



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA



**ESTUDIO SOBRE LA EXPERIENCIA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
RELACIÓN A LA FORMACIÓN DEL APEGO
MADRE E HIJO**

KATHERINE GIRARDI MAC-TAGGART

Profesor Guía: Carlos Carrera Vergara.

Tesis Presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso,
como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica
Mención en Psicoterapia Constructivista y Construcccionista.

Septiembre, 2013
Valparaíso, Chile





UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO SOBRE LA EXPERIENCIA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN
RELACIÓN A LA FORMACIÓN DEL APEGO
MADRE E HIJO**

KATHERINE GIRARDI MAC-TAGGART

Profesor Guía: Carlos Carrera Vergara.

Tesis Presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso,
como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica
Mención en Psicoterapia Constructivista y Construccinista.

Le dedico este trabajo a mi familia y seres queridos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo simboliza el cierre de un proceso de formación integral para mi ejercicio profesional, por lo que agradezco a la Universidad de Valparaíso por brindar un espacio académico enriquecedor, y cumplir con un alto estándar en el proceso que aquí culmina.

Agradezco al profesor guía de esta investigación, psicólogo Carlos Carrera, pues por medio de su visión, análisis y comprensión, fueron surgiendo los elementos necesarios para que el proyecto final cobrara la relevancia y el sentido que lo originaron.

Deseo expresar mi gratitud a las adolescentes que quisieron ser parte de este proceso, quienes participar abriendo sus emociones más íntimas en relación a su embarazo, depositando una confianza y motivación difícil de olvidar.

Finalmente agradecer al Rodrigo Arenas, psicólogo del colegio, quien gracias a su motivación y esfuerzo, logró que este proyecto se concretara.

Gracias

ÍNDICE

	Páginas
RESÚMEN	vi
I. INTRODUCCIÓN	vii
II. MARCO TEÓRICO	xiv
1. ADOLESCENCIA	xiv
1.1 Desarrollo Adolescente	xv
1.1.1 Desarrollo Físico	xv
1.1.2 Desarrollo Cognitivo	xvi
1.1.3 Desarrollo Socio-emocional	xvii
1.2 Factores de riesgo en el adolescente	xix
1.3 Adolescentes en Chile	xxi
2. EMBARAZO ADOLESCENTE	xxii
2.1 Datos demográficos sobre embarazo adolescente	xxiv
2.2 Adolescentes embarazadas y subjetividad	xxvi
3. APEGO	xxxí
3.1 Concepto de apego	xxxí
3.2 Factores de riesgo parental asociados al apego	xxxvii
4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN APEGO	xl

III. OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	xliv
IV. METODOLOGÍA	xlvi
1. Diseño de investigación	xlvi
2. Participantes	xlvi
3. Instrumento de recolección de información	xlviii
4. Procedimiento de análisis de datos	li
V. RESULTADOS	liii
VI. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS	lxxix
VII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	lxxxvi
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xcí
ANEXOS	cii
1. Anexo 1	ciii
2. Anexo 2	civ

RESUMEN

La presente investigación busca explorar respecto a la experiencia de adolescentes embarazadas en relación a la formación del apego madre e hijo, de acuerdo a lo descrito por la literatura especializada en esta materia. De esta manera se busca contribuir en los lineamientos de programas de intervención de promoción de apego temprano de madres adolescentes y sus hijos, de acuerdo a la política de salud actual nacional sobre primera infancia y adolescencia. Estudios actuales sobre el impacto de las intervenciones en apego concluyen que es fundamental contar con diseños específicos, que dependen de las características particulares del grupo al que se dirige la intervención. En este sentido, las adolescentes embarazadas se constituyen como un grupo de riesgo biopsicosocial, y que requiere por tanto de programas de intervención específicos.

Por esta razón, el presente estudio corresponde a un diseño de investigación cualitativo, con el fin de explorar respecto a la experiencia de embarazo, temores y preocupaciones actuales, relación con su figura materna, así como expectativas respecto al rol de madre, en embarazadas adolescentes. El marco metodológico empleado es la Teoría Fundamentada. Se entrevistaron a 7 adolescentes embarazadas, usuarias de un servicio de salud público de una comuna de la Región Metropolitana. A partir de los resultados se concluye que el contexto familiar, social, y educacional de las adolescentes embarazadas resulta ser el principal factor que contribuye al bienestar general de ellas, y específicamente a los aspectos relacionados a la formación de apego madre-hijo, tanto en el presente como en la proyección que realizan una vez que sean madres, de esta manera se concluye que las intervenciones de promoción de apego temprano debiesen orientarse en consideración de este contexto.

