si el sigue allá nos va a tocar a las dos y va a ser una, como adaptarnos juntas pero no pienso que sea difícil porque, porque lo va a ser, hay tantas que pueden porque yo no voy a poder, así que me siento capaz” (M)

“Yo lo único como que quiero es ser una buena mamá, como, ya desde chiquitito que sea inteligente, que... de que se lleve bien con las personas, de que sea una buena persona, eh... que vaya a la escuela, que le vaya bien, como, eso es para mí como lo, la maternidad, formar a... a una persona” (N)

“Sí... es eso creo que la mamá o la mujer está hecha pa ser mamá y va sacando como los instintos en el momento (...) ¿Cómo que le voy a cambiar una pañal? Y... cómo me salga no ma', ¿me entendí? Yo creo que para poder enfrentarlo lo tengo que hacer sola, con Gerardo, yo creo que él me tiene que ayudar po, entre los dos, porque entre que entre venga gente y te enseñe y todo eso creo que igual se te va a complicar, te va a complicar y yo creo que lo más rico es cuando está en pareja la persona haciendo las cosas por primera vez, eso (...)O sea, ahí tendría que pedir ayuda, o sea yo me imagino, porque a lo mejor en el momento tú no vas a pedir ayuda, vas a tratar de hacerlo tú po” (G)

Adicionalmente, cabe señalar que en los relatos de las participantes aparece una expectativa que se relaciona con la esperanza del surgimiento de una suerte de “instinto maternal” que se activaría en el momento del nacimiento del bebé intrauterino y que invertiría a las madres con todas las competencias necesarias para desarrollar de la mejor forma posible sus roles como nuevas madres a cargo del cuidado de un otro.

6.5 Expectativas idealizadas del embarazo v/s condiciones reales:

Las mujeres primigestas tienen una representación mental respecto de sí mismas como madres embarazadas de forma previa al proceso de gestación. Esta incluye una suerte de escenario imaginado en el cual el embarazo se llevaría a término dentro de las mejores

condiciones posibles a juicio de ellas, lo cual confrontan con sus condiciones reales de desarrollo. Esto queda de manifiesto en sus relatos:

Yo pensé que no se sentían tantas cosas (ríe) y de partida eso fue como lo que yo les decía al principio, lo más chocante que he sentido, yo pensé que uno no, no sufría tanto, porque la... el periodo de las náuseas y los vómitos fue terrible, quedarme casi dormida sentada, no salir con cosas, no podía comer, mucho tiempo me obligaba a comer porque todo lo vomitaba, entonces yo ahora lo veo como que... pucha, no es tan bonito, pero a lo mejor fue el primer periodo noma' y ahora que ya no siento nada ya ando normal por la vida, ya como normal, sanamente, ¿cierto? pero en un principio fue chocante, no pensé que iba a ser tan así, pero de... como te decía yo, el médico dice que depende de la mujer, las que sienten los síntomas, otras que ni siquiera sienten dolor y yo si lo sentí (ríe)... cada organismo.” (C)

“(riendo) Yo pensé que era más bonito, no... de verdad yo pensé que era más bonito de un principio estar embarazada, eh... pero es difícil, si es difícil, te cambia el temperamento. (...) Porque yo te podría... me podría imaginar, uy lo más lindo, pero en el momento de que ella ya nace cambia todo.” (G)

“Mira, esto pensaba que me iba a pasar cuando estuviera casada con mi casa y todo como un futuro listo, pero si me ha servido el hecho de tener a mi mamá al lado, que yo se lo he dicho también, que en el fondo prefiero eso que haberlo vivido sola, porque de repente no se po... si te dan puntás en algún lado, tú le preguntái “¿mamá, es normal que me duela acá?” entonces por ese lado igual pese a que no era a lo mejor a la edad que yo quería, en las circunstancias que yo quería...igual ha sido lindo el amor hacia él también... este eh... ha sido lindo.” (K)

“Cómo ha sido mi embarazo... es que yo me imaginaba algo, ha sido bien distinto, yo me imaginaba así porque yo decía... yo iba a tener un hijo cuando yo tenga unos 25 y ahí voy a estar, ya no voy a estar en la U, voy a tener un trabajo, voy a tener así como yo me imaginaba así una casa y una pieza solo para ella así como se ve en la tele (ríe) así, y no sé, me lo imaginaba diferente me lo imaginaba así como que iba a ser, como que iba a tener así como a mi pareja, como que íbamos a vivir eso los dos juntos... es que no me gustó la verdad así como, como, que él no viviera eso conmigo, como que no sé po, es como más solitario, más triste, no sé, me lo imaginaba de otra forma, igual mi embarazo no ha sido “ay que malo” no, pero, pero me lo imaginaba diferente, pero es que con plata todo es diferente, mi embarazo me lo imaginaba... era así como con plata (ríe) y estaría aparte fuera de la U, una mujer realizada, en otro momento.” (M)

“No pensé que iba a, en realidad pensaba que no podía tener hijos, pero... pero sí en alguna etapa de mi vida anterior me imaginaba un embarazo, pero ya cuando estuviera más grande en realidad, no, no ahora po', entonces no podría hacer una comparación (...)(ríe) Es que, en realidad (risas) tenía otro pololo, ¿cachai?, ya llevábamos cinco años, entonces... claro po', si yo imaginaba que iba a tener una guagua iba a ser como con él, y son totalmente diferentes las personalidades que tienen ellos, entonces, claramente yo siento que la Antonia va a tener una personalidad parecida a la de nosotros, y en ese momento pensaba

que, no sé po, ponte tú, él escuchaba música metalera, que a ella le iba a gustar la música metalera, que me, entonces, totalmente diferente el...” (N)

En el caso de las participantes mayores, describen su expectativa de embarazo ideal en torno a no haber sentido las complicaciones físicas producto del ajuste inicial del cuerpo al embarazo, dado que las dolencias corporales han sido significativas para ellas. Sin embargo, en el caso de las participantes menores, la descripción de la expectativa idealizada está dada por un embarazo imaginado en otro momento de su vida, en el cual se posee una mayor estabilidad económica e independencia que les brindaría mayores facilidades para llevar un mejor embarazo. Aun así, en ambos casos se aprecia una adaptación positiva que no ha mermado el vínculo de apego prenatal que se ha gestado entre madres primigestas y bebés intrauterinos, incluso cuando estas condiciones han sido adversas o el ajuste al embarazo se ha tornado dificultoso.

6.6 Influencias de las pautas de crianza recibidas:

Dentro de las representaciones mentales con las que cada mujer primigesta cuenta, existen aquellas que se relacionan con la resignificación que han hecho de sus historias de crianza durante su infancia temprana a través del vínculo que establecieron con sus padres u otras figuras significativas. Estas pautas de crianza, que les fueron transmitidas desde temprana edad derivan finalmente en lo que se conoce como modelos operantes internos, que inciden en la forma en que la mujer primigesta se concibe a sí misma como madre a futuro:

“Yo creo que hay harta relación... yo creo que uno copia los modelos de los padres, eh... sobre todo los buenos valores eh... que eso me gusta mucho, el tema de los valores en la familia, el apego y el apoyo yo creo que se va... yo creo que voy a replicar el modelo de mi mamá... mi mamá ha sido súper buena conmigo, con mis hermanos, con mi pareja, entonces pa' mí es un modelo a seguir mi mamá, mis papás en realidad, hablo más de mi mamá por el tema del apego que tengo, pero mis papás pa' mí son un apoyo fundamental. Yo creo que voy a replicar lo mismo, como el mismo modelo de ser lo que uno espera... lo que también cree que lo que se va repitiendo como en generación en generación al final uno termina siendo como lo que a veces critica, como la mamá.” (C)

“Eh... no, por eso yo trato de hablarle para que ella no sea así (risas) que sea bien de piel ella... que la familia de Gerardo son como bien de piel, entonces yo creo que por ahí vamos a ir tratando de que ella no sea igual po', es que igual ellos se criaron así, entonces al último a nosotros nos criaron así y a mí no me gustaría que mi hija saliera así.” (G)

“Igual tengo como esa expectativa de cómo es mi mamá, entonces... es como un poco ser como ella, ser como estas madres que dejan todo por sus hijos que... que ya no es uno primero, sino ellos (...) Que sea como hermanos, que se amen, que sean... eh... como lo que nos ha enseñado a nosotros mi mamá con mis hermanos po, el ser uno, el cuidarnos, el amarnos por sobre todas las cosas, que sea la misma relación con el bebé (...)Es, es súper valiente... es de estas mujeres que no necesita tener un hombre como para hacer las cosas entonces... eso es como súper admirable, yo la tengo súper arriba en ese sentido, em... siempre preocupada, es de las que eh... si estamos comiendo algo y tú quedaste con ganas de comer algo eh te dice comete lo mío, entonces aunque le guste mucho ella o cede para nosotros em, es así, nos entrega mucho amor, nos enseñó siempre como el valor de la familia así.” (K)

“Es que así fue mi familia la verdad, mi papá llegaba del trabajo, todos los hijos se sentaban en la mesa, comían, conversaban y a mí me gustaría como hacer eso, como que, que me mi pololo llegara, que tuviéramos una casa, que llegara yo prepararle sus cosas así como a la Anto y a él y como eso me imagino, sí (...) Yo creo que sí. Que por ejemplo mi papá es que yo, igual no sé, el modo de educarme a lo mejor, me guio mucho por mi papá, si, por ejemplo eh...mi papá era así como que el nunca... no me pegaba ni nada, pero era así que por ejemplo él te hablaba y tu como que obedecías y también como que él te daba ese cariño así y yo era como su única hija mujer, tenía otra el aparte pero era mayor y estaba casada entonces conmigo tuvo una relación especial, así como que me daba mucho cariño y como que siempre así como que igual me idealizaba y como que siempre me apoyaba en todo, y yo quiero que mi relación sea así con la Anto, por ejemplo también voy en eso de los golpes porque yo siempre he dicho que yo no le voy a pegar a mis hijos, porque no me gustan los golpes y me gustara eso que yo no necesitara a la Anto como que amenazarla, porque hay personas que amenazan a sus hijos como “te voy a tirar las orejas si tu no haces esto”, o no sé, y a mí me gustaría como decirle “hija por amor a su mamá no haga esto” ¿cachái? que tengamos una relación que no sé, y que ella sea si como mi todo, quiero que sea igual así como mi relación con él” (M)

“(ríe) Yo creo que, mi... mi relación con mí, con mi hija va a ser mucho más diferente, va a ser totalmente diferente a la que yo tuve con mi mamá, em... quiero darle como todo lo que yo no viví con ella en realidad, yo creo que va más como por ese lado, de los errores que cometieron ellos, en el yo sentirme en algunos aspectos de mi vida como vacía, que mi hija no se sienta así” (N)

Suele presentarse en las mujeres primigestas participantes un deseo por replicar las pautas de crianza recibidas de parte de sus propios padres, rescatando los aspectos más positivos de estas. Aparece también el deseo por conformar una unidad familiar similar a la vivenciada en la propia infancia. Sin embargo, en el caso en que se presenta una vivencia temprana negativa respecto de la figura materna, se concibe este proceso de primer embarazo como una oportunidad para re-significar a través del ejercicio materno, las pautas de crianza con el/la futuro hijo/a, de manera que éste/a último/a no viva la misma experiencia con su madre.

9. CONCLUSIONES

Lograr una comprensión acabada de la forma en que se construye el vínculo de apego prenatal en las mujeres primigestas participantes requirió un proceso de reconocimiento de sus vivencias más íntimas a partir de todos los aspectos que fueron reconocidos como constituyentes en el proceso de gestación de éste vínculo.

A partir de los resultados de esta investigación, se ha reconocido que existen cinco aspectos de relevancia en la construcción del vínculo de apego prenatal, cada uno de ellos significado por las mujeres primigestas a través de vivencias en particular. Las categorías de contenido que dan cuenta de estas vivencias se asocian a los objetivos específicos de este estudio y son las siguientes:

A) Conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo:

La búsqueda de información y la correspondiente adquisición de conocimientos específicos sobre el embarazo, el desarrollo del bebé intrauterino y los cambios fisiológicos de la madre primigesta resultan ser un aspecto crucial en la construcción del apego prenatal. Según lo que plantea Poupin (2009) la labor de proteger de forma integral el embarazo depende del compromiso que establezca la madre primigesta con su proceso de gestación, el que puede ser asumido, por ejemplo, a través de la adquisición de conocimiento teórico sobre este proceso, en cuanto a los cambios de su propio cuerpo y el desarrollo de su bebé intrauterino. En esta investigación se constató el interés de las mujeres primigestas participantes por realizar búsqueda de información y nuevos conocimientos a través de distintos medios, tanto virtuales (Internet) como personales (consejería de salud gestacional).