Palabras Claves: embarazo adolescente, apego, promoción de apego.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la comprensión del concepto de Salud como un estado de bienestar biopsicosocial, más allá de la ausencia de enfermedad, ha generado una serie de cambios en las políticas públicas en materia sanitaria, y con ello acciones nuevas que los equipos de salud deben implementar. En este sentido, incorporan el énfasis en la labor preventiva y de promoción en salud, basado en la identificación de factores protectores y de riesgo biopsicosocial, enmarcándose desde el modelo ecológico de salud, desde el cual se comprende al individuo en función de su contexto, tanto familiar-social como cultural-histórico (Ministerio de Salud [MINSAL], 2008; 2012).

Ejemplo de lo anterior es el diseño del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020, que busca favorecer el crecimiento y desarrollo saludable de los adolescentes, a través de acciones de promoción y fomento de los factores protectores, y prevención frente a los factores de riesgo de los adolescentes vulnerables; desde un enfoque de derechos, de género, de determinantes sociales, y de pertenencia cultural (MINSAL, 2012)

Una de las metas de este programa es lo referente a la salud sexual y reproductiva, y específicamente el embarazo adolescente, el cual constituye una problemática biopsicosocial de alto impacto para el desarrollo de las propias adolescentes, sus familias y la sociedad (Donas, 2001; Farkas & Santelices, 2008; Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2011; Krauskopof, 1999; MINSAL, 2012; Molina et al., 2004; Páramo, 2011; Santillano, 2009). El programa dispone de estrategias de promoción y prevención de salud orientadas a aumentar la prevalencia de la conducta sexual segura, y con ello una disminución del embarazo adolescente, en base a programas comunales de promoción de salud, mayor acceso a métodos de regulación de fecundidad, aumento de cobertura para visita domiciliaria para prevenir segundo

embarazo adolescente, programas de fortalecimiento de habilidades parentales, consejería en salud sexual, prevención del VIH-SIDA, entre otras estrategias (MINSAL, 2012).

Otro ejemplo, es la puesta en marcha desde el año 2008 del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, cuya misión apunta a “fortalecer el derecho de los niños y las niñas del país a crecer en ambientes y entornos saludables, a disponer de acceso oportuno y de calidad a todos los servicios que su desarrollo requiere, a identificar sus necesidades diferenciadas por género; como las principales estrategias que deben seguir las instituciones involucradas en dar respuestas y apoyar su óptimo desarrollo” (MINSAL, 2008, p. 5). Lo anterior a partir de la generación de una red de programas y servicios, así como el poner a disposición de los equipos de salud la mejor evidencia para el apoyo y seguimiento del desarrollo infantil desde los 0 a 6 años, en el ámbito de la salud física, psicomotriz, emocional y familiar (MINSAL, 2008).

En este sentido, uno de los objetivos generales que plantea este programa es promover que el contexto social y familiar en que nacen los niños y niñas ofrezca las condiciones apropiadas para el desarrollo de sus potencialidades y apoyo para una crianza positiva, así como también busca promover que los padres y/o cuidadores construyan una relación significativa con el niño/a, en términos de lograr una mayor seguridad en su vínculo de apego y mejores competencias parentales, para favorecer el desarrollo de las potencialidades del niño/a en cada etapa de desarrollo, en un contexto de crianza positiva y condiciones familiares y sociales apropiadas (MINSAL, 2008).

A la base de estas políticas en salud se encuentra una visión en la que condiciones del entorno familiar, social y cultural de un niño/a y un adolescente se constituyen como un factor decisivo en su desarrollo. Este es el enfoque de

determinantes sociales de la salud, cuyas acciones en promoción y prevención se orientan a optimizar las influencias ambientales en el desarrollo infantil y del adolescente, especialmente a nivel familiar y comunitario (MINSAL, 2008).

En este contexto uno de los determinantes sociales de salud que más menciona la literatura como factor de riesgo para el desarrollo es el embarazo adolescente, y con ello la paternidad temprana. Esta situación es un doble factor de riesgo, pues impacta tanto en el desarrollo del propio adolescente aún en proceso de crecimiento, como en el desarrollo del bebé (INJUV, 2011; MINSAL, 2008; 2012).

Por esta razón, las políticas públicas en materia de salud integral de infantes y adolescentes, toman esta problemática y describen el marco conceptual, demográfico y asistencial asociado al ejercicio en salud en esta área, tanto desde el punto de vista del adolescente como del bebé. Uno de los ejes de las intervenciones en promoción y prevención frente a los riesgos psicosociales asociados al embarazo adolescente y la paternidad temprana son aquellas acciones orientadas a la formación del apego madre-hijo/a (MINSAL, 2008).

Las bases que sustentan la incorporación de la temática del apego en esta materia son múltiples, en consideración de diversos modelos teóricos que buscan comprender la naturaleza etiológica de los distintos tipos de apego, y a partir de las conclusiones de diversos estudios que buscan conocer factores de riesgo parentales asociados a la formación del apego madre-hijo (Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffmann 2011; Quezada & Santelices, 2010). Por otra parte, desde el enfoque de los determinantes sociales en salud, el embarazo adolescente impacta en el perpetuar el círculo de la pobreza, por lo que la vulnerabilidad se presentaría tanto para la adolescente como para el bebé (Donas, 2001; INJUV, 2011; Molina, 2004). Asimismo, la adolescente embarazada se encuentra en pleno desarrollo, en un período caracterizado por

importantes cambios biopsicosociales, por lo que el ajuste a la maternidad también debe contextualizarse en función de esta etapa (Herrera, 1999; Krauskopof, 1999; Papalia, Wendkos & Duskin, 2005, Páramo, 2011). A su vez, no necesariamente la madre adolescente alcanza una madurez psicológica para hacer frente a los desafíos y demandas del bebé, con lo que se impacta también en el desarrollo del hijo, el cual requiere no solo de atención para cubrir sus necesidades básicas, sino también de una serie de cuidados en torno a lo emocional (MINSAL, 2008). Cabe mencionar que “los lazos afectivos tempranos constituyen la base para el desarrollo de las capacidades cognitivas, la adquisición del lenguaje y la identificación empática con otros seres humanos” (MINSAL, 2008, pág. 14), siendo el apego el factor que sustenta la calidad de estos lazos afectivos.

Dentro de este marco, hay una serie de acciones propuestas por el Ministerio de Salud, en relación al vínculo de apego entre la madre o figura materna y el bebé. Ejemplo de lo anterior es la incorporación en el control de salud del lactante en el servicio público de la Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (ADS), al 4° y 12° mes de vida del bebé. Esta escala es una herramienta de tamizaje en relación a indicadores tempranos de apego. De esta forma, en caso de que aparezcan indicadores de riesgo asociados a un estilo de apego no seguro, se podrán realizar intervenciones oportunas a cargo del equipo de salud, las cuales favorezcan una calidad de la relación madre/hijo/a más positiva.

Así también se sugiere la realización de intervenciones de promoción y prevención del apego, especialmente durante el primer año de vida del bebé, según la normativa ministerial actual. Por ejemplo, se sugiere que las intervenciones en prevención de apego el foco debiese ser el fomentar la sensibilidad parental (MINSAL, 2008). Lo anterior en base a las conclusiones de diversos estudios que evidencian resultados positivos en aquellos modelos de intervención en apego basados en la

variable sensibilidad parental, respecto a otras variables como cambio en las representaciones mentales de apego en las figuras parentales, favorecimiento del apoyo y trabajo en red, y promoción de competencias parentales y caracterización de las etapas infantiles (Bakermans-Kranenburg, Ijzendoorn & Juffer, 2005; Gómez, Muñoz & Santelices, 2008; Moraga & Moreno, 2007). En relación a esto último, un estudio en Chile concluyó que no se presentaría una diferencia significativa en la formación de un apego seguro madre-hijo, entre el grupo de madres primigestas y bebés que asistieron a un taller de promoción de apego, respecto al del grupo control (Santelices, Farkas & Aracena, 2004). Diversos autores concluyen que el foco de las intervenciones y las características del grupo al que se dirige, se relacionan directamente con el impacto de la intervención misma, más que un modelo de intervención general (Gómez et al., 2008; Aracena, Santelices, Farkas, González & Fugellie, 2008). En este sentido, surge la necesidad de identificar cuál es el mejor foco de intervención para un grupo determinado, y de esta forma favorecer un alcance mayor en relación a las características y necesidades de un grupo en particular.