Así también, las mujeres primigestas participantes poseen conocimientos propios y previos al embarazo respecto de los constructos de maternidad y apego prenatal, y de lo que cada uno de ellos involucra. En cuanto al primero de ellos, se considera que a partir del embarazo la maternidad supone una modificación importante de la identidad y los roles de la madre primigesta (Grimalt y Heresi, 2012). Por otro lado, implica un cambio importante en el estilo de vida a partir de la serie de ajustes que supone el proceso de embarazo (Poupin, 2009). Los conocimientos que poseen las madres primigestas respecto del constructo de

maternidad se condicen por lo planteado en la teoría, en tanto ellas reconocen que el vivir la maternidad por primera vez significa una serie de procesos de cambio y ajuste, tanto en lo cotidiano en sus rutinas como también a nivel identitario, con una serie de procesos de redefinición de roles a partir de entenderse a sí mismas como madres.

Cabe destacar que en la investigación se evidenció que existe una diferencia en los conocimientos adquiridos respecto de la maternidad. Cuando las mujeres participantes fueron consultadas por su forma de entender este constructo, sus respuestas derivaron en informaciones que se caracterizaban por ser estrictamente cognitivas, respecto de su propia comprensión del constructo, pero también otras que dieron cuenta del componente vivencial de la maternidad, que generalmente se relacionan con la percepción de los primeros movimientos fetales como hito que marca el inicio de la vivencia real de la maternidad, que desencadenan principalmente sentimientos de amor y una necesidad de protección hacia el futuro hijo/a, que comienza a ser reconocido como tal.

Siguiendo a Condon y Corkindale (1997, en Doan y Zimmerman, 2003) el apego prenatal implica un lazo emocional que normalmente se desarrolla entre la madre embarazada y su hijo/a en desarrollo. También es entendido como la “relación única de afecto que se desarrolla entre una madre y su feto” (Muller, 1993, p.11). Esta relación configura un tipo de vínculo que se manifiesta en la forma de emociones, sentimientos y pensamientos (Poupin, 2009). Además, se considera que el apego prenatal involucra conductas de afiliación, interacción, cuidado y dedicación que son desplegadas por la mujer embarazada (Cranley, 1981). Dadas estas conceptualizaciones, cabe destacar que los conocimientos reportados por las mujeres primigestas participantes se asocian a las definiciones propuestas por los diversos teóricos del apego prenatal, aun cuando la mayor parte de ellas no tiene conocimiento directo de éstas. Cuando las participantes se refieren a lo que comprenden por apego prenatal, resaltan la importancia que le atribuyen al vínculo único que existe entre ellas y sus bebés intrauterinos (aludiéndolo como indestructible, eterno e indisoluble), la asunción de conductas responsables y de cuidado personal (evitación de sustancias tóxicas, resguardo del bienestar emocional, monitoreo de situaciones estresantes, responsabilidad en el consumo de medicamentos, etc.) además de las prácticas específicas de interacción que despliegan para comunicarse con sus futuros hijos/as (comunicación

verbal hablada de pensamientos y sentimientos, o bien a través del pensamiento como un diálogo interno con un tercero y finalmente acariciando el vientre).

Al iniciar el embarazo, las complicaciones y dolencias físicas propias de los ajustes iniciales del cuerpo a esta nueva situación, llevan a las mujeres primigestas a consultar en distintos espacios a fin de poder reducir ansiedades y confirmar el grado de normalidad o anormalidad respecto de los síntomas que se experimentan. Estos puntos específicos en donde las madres primigestas hacen pesquisa de conocimientos relativos a su proceso de embarazo son los que se han denominado como fuentes de información. En ellos, destacaron de forma preponderante el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, específicamente la consulta en Internet y el uso de una aplicación para teléfonos móviles diseñada especialmente para mujeres embarazadas “Baby Center”, y que aborda precisamente todos los procesos de cambio y ajuste del cuerpo de la madre, además del propio proceso de desarrollo del bebé intrauterino. Por otra parte, aparece como otra fuente de información la consejería de salud gestacional, que integra aquellas informaciones que son adquiridas a través de las consultas directas con personal de la red de salud a través de los controles médicos regulares, además de la literatura y material multimedia que es proporcionado por los diversos centros de salud a los que las mujeres primigestas participantes asisten. Respecto de este último punto, cabe destacar la labor que juegan los profesionales que se vinculan a la salud gestacional, pues como se mencionó al principio, el logro de un compromiso integral de la madre primigesta con su embarazo depende del acceso a nuevas informaciones, las que pueden ser proporcionadas directamente por ellos, constituyéndose como agentes protectores del embarazo y promotores de mejores niveles de apego prenatal.

Por otro lado, dentro de las motivaciones principales de las mujeres primigestas participantes para buscar información durante el curso del embarazo está la necesidad de conocer respecto del desarrollo físico del bebé intrauterino, además de las prácticas de estimulación que pudieran desplegar para el desarrollo saludable del bebé. Lo planteado anteriormente coincide con lo que señalan Aparna, Appleton y Kupesic (2012), quienes han indicado que el grado de conocimiento que la madre posee acerca del desarrollo fetal se considera como un factor de incidencia y promotor de mejores niveles de apego prenatal.

Además, también se evidenció de forma emergente que las mujeres realizan búsqueda en fuentes de información para obtener conocimientos vinculados al momento del parto. En el caso de estos últimos, las mujeres primigestas participantes reconocen pesquisar información a fin de calmar ansiedades y preocupaciones respecto de esta instancia, principalmente relativas a potenciales complicaciones físicas que pudieran surgir en este momento, además de las dolencias físicas asociadas a este proceso.

B) Prácticas específicas de cuidado desplegadas por la madre primigesta:

Las mujeres primigestas participantes conciben el autocuidado como una serie de prácticas orientadas a un doble fin: por una parte, denotan preocupación por su propio bienestar físico, pero al mismo tiempo, por resguardar el cuidado y el bienestar del bebé intrauterino. Se ha teorizado que la asunción de prácticas responsables hacia el embarazo constituye una forma de establecer un compromiso personal y significativo hacia la figura del feto en desarrollo, materializado en prácticas específicas como el auto monitoreo de la alimentación y la abstención de sustancias nocivas tal y como lo establecen Law, La Gasse y Lester, (2003). Por lo tanto, se trata de un pilar fundamental para el desarrollo de niveles más altos de apego prenatal. Se evidencia la existencia de este indicador positivo de apego prenatal en las mujeres participantes de este estudio, a través de la forma en que ellas reportan el haber asumido prácticas de cuidado respecto de sí mismas y en búsqueda del cuidado de sus futuros hijos/as.

Ya se ha revisado que el embarazo supone una serie de procesos de ajuste. Entre ellos, uno de los cambios más importantes se asocia a la alimentación y la dieta cotidiana. Al respecto, se torna como un aspecto transversal en las mujeres primigestas participantes el referir las modificaciones a la dieta que han hecho a partir de su alimentación, generalmente estableciendo un paralelo entre sus hábitos alimenticios previos al embarazo y los configurados a partir de éste, destacando el incremento en el consumo de alimentos saludables y la evitación del consumo de comida chatarra. Se ha evidenciado en las mujeres primigestas participantes que los cambios en la alimentación y la dieta cotidiana vienen motivados por una necesidad de proporcionar bienestar al bebé intrauterino. Este cambio

coincide con el proceso de ajuste a los síntomas iniciales del embarazo, que a su vez causan dolencias físicas y otras complicaciones asociadas al consumo de alimentos, como náuseas y vómitos. A pesar de la existencia de estas reacciones adversas del organismo, las mujeres primigestas no abandonan sus intentos por procurar una alimentación sana a fin de garantizar la buena salud de sus bebés en desarrollo. En esta misma línea, cabe destacar que desde el inicio del embarazo existe un cambio rotundo en los ciclos de alimentación, que deben ser re-ordenados por completo y mantenidos bajo un régimen que considera ciertos horarios. A pesar que esta situación implica en ocasiones una modificación significativa de las rutinas cotidianas, no termina por afectar su deseo por garantizar el desarrollo saludable de sus bebés intrauterinos.

McElhatton (2003) ha señalado como una forma de autocuidado la evitación de la exposición de parte de la madre a cualquier tipo de sustancias teratógenas que pudieran poner en riesgo el progreso sano del embarazo en curso. Law, La Gasse y Lester (2003) indicaron que ellas se incluyen el consumo de alcohol y el tabaquismo. Respecto a lo planteado por estos autores, las mujeres primigestas participantes reconocen el haber asumido una conducta responsable en el sentido de abandonar el consumo de alcohol y el tabaco desde el inicio del embarazo. Al respecto, Ross (2012) considera que las mujeres que desarrollan un grado de apego al feto estarían más interesadas en cuidarse a sí mismas durante su proceso de embarazo, entendiendo ello como una vía para garantizar el bienestar general de sus futuros bebés. De hecho, se ha planteado que una mujer gestante que abuse del tabaco, el alcohol o que presente desórdenes alimenticios, podría tener menores niveles de apego prenatal. Esto se considera una forma de abuso fetal pasivo (Laxton-Kane y Slade, 2000). Estas conceptualizaciones relevan la importancia del despliegue de prácticas de cuidado por parte de la mujer primigesta, que representan el sentido de responsabilidad asumida con el bebé intrauterino en desarrollo y consigo misma como madre por primera vez.

La preparación para recibir al otro/a también es considerada como una forma en que la mujer primigesta demuestra preocupación por su futuro hijo/a. A partir de ello, las mujeres participantes declararon que se encargan de la preparación de espacios personales destinados al futuro hijo/a, además de la compra de indumentaria necesaria para el cuidado

del bebé y la adquisición de vestuario. Estas prácticas específicas mencionadas coinciden con las que son planteadas por Salisbury, Law, La Gasse y Lester (2003), quienes además indican que éstas se constituyen como una práctica de cuidado prenatal.

El estrés es otro de los aspectos que tienen crucial importancia en el desarrollo del bebé intrauterino. Si bien no se trata de una sustancia tóxica que pudiera ser ingerida por las madres primigestas, no deja de ser menos importante pues Verny y Weintraub (2003) han descubierto que la exposición prolongada a períodos de estrés durante el embarazo modifica incluso la estructura cerebral del feto, impactando en sus capacidades posteriores para hacer frente al estrés a futuro. De hecho, se ha conceptualizado que el estrés de la madre durante la gestación pudiera incidir en la vulnerabilidad del futuro hijo/a hacia el padecimiento de problemas conductuales. Se trata entonces de un factor de riesgo importante (Bowlby, 1998). Debido a lo anterior, es que también se considera que la evitación en la exposición a situaciones estresantes es una forma en que las mujeres primigestas despliegan autocuidado. Respecto a ello, las participantes señalaron el haber realizado dos tipos de acciones. En primer lugar, algunas refirieron el haber tomado decisiones en cuanto a aspectos de su vida que consideraban como necesarias para evitar la exposición al estrés, como el caso de una de las participantes que decidió voluntariamente suspender sus estudios universitarios pues atribuía que la Universidad estaba significando una carga de estrés importante para ella, y que ésta podría poner en riesgo su embarazo. Por otro lado, surgieron relatos que dan cuenta de cambios en la propia forma de enfrentarse a las situaciones conflictivas (discusiones de pareja y con familiares) a fin de evitar una situación que resulte especialmente estresante.

En esta misma línea, también aparece un nuevo comportamiento que es desplegado por las mujeres primigestas. Se trata del resguardo del propio bienestar emocional. Al respecto, las participantes señalan haber adquirido una nueva forma de enfrentar las situaciones de conflicto, escogiendo estrategias de afrontamiento que consideran resguardar un estado emocional favorable y compatible con el embarazo. Esto implicaría desarrollar conductas que permitan mantener un ánimo tranquilo y evitar sentirse alteradas o afectadas emocionalmente por situaciones cotidianas. Desde la teoría se ha propuesto que este resguardo es crucial para la vida del futuro hijo/a, en la línea de lo que Odent (2001) ha

planteado, indicando que los estados afectivos que son vivenciados durante la gestación por la madre tienen incidencia en la capacidad de sociabilizar y amar al propio/a hijo/a, siendo estos más importantes en la vida de éste último que si los mismos hubieran sido experimentados por la madre durante el primer año post-parto. Lo anterior resalta la importancia que posee el resguardo y la promoción del cuidado del estado emocional de la madre durante el embarazo, principalmente respecto de emociones negativas.