Lo anterior implica que los equipos de salud cuentan actualmente con herramientas para la detección oportuna en lo referente al apego madre-hijo y disposiciones respecto a las acciones a implementar a nivel de promoción y prevención, sin embargo, en las sugerencias respecto a estas acciones, no se presentan lineamientos específicos en relación a grupos con características particulares, que posibiliten un mayor alcance en la intervención.

De esta manera, surge la necesidad de crear protocolos de acción específicos, que representen la realidad de la población de nuestro país, y de aquellos grupos más vulnerables, como lo constituyen las madres adolescentes y sus hijos.

En consideración a lo anterior, el presente estudio busca explorar la experiencia de adolescentes embarazadas en torno a aspectos que la literatura relaciona al proceso de formación del apego entre una madre y su hijo, de modo de contribuir en que las acciones de promoción y prevención en apego que los equipos de salud implementen tengan una aproximación desde la subjetividad de la propia adolescente en situación de embarazo.

Se eligió para efectos de la investigación a las adolescentes embarazadas debido a que este grupo, dentro de la población de mujeres en gestación, se considera como de riesgo biopsicosocial, por lo cual se busca aportar a la comprensión y abordaje en el trabajo en salud con estas adolescentes, y también debido a que se sugiere que las intervenciones de promoción de apego comiencen ya en la etapa de gestación cuando se habla de grupos de vulnerabilidad psicosocial (Egeland & Erikson, 1993, citado por Aracena et al., 2008). Por otra parte, la situación actual en Chile sobre embarazo adolescente arroja una tendencia sostenida al alza, en comparación con la tasa de natalidad nacional, por lo que contribuir en relación a cómo las propias adolescentes se viven y significan el embarazo y su futuro rol de madre, y cómo se viven la relación previa y presente con sus propias madres, constituye un aporte a la realidad en el ámbito de la salud infantil y adolescente de nuestro país, en una materia de relevancia actual como lo constituye la formación del apego madre-hijo (MINSAL, 2012). Lo anterior fundamenta la relevancia práctica del estudio.

Asimismo el estudio tiene una relevancia metodológica, pues profundiza desde un diseño cualitativo en la experiencia de las adolescentes respecto a su embarazo y futura maternidad, complementando estudios ya existentes nacionales, que abordan aspectos como representaciones, autovaloraciones, preocupaciones y realidad de las adolescentes embarazadas en general (Salvatierra et al., 2005; INJUV, 2011). De esta manera la investigación actual ofrece una mayor especificidad en esta temática, al

explorar la experiencia asociada a la formación del apego madre-hijo por parte de la adolescente, en torno a ciertos ejes que la literatura menciona como relevantes para la comprensión de aquellos factores parentales asociados al apego. Lo anterior basado en las conclusiones a las que llegan otros estudios en materia de formación de apego madre-hijo, caracterización y vulnerabilidad en la adolescencia, y factores de riesgo parental en la formación de apego madre-hijo (Lecannelier, 2011; Quezada & Santelices, 2010).

Por otra parte, contribuye en el dominio de conocimiento actual sobre la temática de apego e intervenciones de promoción de apego temprano, continuando la línea de diversas investigaciones, y la necesidad de contar con diseños dirigidos a focos específicos.

Para lograr los objetivos de la investigación, se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales a un grupo de mujeres adolescentes primigestas en control en un servicio público de salud de la Región Metropolitana, pertenecientes a una comuna específica. Los datos fueron analizados en base a un análisis cualitativo, que favorece una exploración a estas vivencias, desde el marco metodológica de la Teoría Fundamentada. A través de este proceso desde el análisis de los datos emergen las categorías finales por medio de las cuales se presentan los resultados.

A su vez el marco teórico seleccionado se enfoca en las características de la adolescencia y el embarazo adolescente, así como el concepto de apego, factores parentales asociados a la formación del apego, e intervenciones para la promoción del apego.

II. MARCO TEÓRICO

1. ADOLESCENCIA

Este capítulo tiene el objetivo de presentar los aspectos teóricos propios del desarrollo del adolescente, y estadísticas y caracterización de la población adolescente chilena.

Desde la psicología del desarrollo, se define la adolescencia como un período dentro del ciclo vital del ser humano, caracterizado por importantes cambios físicos, psicológicos y sociales a través de los cuales se realiza la transición de la niñez a la vida adulta. Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, la cual ocurre aproximadamente a los 10-12 años de edad, y que termina a los 19 o inicio de los 20 años (Papalia, et al., 2005). Desde la OMS, se fija un límite etario claramente definido, que engloba a la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad. Dentro de este rango etario, se contemplan tres períodos: Adolescencia temprana, entre los 10 a 13 años; adolescencia media, entre los 14 y los 17 años; y adolescencia tardía, entre los 17 y los 20 años (Santillano, 2009).

Desde el punto de vista social, la adolescencia culminaría una vez que la persona logra la madurez global para constituirse como un adulto autónomo y capaz de asumir el papel de adulto integrado a la sociedad, el cual es definido por cada cultura y momento histórico. En este sentido, se comprende como una condición históricamente construida y determinada, como un proceso de cambio permanente y resignificaciones, existiendo por ende múltiples adolescencias, entendida como una condición que se presenta en todos los sectores de la sociedad, diversificados en grupos con características específicas, con una base vinculada con la edad, por lo que va más allá de una generalidad dada por patrones de regularidad etaria (Donas, 2001; Santillano, 2009).

1.1 DESARROLLO ADOLESCENTE

1.1.1 Desarrollo físico

El desarrollo puberal, definido como el proceso por el cual una persona alcanza la madurez sexual y la capacidad de reproducirse, tendría una duración promedio de 5 años, y comenzaría con la aparición de tejido mamario en la niña, entre los 8 y 13 años; y un tamaño testicular de 4 cc o mayor en el niño, entre los 9 y 14 años, ambos consecuencia de la acción del sistema neuro-endocrino. Estos factores actúan bajo control genético e influencia ambiental (Temboury, 2009). Este proceso incluye además de los cambios morfológicos, cambios fisiológicos y del comportamiento (Muzzo, 2007; Temboury, 2009).

Gradualmente comienza la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir, aquellos signos físicos que permiten distinguir ambos sexos, a diferencia de los caracteres sexuales primarios que corresponden a los órganos reproductores masculinos y femeninos. En el caso de las mujeres los principales caracteres secundarios sexuales son el crecimiento mamario, aparición de vello púbico, caderas anchas; mientras que en el hombre es la aparición de vello facial, aumento de la musculatura corporal, cambio de la voz, entre otros (Papalia et al., 2005). Otro indicador importante en la mujer es el inicio de la capacidad reproductiva, marcada por la menarquía, la cual ocurre en promedio a los 12,5 años.

Cabe mencionar que actualmente, se tiende a presentar un inicio más temprano respecto a los rangos etarios mencionados, asociados a múltiples factores, entre los que se encuentran genéticos, evolutivos, raciales, nutricionales, geográficos y ambientales (estándar de vida actual, bajo nivel de estrés y estrés familiar, calidad del desarrollo, baja mortalidad y baja morbilidad, cuidado materno-gestacional, y patrones de alimentación)

(Burrows, Ceballos, Burgueño & Muzzo, 2010; Codner et al., 2004; Devaud & Spotorno, 2004; Gaete et al., 2004; Muzzo, 2007; Parra, 2005). Lo más central de esto es el crecimiento físico y desarrollo sexual puede no acompañarse de una madurez psicológica (Parra, 2005).

1.1.2 Desarrollo cognitivo

En el adolescente los cambios neuroendocrinos impactan también en el componente cognitivo. Específicamente se describen cambios a nivel de la corteza cerebral, especialmente la corteza prefrontal, que se relaciona con funciones cognitivas como la inhibición, control atencional, flexibilidad mental, memoria de trabajo, pensamiento hipotético-deductivo, consciencia social, entre otras, características del pensamiento propio del adulto. Se plantea que alrededor de los 11 y 12 años se produce uno de los períodos de mayor mielinización neuronal en la corteza prefrontal, a la vez se produce un período de poda neuronal o proceso de eliminación del exceso de conexiones sinápticas, que favorece la especificidad de habilidades en cada sujeto, así como el reforzamiento de conexiones sinápticas ya existentes (Flores, 2006).