La experiencia de los controles médicos deriva en la necesaria adquisición de algunas conductas específicas en las madres primigestas a fin de asegurar un embarazo sano. Entre ellas, además de la alimentación saludable, se considera también la responsabilidad en el consumo de medicamentos que han sido prescritos por los profesionales de la salud. Lindgren (2011) comprobó que existe una relación directa entre el apego prenatal y las prácticas de salud positivas, tales como la atención regular a controles de embarazo y el consumo de multivitamínicos. Respecto a ello, las participantes declararon haber comenzado a consultar en la red de salud con prontitud tras enterarse de su embarazo, a fin de controlar situaciones médicas previas que pudieran poner en riesgo sus procesos de gestación, además de conocer respecto del consumo de determinadas vitaminas y/o suplementos que resulten un aporte para el desarrollo saludable de sus bebés intrauterinos, cuyo consumo ha sido responsable.

Laxton-Kane y Slade (2000) plantean que intervenir en aumentar el apego prenatal podría llevar a aumentar la responsabilidad prenatal hacia el feto, y de esta forma involucrar a la madre en comportamientos saludables. En consideración de ello, se hace importante el relevar la función que tienen los profesionales de la salud gestacional, que pueden ser actores claves en la promoción de conductas responsables hacia las madres primigestas, a través de los programas de intervención o bien incluso en la instancia de los controles médicos regulares, a fin de comprometer a la madre hacia el cuidado de su bebé intrauterino.

C) Prácticas de interacción que despliega la madre con el bebé intrauterino:

A partir de los resultados de la investigación se evidenció que la forma primordial referida por las mujeres primigestas a la hora de establecer interacción con sus bebés intrauterinos es la comunicación verbal hablada.

En este estudio, la comunicación por parte de la mujer primigesta hacia el bebé intrauterino se ve motivada por diversas razones. En primer lugar, las dolencias físicas que surgen como producto de los movimientos fetales y la forma en que éste último se acomoda al espacio del útero, llevan a las madres primigestas a interactuar a través de la voz para solicitar a sus bebés intrauterinos cambiar de posición. Por otra parte, se evidencia una tendencia en las madres a comunicarles a sus hijos/as de forma anticipada y a través de descripciones, las actividades que se realizarán o que se están desarrollando en el momento. La voz es utilizada también para expresar mensajes netamente afectivos, relacionados con su disponibilidad incondicional como madres y los sentimientos que la figura del feto evoca en ellas. Finalmente, este tipo de comunicación también aparece frecuentemente en mensajes hacia el bebé, relacionados con la expectación ansiosa respecto de su nacimiento, y el deseo de las madres primigestas por la pronta llegada de sus hijos/as. Las estrategias comunicativas verbales establecidas por las mujeres participantes con sus bebés son concordantes con lo que plantea Poupin (2009), quien señala como un aspecto importante en el desarrollo del apego prenatal el despliegue de prácticas asociadas con la comunicación verbal con el bebé intrauterino, tales como: hablarle, cantarle y comunicarle los pensamientos que se tienen respecto de él/ella.

El apego se constituye como un vínculo afectivo basado principalmente en la búsqueda de proximidad física (Bowlby, 1998). Se trata, por lo tanto, de una interacción básica, primordial, y durante la gestación depende de las prácticas desplegadas por la madre en búsqueda de establecer interacción con la figura del bebé intrauterino. Este carácter primitivo se refleja, por ejemplo, en prácticas como acariciar el vientre utilizando las propias manos de la madre ya que es considerado como una forma de contacto afectivo entre la madre primigesta y su bebé intrauterino. Este acto, que es referido incluso como de origen instintivo por parte de las madres primigestas participantes, es de suma importancia para el desarrollo sano del

bebé intrauterino, debido a que se ha planteado que el apego también involucra la necesidad de crear lazos afectivos con ciertos individuos, siendo un componente básico de la naturaleza humana y que se inicia en la vida prenatal (Poupin, 2009). Las participantes refirieron vivir la conexión emocional a través del tacto como un momento íntimo y de contacto físico que despierta sentimientos de amor.

Los movimientos fetales son una vía de interacción que se establece entre el bebé intrauterino y la madre primigesta. De hecho, se considera que son cruciales para el establecimiento de mejores niveles de apego prenatal, siendo incluso más importantes que la edad de la madre y el proceso de ajuste a los síntomas físicos propios del embarazo (Lerum y LoBiondo-Wood, 1988). En esta investigación se constató que la percepción de los movimientos fetales se constituye como un precursor del despliegue de una mayor cantidad de prácticas de interacción por parte de la mujer primigesta con su bebé. En ese sentido, resulta importante destacar que los movimientos del feto, que ya han sido reconocidos como una forma de interactuar con su madre, también representan para esta última la conciencia de la existencia de un otro en desarrollo. Al respecto, se ha teorizado que este proceso de reconocimiento de la existencia de este otro es necesario para que se inicie el proceso de gestación del apego prenatal según lo que establecen Laxton-Kane y Slade(2002).

El feto es también una figura activa durante su proceso de desarrollo en el útero. A través de sus movimientos, su lenguaje corporal y patrones de respiración, es capaz de conectarse con los estados emocionales de su madre (Birnholtz, Stephens y Farías, 1978). A partir de los relatos de las madres se puso en evidencia este punto ya que ellas señalaron que parte de la comunicación que establecen con sus bebés intrauterinos surge a partir de la forma en que perciben que éstos últimos se mueven. De hecho, la ausencia prolongada de movimiento es percibida con ansiedad y preocupación por las madres primigestas, lo que gatilla prontas respuestas de estimulación a través del tacto o la voz, y por lo tanto genera más interacción entre ambos.

En relación a las prácticas de interacción desplegadas por las mujeres primigestas, aparece como una información emergente y relevante, la elección de un momento preferente dentro

del día para llevar a cabo la interacción con el bebé. Este momento suele ser referido por las madres como de gran intimidad y a su vez se asocia a espacios físicos donde se percibe tranquilidad. Es por ello que las participantes suelen vincular esta instancia a la intimidad del hogar y al momento de la noche, tras la jornada de trabajo o las actividades propias del diario vivir. El clima percibido por las madres primigestas en este momento del día las lleva a generar mayor interacción que en cualquier otro momento del día con sus bebés intrauterinos. Dado que durante la parte anterior del día las actividades propias de las rutinas de cada una de las participantes ocupan la mayor parte de su tiempo, su atención no puede focalizarse por completo en la interacción con sus bebés intrauterinos. Además, las madres primigestas participantes refieren que perciben la mayor cantidad y frecuencia en los movimientos fetales durante la noche, lo que a su vez estimula la interacción entre ambos. En este sentido, es importante señalar que la existencia de estos momentos íntimos de interacción se constituye como un fenómeno que contribuye al desarrollo del vínculo de apego prenatal, y que por tanto debería ser asumido como una responsabilidad de los profesionales de la salud que trabajan en temáticas de embarazo. La interacción es un aspecto crucial en el apego prenatal, y debería ser siempre promovida, nunca restringida y/o limitada, aún si esto conllevará consecuencias físicas como el incremento de las contracciones para la madre primigesta. Los profesionales de la salud deberían impulsar a las madres a vivir momentos de interacción íntima con sus bebés intrauterinos, a través de las formas de comunicación que fueron evidenciadas en esta investigación, resaltando con ello el valor que tienen estas prácticas específicas en el desarrollo del vínculo de apego

Otro hallazgo de esta investigación se refiere directamente a una forma de interacción que no necesariamente se realiza a través de la comunicación verbal hablada ni tampoco por la vía de las caricias al vientre materno. Se trata de la comunicación a través del pensamiento, en la forma de una voz interior que comunica los estados emocionales, las actividades que se están realizando y los pensamientos respecto del bebé intrauterino. Este tipo de comunicación es utilizado por las madres primigestas participantes de forma frecuente durante el desarrollo del día, generalmente en instancias en las cuales no pueden hacer uso de la voz, precisamente cuando se trata de espacios donde no se percibe la intimidad necesaria como para establecer este tipo de interacción. Esto es una señal de la forma en que opera la atención flotante de las madres primigestas, que a pesar de

encontrarse desarrollando actividades propias de sus rutinas diarias, dedican espacios dentro de las mismas para establecer interacción con sus bebés intrauterinos a través del pensamiento, manteniendo así el carácter íntimo de la comunicación que existe entre ambos.

D) Representaciones mentales sobre el embarazo y el post-parto:

El apego prenatal se relacionaría con ciertas habilidades, tanto cognitivas como emocionales, que son desplegadas por la mujer primigesta para conceptualizar al nuevo ser humano. Respecto de ello, el embarazo es una instancia que modifica de forma significativa el mundo representacional de la madre. Durante la gestación surgen fantasías relacionadas con características atribuidas al feto, tanto físicas como emocionales (Cranley, 1981) e incluso de una potencial personalidad imaginada (Doan y Zimmerman, 2003). En suma, las fantasías sobre el feto en desarrollo serían otro factor constituyente de las habilidades cognitivas que son necesarias para el desarrollo de un adecuado apego prenatal (Doan y Zimmerman, 2003). Respecto de ello, todas las mujeres primigestas participantes declararon ser capaces de representarse mentalmente tanto las características físicas de su futuro hijo/a, que provienen principalmente de rasgos físicos característicos de uno de los padres, o de ambos, generalmente a partir de los determinantes específicos del rostro y la cabeza: forma de la nariz, labios, color y forma del cabello (liso u ondulado), además de la forma y el color de los ojos.

Cabe destacar que a medida que avanza el embarazo las representaciones mentales y/o fantasías sobre el bebé intrauterino van aumentando de forma progresiva (Leifer, 1977). En la medida que la madre se torna consciente de la realidad en la existencia de otro en desarrollo, la individualización del feto facilita el desarrollo de estas fantasías y capacidades atribuidas (Lowdermilk, Perry y Bobak, 2002). A través de esta investigación se corroboró que las fantasías respecto de las características que se le atribuyen al bebé intrauterino aumentan progresivamente. De hecho, durante el primer trimestre las fantasías respecto del bebé son escasas, dada la dificultad de la madre primigesta para significar totalmente el hecho de gestar una nueva vida dentro de sí. El que las madres posean una representación mental de sus fetos ha sido considerado como un indicador de la capacidad de

conceptualizar al bebé en desarrollo como una persona separada de sí misma como madre (Cohen, 1979), lo cual impacta positivamente en el desarrollo del apego prenatal.

Por otro lado, la habilidad de fantasear con el bebé se ha relacionado con la forma en que los padres se involucran en las relaciones de cuidado. Bowlby (1980) definió este aspecto con el nombre de modelos operantes internos que corresponde a un tipo de representación mental internalizada desde la niñez, a partir de las conductas que se despliegan para lograr la proximidad de las figuras de apego en momentos de ansiedad y/o estrés. Estos modelos surgirían como consecuencia del trato recibido de parte de los padres en la propia infancia. En suma, los modelos operantes internos inciden en la forma en que los adultos despliegan diferentes estilos de crianza tras el nacimiento de sus hijos. De hecho, estos han sido ligados directamente a los patrones de apego que han sido propuestos por Ainsworth y cols. (1978). Se considera que los modelos operantes internos tienen un peso significativo en la transmisión transgeneracional de patrones de apego (Ammaniti, 1992). Dentro de esta investigación se evidenció que la mayoría de las participantes refiere un deseo por replicar las pautas de crianza recibidas de parte de sus propias figuras significativas, especialmente aquellas que son entendidas como valores importantes respecto de la comprensión de la familia como un núcleo básico de apoyo y contención. Cabe destacar, que en el único caso en que se presentaba una vivencia desfavorable respecto de la relación emocional vivenciada con las figuras significativas durante la infancia, el deseo se movilizaba hacia desplegar con la futura hija la expectativa idealizada de vínculo que no había sido cultivado en la vida temprana con la propia madre.

Dentro del imaginario de las mujeres primigestas también se considera el post-parto, como el período en que se da inicio a la relación madre-hijo/a extra-uterina. Respecto de ello, se ha señalado que las representaciones mentales de apego materno-fetal incluyen, entre otras cosas, escenarios imaginados por la madre acerca de la relación entre ella y su futuro hijo/a (Salisbury, La Gasse y Lester, 2003). A partir de los resultados de esta investigación, se observó que la totalidad de las madres primigestas participantes relevan la importancia de poder llevar una relación futura con sus hijos/as basada en la cercanía física, disponibilidad emocional, protección y confianza mutua.

Los hallazgos de esta investigación en relación a las características atribuidas al hijo/a, muestran que existe una fantasía con respecto al sexo deseado por las madres primigestas. La mayoría de las mujeres participantes refiere que desea tener una hija. Sus justificaciones a esta respuesta generalmente se anexan a los roles de géneros que usualmente se asocian a la relación que existiría entre madre e hija, además de las actividades que se atribuye que son propias del género femenino (peinarlas, vestirlas como muñecas, jugar con muñecas...). En el caso en que se presentaba el deseo por un hijo, la justificación se debía a la creencia que los hombres tienden a desarrollar mayor apego hacia la figura materna, al contrario de las mujeres, que desarrollarían mayor vínculo con la figura paterna.

Aparece también de forma emergente en esta investigación un imaginario respecto del momento del nacimiento. Uno de los componentes de estas fantasías se relaciona con el momento del parto. Las representaciones mentales que existen acerca de este momento tienden a basarse en ideas ansiosas y preocupaciones en cuanto a las posibles complicaciones y dolencias físicas que suelen asociarse al parto. Se evidenció una diferencia en el imaginario en relación al método de parto. Las mujeres primigestas participantes que declararon preferir la cesárea, el imaginario se basa tanto en una sensación de tranquilidad debido a que se percibe este método como mucho más controlado, aunque también genera miedo en otra participante, principalmente a que existan complicaciones derivadas del procedimiento. Por otro lado, las participantes que se inclinaron por el parto vaginal coinciden en que el nacimiento se producirá de forma natural, asumiendo que sucederá cuando el bebé intrauterino esté listo para nacer. Sin embargo, aun así existen temores asociados a las potenciales complicaciones que pudieran existir en el momento del parto. De igual manera, todas ellas reconocen que el parto vaginal les provoca un grado de temor debido al dolor que atribuyen que sentirán en ese momento. Aun así, no abandonan la idea de llevar a término sus embarazos a través de un parto vaginal, asumiendo que este sufrimiento percibido en esta instancia sería una etapa necesaria para lograr el primer contacto físico con sus hijos/as. Precisamente, este último punto también aparece como una instancia que genera una gran cantidad de fantasías. La mayoría de las mujeres participantes lo imagina como un momento de mucha felicidad, y en el que se produciría una conexión emocional muy significativa con el hijo, que además evoca una necesidad de protección hacia el recién nacido, que en algunos casos se percibe con

ansiedad, tanto frente a los primeros cuidados que debe desplegar la madre (controlar el llanto, cambiar pañales) y otros temores en cuanto a los procedimientos del post-parto (que las prácticas de los profesionales de la salud sean muy bruscas y puedan dañar al recién nacido).

E) Inclusión de otros significativos al proceso de embarazo:

El embarazo es un proceso que trasciende a la diada que configura la madre y el feto en desarrollo. Según Feldman (2012), las mujeres embarazadas desarrollan lo que se conoce como expectativas de apoyo, que se definen como la percepción personal de poder confiar en que se recibirá ayuda, si fuese necesario, de parte de personas que sean cercanas y que pertenezcan a la red particular de soporte con la que cada persona cuenta. Existen coincidencias entre lo planteado por el autor y los resultados de esta investigación. Las mujeres primigestas participantes en este estudio desarrollan expectativas de apoyo durante el curso del embarazo, las cuales hacen alusión a tres aspectos en concreto: expectativas de expresión afectiva, de interacción con el bebé y finalmente las de apoyo relativas al grupo familiar. En primer lugar, en cuanto a la expresión de afecto de parte de otras personas hacia las madres primigestas, las participantes refieren que durante el proceso de gestación, producto de los cambios emocionales atribuidos a este, se tornan más susceptibles a los comentarios del entorno. En ese sentido, indican que sienten como un aspecto de gran importancia el que el entorno les entregue mensajes positivos y afectuosos, que validen sus experiencias desfavorables en el proceso de ajuste al embarazo y que comprendan de forma empática los cambios que se producen en ellas, tanto a nivel físico (especialmente respecto a los cambios de la imagen corporal), como también en cuanto a los ajustes en sus roles como madres por primera vez.

Otro tipo de expectativas de apoyo durante el embarazo se relaciona con la interacción de otros con el bebé intrauterino. En ese sentido, las participantes de esta investigación manifiestan distintas opiniones. Entre ellas destacan, el deseo porque el entorno despliegue mayor cantidad de prácticas de interacción afectiva con el bebé intrauterino (a través de caricias al vientre), y el desear que el entorno despliegue mayor cantidad de conductas de interacción a través de la comunicación verbal hablada con el bebé.

Tal y como señala Feldman (2012), el soporte social de los miembros familiares y pares representa un predictor importante y un componente crítico en el apego prenatal. Las participantes de esta investigación reconocieron contar con el apoyo social otorgado por figuras primarias como la propia familia y la pareja. En el primero de los casos, los relatos de las participantes dan cuenta de que el apoyo percibido de parte del núcleo familiar se basa en la preocupación de estos por el resguardo del cuidado de la propia madre primigesta en relación a la adopción y mantención de hábitos alimenticios saludables, la responsabilidad en el consumo de medicamentos, y en algunos casos el acompañamiento a los controles médicos. Este sentido de interés del entorno por el embarazo y el bienestar del bebé intrauterino es vivenciado de distintas maneras por las participantes. En algunos casos, ellas refieren que se sienten a gusto con el hecho de contar con apoyo de parte de su núcleo familiar. Sin embargo, en otros casos también refieren que la preocupación del entorno en ocasiones se torna excesiva o que resulta extenuante. Dentro del apoyo entregado por los integrantes del grupo familiar, resalta la figura de los hermanos/as. El soporte de estos es referido por las participantes de distintas maneras: la preocupación porque el desarrollo del embarazo ocurra dentro de un ambiente exento de situaciones estresantes o que afecten el estado emocional de la madre (disminuyendo las discusiones entre hermanos), a través de la interacción afectiva directa (acariciando el vientre de la madre primigesta) y el interés por el desarrollo sano del embarazo (preguntando sistemáticamente a la madre por el estado de éste).

Otro de los pilares fundamentales del apoyo social durante el embarazo es la figura de la pareja. En materia nacional, según Manns (2007) el programa Chile Crece Contigo del Gobierno de Chile plantea dentro de la guía de la gestación y el nacimiento “Empezando a Crecer” la importancia de la figura del padre o una figura significativa similar, entendida como la persona en particular que entrega la mayor cantidad de apoyo emocional y que se encuentra atento constantemente a las necesidades de la madre. Existen coincidencias respecto de lo que plantea el autor al definir la figura del padre en relación a lo que relatan las mujeres primigestas participantes en esta investigación. Ellas refieren que la pareja se constituye como una figura constante de apoyo emocional, que entrega soporte, contención, acompañamiento (especialmente en las instancias de controles médicos), preocupación

constante por el bienestar de la pareja e interacción constante con el bebé intrauterino: a través de la voz y caricias al vientre materno. Las valoraciones y vivencias respecto del apoyo de la pareja son casi en su totalidad positivas, por parte de las participantes. Solo se presenta un caso en el cual la madre primigesta refiere haber deseado tener mayor cercanía con el padre del bebé, que sin embargo se encuentra desempeñando funciones laborales fuera de la ciudad, precisamente con el fin de poder apoyar económicamente el desarrollo del embarazo y aportar a la madre en este proceso.

Un tercer grupo de apoyo reconocido durante el embarazo es la figura de las amistades de la madre. De hecho, siguiendo a Manss (2007), la guía “Empezando a Crecer” del programa Chile Crece Contigo, aclara que el rol de la figura de apoyo fundamental (originalmente asociado al padre) puede ser adoptado también por otras personas. Entre ellas destacan los/as amigos/as de la madre. Las participantes de esta investigación refirieron contar con el apoyo de sus amigos/as más cercanos. Al respecto, las vivencias del apoyo otorgado por estas figuras variaron: algunas madres participantes resaltaron en la importancia del apoyo afectivo que encuentran en estas figuras, por considerar que estos son pares, y que por tanto se encuentran viviendo momentos similares dentro de sus propias vidas dada su pertenencia a un grupo etario similar y por tanto a una misma etapa del desarrollo: la adultez joven. Otras participantes destacan el apoyo en cuanto al acompañamiento que pueden significar estas figuras en instancias como los controles médicos, cuando otra persona no puede hacerse cargo de esta responsabilidad, lo que valoran de forma positiva. En general, los/as amigos/as suelen ser referidos como figuras que se preocupan por el desarrollo saludable de la mujer primigesta y el bebé intrauterino, a través del resguardo de la alimentación saludable de la madre e incluso proporcionando literatura gestacional a fin de que la madre primigesta obtenga mayores conocimientos respecto del proceso que está viviendo.

Adicionalmente, en relación al apoyo entregado por las figuras de los/as amigos/as, surge de forma emergente y transversal en los relatos de las participantes de esta investigación la preocupación de parte de estas figuras por la organización de los rituales de bienvenida para el futuro hijo/a, a través de la celebración del “*baby shower*”. Esta instancia se caracteriza por ser un encuentro con carácter festivo, en el cual las participantes refieren

que el centro de atención es la figura del bebé intrauterino. Ellas destacan que, si bien éste último no es completamente consciente de la realización de este evento, sí podrá acceder a los registros y recuerdos de esta celebración. Para las participantes esta es una forma de demostrarle al futuro hijo/a que su llegada era esperada tanto por ellas como por su entorno, y que por tanto esta celebración sería la forma concreta de representar la expectación ansiosa por el nacimiento.

Fuera de las expectativas y el apoyo social percibido de parte del entorno, en lo concreto la manifestación más clara de la preocupación e inclusión de figuras significativas al proceso de embarazo se evidencia en las prácticas de interacción que son desplegadas por éstos hacia la figura del bebé intrauterino. Manns (2007) agrega que desde el comienzo de la gestación es relevante que toda la familia pueda relacionarse con el feto en desarrollo, a través de ciertas prácticas que crearán un vínculo previo al nacimiento. Dentro de ellas, se promueven algunas como hablarle al bebé no nacido, ponerle música o sentir sus patadas. En esta investigación se corroboró este planteamiento. Las mujeres participantes refieren dos tipos principales de prácticas que son desplegadas por sus cercanos/as significativos/as con el bebé intrauterino: la interacción afectiva y la verbal. En ambos casos las participantes refieren que, en cierta medida, estas prácticas son puestas en marcha por todas las figuras significativas que reconocen en su entorno. La interacción afectiva se concretiza principalmente a través de las caricias al vientre materno, las que son vivenciada de forma positiva por las participantes. Por otro lado, en cuanto a la interacción verbal hablada, esta se centra en mensajes que son transmitidos al bebé intrauterino, que tienen un contenido emocional, que consisten en sentimientos que se tienen respecto de él/ella y de la expectación por su pronto nacimiento. En cuanto a la cantidad de interacción que los otros despliegan con el bebé intrauterino, se hace más frecuente la comunicación verbal hablada que la interacción afectiva directa. Todas estas prácticas de interacción de otros se asocian a su vez a una conexión emocional con el bebé intrauterino. En relación a esto, los resultados de la investigación indican que las mujeres primigestas participantes perciben esta conexión a través de la preocupación que otros significativos establecen por el bienestar de sus procesos de embarazo, a través de la atención. Además, las participantes atribuyen que a través del despliegue de prácticas de interacción y la preocupación, los otros demuestran que tienen sentimientos positivos hacia la figura del feto.

Un hallazgo de esta investigación puso en evidencia que otra de las formas en que los otros significativos demuestran interés y preocupación por el embarazo es a través del apoyo material para la recepción del bebé, que se concretiza a través de la adquisición de indumentaria, vestimenta e implementación para la llegada del futuro hijo/a, como cunas y coches.