Desde Piaget se establece que desde los 12 años aproximadamente comienza un estilo de pensamiento lógico-abstracto, llamando a esta etapa como la etapa de operaciones formales. El adolescente comienza a comprender el mundo en base a hipótesis (pensamiento hipotético deductivo), y no sólo en base a la información concreta dada por el aquí y ahora, incorporando una noción de temporalidad diferente. También adquieren la capacidad de la utilización de símbolos, una mayor comprensión de la metáfora y la alegoría, adquieren la capacidad de lo que podrían ser las cosas y no sólo de lo que son (Papalia et al, 2005).

En esta etapa se presenta un desarrollo notable de las habilidades de resolución de problemas y hacen que las relaciones sociales de los jóvenes adquieran mayor nivel de complejidad (Holmbeck, Paikoff & Brooks Gunn, 1995, citado por Parra, 2005). Por otra parte tienden cuestionar las normas y la jurisdicción familiar y social dada, por la integración de diversos puntos de vista (Parra, 2005).

Otros aspectos que caracterizan al desarrollo cognitivo durante la adolescencia que utilizan sus habilidades cognoscitivas para construir teorías sobre varios aspectos de la vida, estas teorías se ven afectadas por su falta de experiencia, a diferencia del adulto. También muestran tendencias al egocentrismo, asumiendo rígidamente que sólo su opinión es la correcta, por lo tanto existe un egocentrismo intelectual (Páramo, 2008).

1.1.3 Desarrollo socio-emocional

Se ha descrito que la principal tarea psico-social del adolescente es encontrar su identidad, es decir, buscar un sentido coherente del yo, que involucra las metas, valores y creencias de cada individuo, así como su rol dentro de la sociedad (Erikson, 1950, citado por Papalia et al., 2005). Lo anterior moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, y así contribuir a la convivencia social positiva, rescatando las necesidades personales, y el progreso social, por lo que se entiende como un proceso activo, caracterizado por ciclos de exploración y consolidación (Krauskopf, 1999).

Respecto a la ampliación de las relaciones sociales (pares y pareja), éstos constituyen un espacio en el que se construyen las experiencias de posicionamiento social fuera del marco familiar, regulando sus conductas a partir de la necesidad de reconocimiento grupal y de los interlocutores que valida, logrando un alto poder respecto a los jóvenes (Santillano, 2009). Las relaciones amorosas y actividad sexual,

también reafirman la identidad, refuerzan o modifican concepciones sobre los roles de género, que poco a poco se configuran como la base de la futura vida familiar que conciben. A nivel de la dinámica familiar con un hijo adolescente, diversos autores plantean una serie de ajustes y cambios, que no siempre resultan en una adaptación familiar saludable para los miembros que la integran. Diversos autores describen que es frecuente ver a los padres o figuras parentales sin recursos que les permitan comprender las necesidades de crecimiento de los adolescentes, y potenciar la autonomía y maduración, adoptando estilos de crianza que oscilan entre aquellos autoritarios restrictivos o aquellos permisivos flexibles, quedando en una posición de par frente a los hijos (Santillano, 2009).

En un primer momento, los adolescentes entre los 10 y 13 años de edad, tienden a estar preocupados por lo físico y lo emocional. En esta etapa inicial hay un duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres, hay una restructuración del esquema e imagen corporal, ajustes a emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos, necesidad de compartir los problemas con los padres. Se mantienen las relaciones grupales con el mismo sexo, pues así se favorece el fortalecimiento de identidades y roles, previo a la interacción heterosexual. Ya desde los 14 años hasta los 16 comienza las preocupaciones respecto a la afirmación personal, social, y afloran las vivencias del amor. Se presenta una diferenciación del grupo familiar, deseo de afirmar el atractivo sexual y social, hay emergentes impulsos sexuales, exploración de capacidades personales, capacidad de situarse frente al mundo y a sí mismo. El joven tiende a pertenecer a grupos heterosexuales. Con respecto a las relaciones de pareja, éstas se presentarían como una extensión del yo, y significan una de las fuentes principales de confianzas, amplitud de experiencias e intereses, y de enriquecimiento de la identidad.

Finalmente, entre los 17 y 19 años, el adolescente presenta una preocupación por lo social y una búsqueda de intimidad. Se describe que hay una búsqueda de afirmación

del proyecto personal-social, en términos del compromiso y visualización de metas presentes y futuras. Aparece un locus de control interno, por lo que ya no atribuyen lo que les ocurre a circunstancias externas, anticipación de resultados y manejo de consecuencias. Con respecto a las relaciones de pareja, se presenta una diferenciación e intimidad, permitiendo la vivencia de un acompañamiento afectivo y vínculos profundos (Krauskopf, 1999).