Otro hallazgo de la investigación refiere que las participantes declaran tener una actitud respecto de la inclusión de otras personas al embarazo. Todas ellas declaran valorar de forma positiva el que otros significativos se hagan parte del proceso de gestación, pero a su vez, y de forma transversal, desean que estas personas se integren al embarazo por sí mismas y no producto de que la madre primigesta realice acciones concretas a fin de hacerlos partícipes. Resaltan, además, que debe tratarse de personas que sean cercanas a ellas y con quienes compartan un lazo afectivo.

F) Desarrollo vivencial del vínculo de apego prenatal:

En suma, todas las categorías de contenido que han sido ya expuestas como determinantes en el desarrollo del apego prenatal son vivenciadas de forma particular por cada una de las participantes, en el proceso de construcción del vínculo con sus bebés intrauterinos. La vivencia es transversal a todas las unidades de contenido que han sido revisadas. Siguiendo a Dilthey (1949, citado en de Souza, 2010) en esta vivencia intervienen condiciones históricas y las influencias del mundo exterior, que afectan las emociones y pensamientos. En el caso de esta investigación, se evidenció que las circunstancias particulares que rodean el embarazo de cada una de las participantes les llevan a tener una forma particular de vivir este evento significativo en sus vidas, principalmente a partir de las consideraciones que realizan sobre el momento de sus vidas en el que se produce su embarazo y la percepción de apoyo del entorno. En cuanto a este último punto, tal y como señala Dilthey (1949, citado en de Souza, 2010), las vivencias son experiencias de carácter individual, pero cargadas de un sentido colectivo, debido a la influencia que tiene el mundo exterior sobre el individuo.

Grimalt y Heresi (2012) señalan que, a partir del embarazo, la mujer gestante comienza a prepararse para vivir su propia maternidad. Este proceso implica una serie de transformaciones personales, las que pueden tener que ver con la reorganización del propio mundo representativo, dada la conjunción de los distintos modelos mentales que traen consigo el hecho de ser una mujer embarazada. Aparece el nuevo rol de madre, que debe compatibilizarse con los roles de pareja y la pertenencia a la familia de origen, lo que implica un impacto significativo en la identidad de la gestante. Esta investigación logró poner en evidencia lo planteado por las autoras, al haberse evidenciado que las participantes referían haber experimentado cambios profundos en su identidad, a partir del hecho de comenzar a entenderse a sí mismas como madres. Este proceso de re-definición implicaba ajustes en sus roles, principalmente el de hija, pareja y como mujer. Respecto del primero de ellos, las participantes indicaron que a partir del embarazo su actitud hacia las figuras paternas se tornó más comprensiva y fueron recurrentes los relatos en que se hacía referencia hacia la adopción de una actitud empática con estas figuras. El embarazo sería entonces un precursor de la comprensión hacia las pautas de crianza ejercidas por los padres y/o figuras significativas. Dentro de esta misma línea, la pareja también atraviesa una serie de cambios de roles debido al embarazo. En primer término, debe comprenderse que este proceso implica el paso de una diada hacia una triada conformada por la madre-pareja-hijo. Al respecto, Pancer, Pratt, Hunserberg y Gallant (2000) señalan que es esperable que, dentro de los cambios evolutivos que atraviesan las parejas en la transición hacia convertirse en padres se produzcan cambios en la forma de pensar sobre sí mismos y sus roles como padres/madres, compañeros/as maritales y miembros de una nueva familia. Lo planteado por los autores se presenta en los relatos de las madres primigestas participantes en esta investigación, quienes señalaron haber experimentado una serie de cambios en la vida de pareja, que a juicio de ellas se torna más madura a partir del embarazo, lo que implica, entre otras cosas, que ésta se torne más sólida: las discusiones disminuyen pues se piensa en la protección de la figura del feto; la pareja asume un rol de protección sobre el bienestar emocional de la madre primigesta; e incluso la vida cotidiana de la pareja pasa ser referida en algunos casos como de convivencia o más cercana a la de un matrimonio conformado. Finalmente, el embarazo aparece estrechamente ligado a la redefinición del rol de mujer de cada una de las participantes de esta investigación. Sus relatos dan cuenta de una visión en común: que la maternidad es una parte constitutiva del ser mujer. En esta misma línea,

los roles de género se hacen patentes en esta investigación. Las mujeres participantes indican en algunos casos que la vivencia de la maternidad les hace sentir más femeninas que en etapas anteriores de su vida.

En relación al inicio del proceso de la maternidad, en los relatos de las mujeres participantes de la investigación, se evidenció una clara diferencia entre lo que ellas refieren como un conocimiento netamente cognitivo en relación al hito de inicio de este proceso y lo que han vivenciado, ya que todos sus relatos coinciden en que el hito que marca el inicio de este proceso es la percepción de los movimientos fetales, los que no son completamente perceptibles físicamente durante el primer trimestre de gestación. Sin embargo, estos sí pueden ser visualizados como una realidad a través de la experiencia de las ecografías. En esta línea, Aparna, Appleton y Kupesic (2012) han señalado que el ultrasonido les otorga a los padres una instancia real para confirmar la existencia de una nueva vida, precisamente al poder visualizar al bebé en desarrollo, lo que además les permite comprender que un nuevo miembro se hace parte de la familia. Las participantes de este estudio valoran positiva y significativamente las experiencias de ecografía, pues les permiten tener una imagen clara y detallada de sus bebés intrauterinos, lo que convierte a esta instancia en el momento fundamental que da inicio a la vivencia de la maternidad.

La experiencia de estar embarazada por primera vez es, sin duda, una vivencia que configura un cambio radical en la vida de la mujer embarazada. Al respecto, Poupin (2009) indica que el ser primigesta implica gran importancia para la mujer, pues representa el inicio del camino hacia la maternidad, además del llamado a convertirse en madre en el futuro. Este suceso implica un gran cambio en el estilo de vida. En esta investigación, todas las participantes refieren que ven en esta experiencia un cambio trascendental en sus vidas, un proceso de carácter ambivalente: por una parte cargado de desafíos, ansiedades, dudas y preocupaciones, pero acompañado, al mismo tiempo, de emociones, sentimientos, deseos, expectativas y prácticas nuevas. Además, ellas le dan a esta instancia un valor de aprendizaje, pues sienten que van adquiriendo nuevos conocimientos a medida que progresa el desarrollo de sus propios embarazos. A pesar de que todas las participantes declaran haber experimentado un grado de dolencias físicas y dificultades en el ajuste inicial al embarazo, valoran de forma positiva el embarazo. Por otra parte, asumen que existe una

diferencia entre vivir un primer embarazo frente a uno posterior, principalmente por el carácter nuevo de todas las vivencias que se van sucediendo, asumiendo que en un segundo proceso de gestación todos los conocimientos y experiencias asociadas al embarazo ya habrían estado instaladas de forma previa. En aquellas participantes que ya cursan el tercer trimestre de su embarazo, aparece de forma significativa una valoración positiva global del embarazo, que integra las dolencias iniciales como una experiencia de crecimiento, incluso, quedando estas rotuladas como anécdotas propias del embarazo.

A partir de la comprensión de las vivencias del embarazo de las mujeres primigestas participantes, se evidencia que estas dan cuenta de una serie de ansiedades que se anexan al desarrollo del embarazo. Dentro de ellas, se encuentran tres tipos de preocupaciones principales: temor a perder al bebé intrauterino, temor al desarrollo no saludable del bebé intrauterino y la expectación ansiosa respecto del nacimiento. Precisamente Poupin (2009) concuerda en esta observación “siempre un embarazo implica un cambio trascendental en la vida de una mujer y una responsabilidad que desencadena temor, miedo por desconocimiento, por no saber lo que pasará, si el hijo intrauterino está bien o no y cómo será el parto” (p.23). En primer lugar, el temor a perder el bebé intrauterino se manifiesta especialmente durante el primer trimestre de gestación, considerado por las mujeres primigestas como un período crítico para que el embarazo se asiente definitivamente. Las preocupaciones giran en torno a una pérdida espontánea, pero también en cuanto a que las participantes temen que alguna acción no intencionada de su parte pudiera causar la pérdida del embarazo, lo que las haría llegar a sentirse responsables de ello. Por otra parte, aparece dentro los relatos de las mujeres participantes el temor al desarrollo no saludable del bebé intrauterino. Este consiste en una preocupación por la aparición de cualquier tipo de complicación y/o enfermedad que ponga en riesgo el curso sano del embarazo. Las mujeres participantes suelen calmar sus ansiedades respecto de este punto a través de dos medios principales: a través de los movimientos fetales, que perciben como una forma de confirmación del buen estado de salud del bebé intrauterino, y resolviendo dudas con los profesionales de la salud en los controles médicos. Esta última instancia generalmente reduce significativamente este temor de las participantes.

Finalmente, la ansiedad durante el embarazo aparece también representada en la expectación ansiosa por el nacimiento. En cuanto a este punto, destaca el que la mayoría de las mujeres primigestas comienzan a experimentar esta ansiedad hacia el tercer trimestre de gestación. Esta ansiedad se hace más intensa en las instancias que dedican las madres primigestas para prepararse a fin de recibir a su futuro hijo/a: organizando y decorando los espacios personales para el bebé y/o adquiriendo implementación y vestuario para éste/a último/a.

Una de las vivencias más significativas del proceso de embarazo es el descubrimiento del mismo. Esta experiencia es vivenciada de distintas maneras por las participantes. En primera instancia aparece de forma transversal en los relatos la sospecha de embarazo. Tras esta preocupación inicial, las mujeres primigestas atraviesan un proceso de toma de conciencia sobre la realidad del embarazo, que normalmente cursa por una fase inicial caracterizada por un sentido de incredulidad con la noticia, que lleva en algunos casos a las participantes a cuestionar un potencial error en el test de embarazo. Se evidenciaron respuestas de miedo, llanto e incertidumbre. Con posterioridad a la toma de conciencia del propio embarazo, las mujeres primigestas llevan a cabo la comunicación de esta noticia a su entorno. Este proceso también tiene diferentes resultados, considerando que los otros significativos de la madre primigesta pueden reaccionar de forma favorable o desfavorable.

Cabe destacar que las participantes que se encuentran en una etapa más avanzada de la adultez joven suelen obtener una reacción positiva de parte del entorno a partir de la noticia del embarazo. Por otro lado, en el caso de las participantes más jóvenes, si bien el entorno suele reaccionar con sorpresa ante la noticia durante el principio, termina por brindar el apoyo necesario, lo que es percibido por las mujeres primigestas participantes como un aliciente para llevar a término sus embarazos.

Esta investigación puso también en evidencia que el embarazo causa cambios en las relaciones sociales de las mujeres primigestas. Al respecto, las participantes indicaron que comenzaron a centrar su vida y actividades en los espacios más cercanos al hogar, abandonando en parte el participar en actividades con amistades en cuanto a la proporción en que lo hacían en su vida previa al embarazo, por ser algunas de estas consideradas

como nocivas para el desarrollo del bebé intrauterino (salir a fiestas, beber alcohol, fumar). Por otro lado, las participantes reconocen que a partir del embarazo sus relaciones con otros se tornan más cargadas de afecto. En algunos casos, las mujeres primigestas del estudio percibieron de forma negativa el distanciamiento de algunas amistades con las que frecuentaban actividades de forma previa al embarazo. Normalmente no pueden dar una explicación o justificación para ello.

El vínculo de apego prenatal se gesta de forma simultánea al desarrollo del embarazo. Es por ello que también cursa por una progresión en la cual aumenta con el paso del tiempo. Ammaniti (1992) indica, de hecho, que el embarazo se desarrolla primero en un nivel que denomina “fantasmático e imaginario” (p. 169) y que luego evolucionaría hacia una imagen más realista del futuro hijo/a, en la medida que éste último/a entrega mayores signos de su existencia a medida que crece. En la mayoría de las vivencias de las mujeres participantes en este estudio, se evidencia que tienen una vivencia progresivamente positiva hacia el embarazo. En principio se hace difícil para las participantes tomar conciencia de su estado como embarazada. Posteriormente, aparecen los síntomas iniciales y los procesos de ajuste al proceso, que en ocasiones son vividos con dificultad durante el primer trimestre. Se ha visto en esta investigación que a medida que la sintomatología inicial disminuye, las participantes comienzan a disfrutar con sus embarazos, aumentando la cantidad de interacciones y la comunicación con el bebé intrauterino.

Laxton-Kane y Slade (2002) han señalado que el nivel de apego prenatal podría aumentar en la medida que las características propias de este proceso estimulan el apego prenatal, como la percepción de movimientos fetales y el acceso a la experiencia de los controles médicos durante la gestación. En relación a lo señalado por estos autores, los relatos de las participantes coinciden. Ellas refieren que cuando comienza la percepción física de los momentos fetales, incrementan sus prácticas de interacción con el bebé intrauterino, lo que incrementa el desarrollo del nivel de apego prenatal.

La experiencia de la ecografía incrementa la conexión emocional de las madres primigestas con sus bebés intrauterinos. Ellas indican que esta instancia es deseada por ellas, por cuanto les permite ver de forma real a sus fetos y sentirse más cercanas a ellos/as. Las

participantes refieren sentirse acompañadas permanentemente por su bebé intrauterino, a pesar de no estar presente de forma física fuera del útero. Al momento de interactuar con el bebé, atribuyen que las patadas de éste último son una forma en que éste último manifiesta estar comunicándose y respondiendo a la estimulación de su propia madre. Además, valoran de forma muy significativa el hecho que ellas sean las únicas que pueden sentir realmente al bebé moviéndose dentro de sí mismas con libertad. En algunos casos las participantes refirieron no poder dar una explicación plausible para el hecho de sentir que se ama tanto a otro que ni siquiera puede ser visto físicamente. Finalmente, todas las participantes reconocen que el vínculo es un lazo emocional que se puede crear con otras personas, pero destacan que ningún vínculo es más fuerte y significativo que el que ellas mismas crean con sus bebés intrauterinos, que sienten y definen como indestructible, eterno e indisoluble.

Poupin (2009) describe tres fases en la evolución de la relación madre-feto. En la primera de ellas, la mujer acepta la realidad del embarazo y los cambios biológicos producto de éste, centrando sus pensamientos en sí misma, y percibiendo al feto como algo irreal. La segunda fase se caracterizaría por aceptar al feto como una persona separada de sí misma, lo que según indica, ocurriría alrededor del quinto mes de gestación. En esta etapa aparecerían la mayor parte de las representaciones mentales acerca del feto en desarrollo. En la tercera etapa y final, la madre comenzaría a ajustarse para recibir al futuro hijo/a, aumentando cada vez más la interacción a través de la voz y las caricias al vientre materno. Tal y como lo plantea la autora, la investigación hizo patente estos postulados. De hecho, se observó que las participantes que llevaban un embarazo más avanzado eran capaces de establecer un paralelo y retrospectiva de sus propios procesos, dividiendo el embarazo en tres trimestres. Ellas caracterizaban el primero como una etapa de adaptación a las modificaciones propias de la gestación, y en donde las dolencias físicas de los síntomas iniciales cobran especial importancia. Además, en esta primera etapa destaca el proceso de adopción de conductas responsables y de autocuidado. Dada la dificultad para tomar la conciencia de la existencia del bebé, las madres no realizan mayor interacción afectiva durante este trimestre. Sin embargo, a medida que se avanza hacia el segundo trimestre, aparecen de forma más intensa y significativa las prácticas de interacción, comunicación y estimulación. Esta será la etapa en que comienza a desarrollarse con mayor fuerza el vínculo de apego prenatal,

pues supone un período de mayor tranquilidad tras la adaptación inicial. Hacia el tercer trimestre comienzan a aparecer nuevas preocupaciones y ansiedades, respecto del momento del nacimiento y de los cuidados del post-parto. Además, las dolencias físicas vuelven a aparecer, esta vez en forma de molestias asociadas al tamaño del vientre, la falta de espacio para el feto dentro del útero, la hinchazón en manos y pies, la dificultad para caminar en distancias largas y para conciliar el sueño durante las noches. Hacia los meses finales del embarazo aparece una mirada integradora del proceso completo, que rescata los aspectos positivos y negativos de la vivencia como una sola experiencia, a la que asignan un sentido positivo y de agrado.

Otro de los hallazgos de esta investigación se relaciona con lo que ha sido denominado como mentalización empática con el bebé intrauterino. Esta consiste en que las madres primigestas atribuyen pensamientos y sentimientos al bebé intrauterino en relación a las prácticas que ellas mismas despliegan para establecer interacción con éste último. Algunas madres participantes refieren que el bebé intrauterino es capaz de captar toda la información que se le transmite. A la base de la empatía que desarrollan las madres hacia el bebé intrauterino se encuentra la consciencia que ellas tienen acerca que el bebé siente todo lo que ellas piensan y viven. En los casos de participantes con embarazos durante el tercer trimestre, las madres se tornan más empáticas hacia las potenciales incomodidades que pudiera estar viviendo el bebé dentro del útero, debido a su tamaño mayor y al espacio reducido en el que se desenvuelve. Es por ello que las participantes tienden a adoptar posiciones al dormir en las que perciben que el bebé –y no ellas– se encuentra cómodo.

9.1 Limitaciones del estudio

Una de las principales limitantes a la hora de haber desarrollado esta investigación se encuentra en la dificultad para el acceso a material bibliográfico relacionado directamente con la temática del apego prenatal. En este sentido, cabe destacar que la mayor parte del material disponible que fue utilizado para la construcción de la base teórica del estudio ha sido trabajado por autores anglosajones y en su mayoría a través de la Metodología de la Investigación Cuantitativa, que trabaja bajo métodos distintos y persigue en general la cuantificación de niveles de apego prenatal. Dado que el objetivo de este estudio era el de lograr una comprensión acerca de la construcción del vínculo de apego prenatal de las

mujeres primigestas adultas jóvenes, a partir de sus propias vivencias, la cantidad de material contingente a esta temática en específico era ciertamente limitada.

A nivel metodológico, se considera de especial importancia la forma en que la entrevista se constituye como una instancia de diálogo pero que engloba una serie de componentes vivenciales que pueden llegar a provocar determinadas reacciones emocionales por parte de las participantes, principalmente debido a la profundidad de las preguntas, especialmente cuando estas involucran aspectos muy íntimos en sus vidas. En este sentido, en ocasiones debieron obviarse ciertas preguntas a partir de la pauta pues las participantes prefirieron no referirse a determinados temas que pudieran afectarles emocionalmente a la hora de responder. En otros casos, las preguntas causaron un cierto grado de desborde emocional, que debió ser abordado por la dupla de investigación a fin de llevar a cabo la entrevista a buen término a pesar de estas dificultades, de manera que se resguardara el estado anímico de la entrevistada.

En ciertos casos, algunas de las preguntas de la pauta de investigación resultaron difíciles de comprender para las entrevistadas. Aún cuando se tenía una pregunta alternativa ante la mayor parte de las interrogantes que la dupla de investigación consideraba que pudieran ser difíciles de comprender, en algunas oportunidades no se logró una respuesta que pudiera saturar el objetivo de la pregunta. En estos casos se procedió continuando con las demás interrogantes de la pauta. Sin embargo, a la hora de realizar el análisis existieron respuestas que permitieron incluso la aparición de categorías emergentes. En otros casos, la profundización que la dupla realizó en determinadas preguntas sirvió como una forma de subsanar la falta de datos que hubiera surgido como producto de una pregunta anterior no comprendida por la entrevistada.

A pesar que se trazó un cronograma de trabajo para la realización de este estudio, ciertos aspectos emergentes a lo largo del año no permitieron dar un cumplimiento fiel a los tiempos que se habían establecido inicialmente para el desarrollo de ciertos apartados de la investigación. En ese sentido, cabe destacar que la generación de las conclusiones del estudio implica un trabajo que significa una inversión de tiempo mayor a la que se pudo dedicar en la realidad de la realización de esta investigación, por lo que se considera que

estas pudieran haber sido aún más amplias en consideración de la riqueza de los datos obtenidos en la fase de recolección a través de las entrevistas y el posterior análisis de ellas.

9.2 Proyecciones de la investigación:

Se considera fundamental que se continúen desarrollando estudios en esta misma línea, y que contribuyan al conocimiento teórico del constructo desde perspectivas cualitativas, contextualizadas y localizadas, que pongan de manifiesto la forma particular en que se desarrolla el vínculo de apego entre madres embarazadas e hijos en desarrollo dentro de la realidad nacional.

En lo que concierne a la teoría, una línea de estudio que sería interesante de ser abordada tiene relación con buscar la comprensión del apego prenatal en circunstancias distintas a las que rodeaban a las participantes de esta investigación. En este sentido, sería relevante poder comprender la vivencia y el desarrollo del vínculo de apego prenatal en las circunstancias de un embarazo no deseado, pues como fue mencionado en el apartado teórico, a pesar de esta condición, en ocasiones el mismo proceso de embarazo puede estimular el desarrollo del apego prenatal.

Por otro lado, el poder responder a la comprensión del constructo en mujeres multíparas o que se encuentran vivenciando un embarazo posterior podría poner de manifiesto las similitudes y/o diferencias que existen en relación a las primigestas que han participado en este estudio.

Dado que durante la realización de este estudio se evidenciaron diferencias significativas en el desarrollo de las vivencias de apego prenatal en cuanto al trimestre de gestación en curso, resultaría significativo poder realizar investigaciones que se centren de forma específica en un trimestre de gestación y que puedan profundizar las características más particulares de cada uno de ellos.

Relevando el valor disciplinario que fue propuesto al principio de esta investigación, resultaría importante que se utilice los resultados y hallazgos de este estudio a fin de concientizar y poner de manifiesto la importancia que tiene este constructo. En este sentido,

se hace importante que los profesionales de la salud vinculados a temáticas del embarazo tengan en consideración que el apego prenatal es una realidad que debe ser asumida y promovida a través de los distintos programas de intervención con mujeres embarazadas, especialmente con aquellas primigestas, pues los resultados del estudio han dado cuenta de la importancia y significatividad que posee esta experiencia nueva en la vida de las mujeres participantes. La revisión empírica permitió visualizar que en Chile aún no se ha tomado consciencia absoluta sobre la importancia de este constructo, aun cuando sí existen programas de apoyo a la mujer embarazada, como es el caso del programa Chile Crece Contigo. Sin embargo, sería relevante que se desarrollaran más programas y/o intervenciones de carácter psicoeducativas para promover y enseñar la importancia del apego prenatal a las madres embarazadas. Esta investigación pretendió comprender, reconocer y concientizar respecto del apego como un vínculo que existe de forma previa al nacimiento del bebé, asumiendo que desde lo teórico el constructo ha sido trabajado mayoritariamente a partir del momento del nacimiento en adelante, pasando por alto la etapa de gestación, en la que ya existe un ser que adquiere consciencia progresivamente y que es activo en su proceso de desarrollo.

A raíz de lo anterior, resulta significativo que desde la disciplina se promuevan los espacios de psicoeducación para mujeres embarazadas por primera vez, en los que se puedan abordar los mismos componentes del apego prenatal que fueron puestos de manifiesto a través de esta investigación: prácticas de autocuidado, prácticas de interacción, inclusión de otros al proceso de gestación, conocimientos específicos respecto del desarrollo del embarazo y la gama de representaciones mentales y fantasías que acompañan el embarazo. Se ha evidenciado en esta investigación que todos estos componentes se constituyen como promotores de mejores niveles de apego prenatal y de satisfacción con el embarazo.

Un silencio de esta investigación, que fue considerado por la dupla de investigación en la etapa de la recolección de información a partir de las entrevistas, se relaciona con la vivencia del apego prenatal desde la perspectiva de las parejas de las mujeres primigestas, que han sido referidos por ellas como figuras de apoyo primordiales, y que también interactúan y comparten sentimientos hacia la figura del bebé intrauterino. Comprender la forma en que

éstos últimos viven el proceso del desarrollo del embarazo desde su propia perspectiva pudiera permitir una mejor comprensión del constructo de apego prenatal.

10. REFERENCIAS

- Abasi, E., Tafazzoli, M., Esmaily, H., Hasanabadi, H. (2013). The effect of maternal-fetal Attachment education on maternal mental health. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43: 815-820.
- Alhusen, J. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(3): 315-328.
- Allison, S., Stafford, J. y Anumba, D. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal on diagnosis of feto-maternal attachment. *BMC Women's Health*, 11(33):1-8.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40: 969-1025.
- Ainsworth, M., Blehar, M, Waters, E y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsowrth, M. y Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En Foss, B. (editor). *Determinants of infant behavior*. Vol 4. Londres: Methuen.
- Ammaniti, M. (1992). Representations and Narratives during Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2):167-181.
- Alhusen, J. (2008). A literature update on Maternal-Fetal Attachment. *JOGNN*, (37): 315-328.
- Aparna, A., Appleton, K. y Sanja, K. (2012). Maternal-Fetal Bonding: Ultrasound Imaging's Role in enhancing This Important Relationship. *Donald SchoolJournal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 6(4): 408-411.

- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bellieni, C., Ceccarelli, D., Rossi, F., Maffei, M., Perrone, S. y Petraglia, F. (2007). Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses? *Minerva Ginecologica*, 59(2):125-129.
- Belizán, J. y Althabe, F. (1999). Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *British Medical Journal*, 319(7222): 1397-1402.
- Besio, R. (2009). Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. *Revista médica de Chile*, 127(9): 1121-1125.
- Birnholz, J., Stephens, J. y Faría, M. (1978). Fetal Movement Patterns. *Journal of Roentgenology*, 130(3): 537-540.
- Brandon, A. Pitts, S. Denton, W., Stringer, C. y Evans, H. (2011). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal, Perinatal and Psychological Health*, 23(4): 201-222.
- Bretherton, I. (1992). The origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5): 759-775.
- Bivort, B. y Martínez, S. (2013). Aproximaciones cualitativas al estudio del desarrollo rural. En Tolón, B., Lastra, X., Bienvenido, J. y Fawaz, J. (cords.). *Experiencias en Desarrollo Local y Rural Sostenible*. Almería: Universidad de Almería.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2): 50-63.
- Bordin, E. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Pradeia*, 19(43): 211-220.

- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. World Health Organization Monograph (2). Recuperado el 1 de diciembre de 2013 desde: [http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_2_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_2_(part1).pdf).
- Bowlby, J. (1995). Una base segura. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida – 2. La separación. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). El apego. Psicología Profunda. Barcelona: Paidós.
- Brandon, A., Pitts, S., Denton, W., Stringer, C. y Evans, H. (2009). A History of the theory of prenatal Attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4): 201–222.
- Campos, P., Barbosa, M. y Fernandes, G. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 29:9-15.
- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa, 34(3): 164-167.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5): 282-284.
- Cohen, R. (1979). Maladaptation to pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 3:15-24.
- Condon, J. (1993). The Assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66: 167-183.
- Condon y Corkindale (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70:359-372.

- Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. (2008). La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico, 17(1): 29-39.
- Correa, R. (1999). La aproximación biográfica como una opción epistemológica, ética y metodológica. *Proposiciones* (29): 1-9.
- De Souza, M. (2010). Los conceptos estructurales de la Investigación Cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3): 251-261.
- Díaz, C. (2004). Teoría y metodología de los estudios de la mujer y el género. Neuquén: Policopiado.
- Doan, H. y Zimmerman, A. (2003). Conceptualizing Prenatal Attachment: Toward a Multidimensional View. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 18(2), 109-129.
- Doan, H. y Howell, S. (1998). Parental-fetal attachment: An investigation of personality correlates. Presentación en el encuentro de la Asociación Psicológica Canadiense, Edmonton, Alberta.
- Dörr, O. (2002). El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4): 297-306.
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E. y Dykes, A (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*, 30: 335-44.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Nueva York: Norton.

- Erikson, E. (1987). A way of looking at things: selected papers from 1930 to 1980. Nueva York: Norton.
- Faría, S. y Oliveira, I. (1997). Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. *Revista Latinoamericana do Enfermagem*, 5(3):13-17.
- Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M. y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhe*, 17(1): 65-79.
- França-Tarragó, O. (2008). Ética para psicólogos: introducción a la psicoética. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feldman, J. (2012). Best Practice for Adolescent Prenatal Care: Application of an Attachment Theory Perspective to Enhance Prenatal Care and Diminish Birth Risks. *Child and Adolescent Social WorkJournal*, 29:151-166.
- Flick, U. (2012). Introducción a la metodología cualitativa. Madrid: Morata.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview. Manuscrito no publicado, Universidad de California-Berkeley, Departamento de Psicología.
- Girola, L. (2000). Schutz y la pérdida de la inocencia en el análisis sociológico. *Sociológica*, 15(43): 35-58.
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3): 239-246.
- Herrera, M. (2003). Mortalidad materna en el mundo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6): 536-543.
- INE (2006). Fecundidad en Chile. Situación Reciente. Extraído el 25 de Septiembre de 2013

desde:http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf

- Ji, E., Pretorious, D., Newton, R., Uyan, K., Hull, D., Hollenbach, K. y Nelson, R. Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of two-and three-dimensional imaging. *Ultrasound, Obstetrics & Gynecology*, 25: 4743-477.
- Kowalcek, I., Huber, G., Lammers, C., Brunk, J., Bieniakiewicz, I. y Gembruch, U (2003). Anxiety scores before and after prenatal testing for congenital anomalies. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 267(3): 126-129.
- Fava-Viziello, G., Antonioli, M., Cocci, V. e Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal* (14): 4–16.
- Fitoussi, J. (1996). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.
- Fonagy, Steele y Steele (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62: 891-905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., y Target, M. (1995). Attachment: the reflective self, and borderline states. En Goldberg, S., Muir, R., y Kerr, J. (eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. New York: Analytic Press
- Gaffney, K. (1988). Development of maternal fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38: 228-232.
- Kennel, J., Slyter, H. y Klaus, M. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn Infant. *The New England Journal of Medicine*, 283(7): 344-349.
- Lafuente, J. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. *Index Enfermería*, (17)2: 133-137.

- Laxton-Kane, M. y Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, (20)4: 253-266.
- LeCompte, M. (1995). Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programa. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, (1)1.
- Lerum y LoBiondo-Wood (1988). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal Attachment. *Birth*, 16(1): 13-17.
- Ley N° 20.379. Diario oficial de la República de Chile. Santiago, Chile, 12 de Septiembre de 2009.
- León, A., Ocampo, L. y Spath, D. (2005). *Natalidad y Fertilidad en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24: 203-217.
- LoBiondo-Wood, G, y Vito-O'Rourke, K. (1990). The Prenatal Maternal Attachment Scale: A methodological study. Paper presentado en la Conferencia de Investigación NAACOG; Denver, Colorado.
- Lowdermilk, D., Pery, S. y Bobak, I (2002). *Enfermería Materno-Infantil*. Madrid: Editorial Harcourt/Brace.
- Lyotard, J. (1970). *La fenomenología*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Lyotard, J. (1989). *La fenomenología*. Barcelona: Paidós.

- Main, M. y Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant deorganized attachment status. En Greenberg, M., Cicchetti, D y Cummings, E. (Eds.). *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En Greenberg, M., Cicchetti, D., y Cummings, M. (eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Manns, P. (2007). Empezando a crecer. Guía de la gestación y el nacimiento. Extraído el 07 de octubre de 2013 desde <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/materiales-para-familias-y-cuidadores/#gestacion-y-nacimiento>.
- Mari, R., Bo, R. y Climent, C. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. UT. *Revista de Ciències de l'Educació*, 1(14): 113-133.
- Marteau, T., Johnston, M., Shaw, R., Michie, S., Kidd, J. y New, M. (1989). The impact of prenatal screening and diagnostic testing upon the cognitions, emotions and behavior of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(1): 7-16.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).
- Maxwell, J.A. 1992. Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review* 62: 279-300.
- McElhatton, P. (2003). Teratógenos-Primera parte. *Rev Cubana Farm*, 37(2): 47-74.

- Moraima, M. y Auxiliadora, L. El análisis de contenido: una forma de abordaje metodológico. *Laurus*, 14(27): 129-144.
- Muller, M. (1993). The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal Of Nursing Research*, 15(2): 199-211.
- Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *British Medical Journal*, 321(7275): 1501-1505.
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN*, 12(3): 263-274.
- Odent, M. (2001). *La cientificación del amor: el amor en la ciencia*. Buenos Aires: Creavida.
- Odent, M. (2005). *Nacimiento Renacido*. 2° Edición. Buenos Aires: Creavida.
- Ossa X., Bustos, L. y Fernández, L. (2012). Prenatal Attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5):689-696.
- Pearson, J., Cohn, D., Cowan, P. y Cowan, C. (1994). Earned and continuous security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*, 6: 359-373.
- Pelton, S. (1994). *The effect of prenatal depression on maternal fetal attachment and maternal adjustment to pregnancy*. Doctoral Dissertation, Northwestern University, Evanston, Illinois.
- Pichón-Riviere, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L. y Lopes, R. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicología: teoría e pesquisa*, 20(3): 223-232.
- Pinedo, R. y Santelices, M. (2006). Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Terapia Psicológica*, 24(2):201-210.
- Poupin, L. (2009). *El encuentro prenatal*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Priel, B. y Besser, A. (2001). Bridging the gap between attachment and object relation theories: A study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 74: 85-100.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Malaga: ALJIBE.
- Ross, E. (2012). Maternal-fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal Of Midwifery*, 20(8): 566-575.
- Rubin, R. (1967a). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, 16(3): 237-245.
- Rubin. R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 4:143–153.
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz J. (2012). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L. y Lester, B. (2003). Maternal-Fetal Attachment. *Journal of the American Medical Association*, 289(13):1701.
- Sampieri, O., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México DF: McGraw.
- Santelices, M., Olhaberry, M., Araneda, M., Tapia, C. y Pérez-Salas C. (2007). Estudio de la evolución de las Representaciones y Apego Materno, en un grupo de Embarazadas Primigestas Chilenas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (18)3: 219-229.
- Shieh, C., Kravitz, M. y Wang, H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 17(9): 448-54.
- Shipp, D. (1992). Effects of perceived fetal movement and fetal ultrasound imagery on maternal-fetal attachment. Thesis presented to the Division of Nursing College of Pharmacy and Health Sciences. Estados Unidos: Universidad de Drake.
- Silva, J. Lopez, R. y Dinis, N. (2008). Fenomenología. *Revista Brasileña de Enfermería*, 61(2): 254-257.
- Speizer, I., Santelli, J., Afbale-Munsuz, A. & Kendall, C. (2004). Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(5), 198-205.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Taskin, E. y Okman, G. (2004). Maternal representations during pregnancy and early Motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 25(1): 16-27.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2010). *Introducción a los métodos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

- Terra, M., Camponogara, S, Santos, E., Souza, A. y Erdmann, A. (2006). Texto &Contexto Enfermagem, 15(4): 672-678.
- Toledo-Nickels (2003). Fenomenología del Mundo Social. ¿Un programa de investigación Científico? Cinta Moebio, 18:191-206.
- Toledo-Nickels (2009). El programa socio-fenomenológico de investigación. Cinta Moebio, 35: 67-87.
- Torres, L. (2003). Antropología y salud: Elementos de la tradición Socio-Cultural relacionados con el embarazo, parto y cuidado del recién nacido en mujeres del Programa de Parto Natural, VIII región. Santiago: Universidad de Chile.
- Van Bussel, J. Spitz, B. y Demmyttenaere, K. (2010). Reliability and validity of the Dutch version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. Archives of Women's Mental Health, 13(3): 267-277.
- Van den Bergh, B., Mulder, E., Mennes, M. y Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development on the fetus and Child. Links and posible mechanisms. A review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29(2): 237-258.
- Verny, T. y Kelly, J (1988). La vida secreta del niño antes de nacer. Barcelona: Urano.
- Verny, T. y Weintraub, P (2003). El futuro bebé: arte y ciencia de ser padres. Barcelona: Paidos.
- Villareal, I. (2012). La maternidad en el ciclo vital. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, 37(1): 45-61.
- WHO (2010). The Global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal

coverage. World Health Report, Background Paper (30). Recuperado el 26 de Septiembre de 2013 desde: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>.

- Young, R. (2013). The Importance of Bonding. International Journal of Childbirth Education, 28(3): 11-17.
- Zeanah, C., Keener, M. y Anders, T. (1986). Developing perceptions of temperament and their relation to mother and infant behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry (24):204-210.

11. ANEXOS:

11.1 Dendograma de Categorías:

Objetivo	Categorías	Sub-categorías
<p>1. Comprender el vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino.</p>	<p>1.1 Vivencias de la maternidad.</p>	<p>1.1.1 <u>Descubrimiento del embarazo:</u> 1.1.1.1 Enfrentamiento de la noticia del embarazo 1.1.1.2 Incredulidad frente al embarazo 1.1.1.3 Reacción del entorno frente a la noticia del embarazo</p> <p>1.1.2 <u>Adaptación al embarazo:</u> 1.1.2.1 Adaptación física al embarazo: 1.1.2.1.1 Síntomas iniciales del embarazo 1.1.2.1.2 Cambios en la imagen corporal 1.1.2.2 Cambios en las rutinas de vida a partir del embarazo 1.1.2.3 Susceptibilidad emocional-Hipersensibilidad</p> <p>1.1.3 <u>Cambios en la identidad atribuidos al embarazo:</u> 1.1.3.1 Rol de pareja 1.1.3.2 Rol de hija 1.1.3.3 Rol de mujer 1.1.3.4 Asunción del rol maternal</p> <p>1.1.4 <u>Cambios en las relaciones sociales atribuidos al embarazo</u></p> <p>1.1.5 <u>Desarrollo de la maternidad</u> 1.1.5.1 Percepción del momento de inicio de la maternidad 1.1.5.2 Ansiedades vividas durante el embarazo</p>

		<p>1.1.5.2.1 Temor a perder el bebé intrauterino</p> <p>1.1.5.2.2 Temor al desarrollo no saludable del bebé intrauterino</p> <p>1.1.5.2.3 Expectación ansiosa respecto del nacimiento</p> <p>1.1.5.3 Vivencia de ser primigesta</p>
	<p>1.2 Vivencias del vínculo de apego prenatal.</p>	<p>1.2.1 <u>Vivencias sobre la evolución en la construcción del vínculo de apego prenatal:</u></p> <p>1.2.1.2 Vivencia progresivamente positiva del vínculo</p> <p>1.2.2 <u>Construcción del vínculo de apego prenatal:</u></p> <p>1.2.2.1 Percepción de movimientos fetales</p> <p>1.2.2.2 Conexión emocional con el bebé intrauterino</p> <p>1.2.2.3 Mentalización empática respecto del bebé intrauterino</p> <p>1.2.3 <u>Desarrollo del apego prenatal asociado al trimestre de gestación:</u></p> <p>1.2.3.1 Vivencia del apego prenatal durante el primer trimestre del embarazo</p> <p>1.2.3.2 Vivencia del apego prenatal durante el segundo trimestre del embarazo</p> <p>1.2.3.3 Vivencia del apego prenatal durante el tercer trimestre del embarazo</p>
<p>2. Caracterizar los conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo</p>	<p>2. Conocimientos relativos al embarazo</p>	<p>2.1. <u>Conocimientos previos al embarazo:</u></p> <p>2.1.1. Conocimientos acerca del constructo de maternidad</p> <p>2.1.2. Conocimientos acerca del constructo de apego prenatal</p> <p>2.1.3. Valoraciones afectivas respecto del embarazo</p> <p>2.2. <u>Conocimientos adquiridos durante el desarrollo del embarazo:</u></p>

		<p>2.2.1. Conocimientos acerca del desarrollo del bebé intrauterino</p> <p>2.2.2. Conocimientos acerca del parto</p> <p>2.3. <u>Fuentes de información:</u></p> <p>2.3.1. Fuentes de información consultadas previamente al embarazo</p> <p>2.3.2. Fuentes de información consultadas durante el desarrollo del embarazo</p> <p>2.3.2.1. Internet</p> <p>2.3.2.2. Consejería de salud gestacional</p>
<p>3. Caracterizar prácticas específicas de cuidado en la formación del vínculo de apego prenatal con el bebé intrauterino</p>	<p>3. Prácticas de cuidado</p>	<p>3.1 <u>Alimentación Saludable</u></p> <p>3.2 <u>Evitación de exposición a sustancias tóxicas</u></p> <p>3.3 <u>Asistencia regular a controles médicos</u></p> <p>3.4 <u>Preparación para recibir al bebé intrauterino</u></p> <p>3.5 <u>Resguardo del bienestar emocional</u></p> <p>3.6 <u>Monitoreo de situaciones estresantes</u></p> <p>3.7 <u>Responsabilidad en el consumo de medicamentos</u></p>
<p>4. Caracterizar prácticas específicas de interacción en la formación del vínculo de apego prenatal con el bebé intrauterino</p>	<p>4. Prácticas de interacción.</p>	<p>4.1 <u>Prácticas de interacción con el bebé intrauterino:</u></p> <p>4.1.1 Comunicación verbal hablada</p> <p>4.1.2 Interacción a través del pensamiento</p> <p>4.1.3 Caricias al vientre materno</p> <p>4.2 <u>Momento preferente para la interacción</u></p>
<p>5. Reconocer la vinculación que personas externas tienen con el proceso de gestación</p>	<p>5. Vinculación de personas externas con el proceso de gestación</p>	<p>5.1 <u>Expectativas de apoyo social durante el embarazo:</u></p> <p>5.1.1 Expectativas de expresión afectiva</p> <p>5.1.2 Expectativas de interacción con el bebé</p>

		<p>5.2 <u>Actitud materna respecto de la inclusión de otros/as</u></p> <p>5.3 <u>Percepción de apoyo durante el embarazo:</u></p> <p>5.3.1 Percepción de apoyo del grupo familiar</p> <p>5.3.2 Percepción de apoyo de parte de la pareja</p> <p>5.3.3 Percepción de apoyo de parte de las amistades</p> <p>5.4 <u>Interacción de personas externas con el bebé intrauterino:</u></p> <p>5.4.1 Interacción afectiva</p> <p>5.4.2 Interacción verbal</p> <p>5.4.3 Conexión emocional</p> <p>5.4.4 Apoyo material para la recepción del bebé</p>
<p>6. Describir el imaginario de las mujeres primigestas en relación al vínculo pre y post parto.</p>	<p>6. Imaginario acerca del vínculo pre y post-parto</p>	<p>6.1 <u>Imaginario de las características atribuidas al futuro hijo/a:</u></p> <p>6.1.1 Características físicas</p> <p>6.1.2 Expectativas de temperamento y personalidad</p> <p>6.1.3 Sexo deseado</p> <p>6.2 <u>Imaginario respecto del nacimiento:</u></p> <p>6.2.1 Imaginario respecto del momento del parto</p> <p>6.2.2 Imaginario respecto al primer contacto físico madre-bebé</p> <p>6.3 <u>Imaginario respecto de la relación madre hijo/a</u></p> <p>6.4 <u>Imaginaris sobre el desempeño materno post-parto</u></p> <p>6.5 <u>Expectativas idealizadas del embarazo v/s condiciones reales</u></p> <p>6.6 <u>Influencia de las pautas de crianza recibidas</u></p>

11.2 Pauta de entrevista

Objetivos	Tipo de entrevista	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar los conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo. • Caracterizar prácticas específicas de cuidado e interacción en la formación del vínculo de Apego Prenatal con el bebé intrauterino. 	Semi- estructurada	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de estar embarazada, ¿qué conocimientos tenías acerca del embarazo? • ¿Qué acciones has hecho para adquirir nuevos conocimientos acerca del embarazo? - <i>¿Qué fuentes de información has consultado para aprender más del embarazo?¹</i> • ¿Qué entiendes por apego prenatal o apego durante la gestación? - <i>Considerando sólo lo que sabes, ¿nos podrías definir qué significa para ti apego prenatal?</i> • ¿Cómo cuidas tu embarazo? - <i>¿Qué acciones pones en práctica para cuidar de tu embarazo?</i> • ¿Cómo eran antes tus hábitos y rutinas cotidianas en comparación a cómo son actualmente? - <i>Mirando hacia atrás, ¿cómo han cambiado tus hábitos y rutinas desde que inició tu embarazo?</i> • ¿Cómo te comunicas con tu hijo/a? - <i>¿Qué haces para interactuar con tu hijo/a?</i> • ¿Cómo te has preparado para recibir a tu hijo/a? - <i>¿Qué acciones consideras que has hecho para prepararte para recibir a tu hijo/a?</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la vinculación que personas externas tienen con el proceso de gestación. 	Semi-estructurada	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué personas te han acompañado durante este proceso de embarazo? - <i>¿Quiénes, específicamente, te han acompañado en tu embarazo?</i>

¹ Aquellos textos en cursiva corresponden a las preguntas consideradas como "Plan B". Estas fueron alternativas diseñadas en caso que la pregunta inicial no fuera comprendida por la madre primigesta participante.

		<ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera has incluido a otras personas a tu propio proceso de embarazo? - ¿Qué has hecho para incluir a otras personas en tu embarazo? • ¿De qué manera estas personas significan un apoyo para ti? • ¿Cómo sientes que se vinculan afectivamente estas personas con tu hijo/a? - ¿Cómo interactúan o se comunican estas personas con tu hijo/a? • ¿Qué opinas sobre incluir a otras personas, aparte de ti, en tu embarazo? - Cuando nosotros revisamos información sobre apego prenatal, descubrimos que es importante incluir a otras personas al embarazo, ¿qué opinas tú de eso?
<ul style="list-style-type: none"> • Describir el imaginario de mujeres primigestas en relación al vínculo pre y post-parto 	Semi-estructurada en profundidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo han cambiado tus roles como mujer/hija/pareja desde el embarazo a la actualidad? • ¿Cómo han cambiado tus relaciones sociales desde el inicio del embarazo? • ¿Qué entiendes por maternidad? • ¿En qué momento comenzó para ti la maternidad? • En relación a la forma en la que te criaron, ¿cómo crees que eso se pudiera relacionar con la forma en que tú vas a vincularte con tu hijo/a? • ¿Cómo te imaginas que será tu bebé? • ¿Cómo ha sido tu embarazo en comparación a lo que imaginabas antes? • ¿Podrías describir cómo crees que será la relación con tu hijo/a después de nacer? • ¿Cómo imaginas que te sentirás en los primeros meses de vida de tu bebé?
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino. 	Entrevista en profundidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo te has vinculado desde lo afectivo y emocional con tu bebé?

		<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué significa para ti que este sea tu primer embarazo?
--	--	---

11.3 Consentimiento Informado:



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Consentimiento Informado

En el presente documento se dan a conocer aspectos de relevancia para la realización de la presente investigación, denominada: “Vivencias del Apego Prenatal de un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillán”. Este estudio se enmarca en el último año académico correspondiente a la formación profesional en la carrera de Psicología de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán.

Se le solicita hacer lectura del presente documento en su totalidad y realizar todas las preguntas necesarias a la dupla responsable del estudio, a fin de resolver sus dudas y atender a sus comentarios.

Para que usted tenga conocimiento de lo que se investigará, se mencionarán en primera instancia los objetivos de la investigación.

Objetivo Principal:

Comprender la vivencia del Apego Prenatal de un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillán.

Objetivos Específicos:

1. Comprender el vínculo afectivo de las mujeres primigestas con su bebé intrauterino.
2. Caracterizar los conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo.

3. Caracterizar prácticas específicas de cuidado en la formación del vínculo de Apego Prenatal con el bebé intrauterino.
4. Caracterizar prácticas específicas de interacción en la formación del vínculo de Apego Prenatal con el bebé intrauterino.
5. Reconocer la vinculación que personas externas tienen con el proceso de gestación.
6. Describir el imaginario de mujeres primigestas en relación al vínculo pre y post-parto.

Para cumplir con los objetivos mencionados, se realizará un proceso de recolección de información a través de la aplicación de cuatro pautas de entrevistas distintas en dos encuentros, las que se efectuarán con una frecuencia semanal, en un lugar y horario pactado entre usted y la dupla de investigación. Las entrevistas tienen una duración aproximada de 1 hora a 1 hora y 30 minutos.

Es de gran importancia, para poder analizar adecuadamente la información, que las entrevistas sean registradas a través de una grabación de audio, lo cual debe ser autorizado por usted. De igual manera, en esta investigación se respetará como principio ético fundamental la confidencialidad a través del resguardo de su identidad, por lo que ésta será reemplazada por un nombre alternativo si usted lo así lo desea. Además, una vez finalizado el proceso de investigación, pondremos a su disposición el acceso al documento final del estudio en donde están trabajados los resultados y conclusiones, vinculados a su valiosa participación en esta investigación.

A partir de lo anterior, se solicita que sea usted quien decida finalmente si desea o no participar de esta investigación. Si opta por participar, se garantiza su derecho a retirarse o hacer abandono voluntario del proceso en cualquiera de sus etapas, si usted lo estima conveniente.

Al firmar declaro estar de acuerdo con las condiciones expuestas anteriormente.

Chillán, Octubre de 2014

Solo primer nombre: _____

Edad : _____

Semanas de gestación: _____

Firma : _____

Mails de contacto:

renzo_jimenez@outlook.com

nicol.constanza@hotmail.com

Teléfonos de contacto:

78990446 - 74948422