1.2 FACTORES DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE

Los factores de riesgo son entendidos como aquellas características, situaciones o acciones que aumentan la probabilidad de sufrir algún efecto negativo o daño; mientras que los factores protectores, corresponde a aquellas características, situaciones y acciones opuestas a las de riesgo. (MINSAL, 2012). En la literatura especializada se describen una serie de factores de riesgo en el adolescente. El Ministerio de Salud de Chile, al desarrollar el Programa de Salud Integral del Adolescente y Jóvenes (2012), describió los principales, desde el nivel del propio adolescente, pasando por el nivel familiar, hasta el comunitario y social.

- a) Nivel individual: presentar una maduración asincrónica, desórdenes psicológicos, como depresión, ansiedad, desórdenes alimentarios, y estrés excesivo, y de personalidad, impulsividad, baja autoestima, proyecto de vida débil, historia de abuso sexual, bajas habilidades sociales y tendencia al aislamiento, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, bajo nivel de resiliencia, portar armas, locus de control externo, abuso de drogas lícitas e ilícitas, y embarazo adolescente.

- b) Nivel Relacional: Este nivel alude al entorno familiar del adolescente. Ejemplo de factores de riesgo serían: disfunción familiar, familia con pobres vínculos, violencia intrafamiliar, estilo de manejo parental autoritativo/permisivo, tener hermana o amiga adolescente embarazada, consumo de drogas lícitas o ilícitas en la familia, influencia negativa de los pares, pertenecer a grupos con conductas de riesgo.

- c) Nivel Comunitario: Este nivel involucra a los entornos sociales directos con los que se relaciona el adolescente, como la escuela y el barrio. Dentro de los factores de riesgo que se menciona en la literatura destacan los siguientes: acceso a alcohol y drogas, escasa cohesión social, comunidades más pobres, baja participación familiar en la escuela, escasas redes de apoyo (Páramo, 2008).

- d) Nivel Social: Se refiere a condiciones socio-culturales actuales, como inequidad, disponibilidad de armas de fuego, violencia en los medios de comunicación, calidad de la vida escolar y comunitaria, entre otros. Respecto a los medios de comunicación, éstos ejercerían una influencia tanto intelectual como cultural en niños y adolescentes. Un efecto de los medios de comunicación se refiere a contenidos violentos y sexuales, que constituyen mensajes de referencia respecto a lo que resultaría más valorado. De acuerdo a Donas (2001, citado por Páramo, 2011) existe una cultura del riesgo para los adolescentes, en tanto se presentan ciertos modelos a seguir definidos como positivos, pero que muchas veces no lo son, incidiendo negativamente en el joven. Ejemplo de lo anterior corresponde a la erotización temprana y relaciones sexuales desprotegidas, falta de información sobre sexualidad, factores asociados a embarazo adolescente, abortos, y enfermedades de transmisión sexual.

1.3 ADOLESCENTES EN CHILE

De acuerdo al CENSO del año 2012, la población de adolescentes en Chile, es decir hombre y mujeres entre 10 y 19 años, representa el 15,7% de la población nacional. La mayoría de los adolescentes viven en zonas urbanas, sólo un 13,01% de la población adolescente entre 10 a 19 años vive en zonas rurales, concentrando los mayores índices de pobreza y vulnerabilidad social (INE, 2013).

Respecto a variables educacionales, de acuerdo al CENSO 2012, un 98,25% de niños y jóvenes entre 10 y 19 años, tanto de zonas urbanas y rurales, es alfabeto. La cobertura de educación alcanza un 99,2% entre los 6 y 17 años. En la región metropolitana, el promedio de años de estudio es de 10,4 para zonas urbanas, y 9,3 para zonas rurales (INE, 2005).

Respecto a indicadores de morbilidad en adolescencia en salud mental, se pueden especificar las siguientes áreas, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, mencionadas en la TABLA N° 1 (MINSAL, 2012).

TABLA N° 1. CONDICIONES DE SALUD EN ADOLESCENTES

CONDICIONES DE SALUD	PREVALENCIA
Consumo de alcohol	36%
Consumo tabaco último año	35,6% mujeres 30,6% hombres
Consumo de drogas ilícitas	15% marihuana
Síntomas sugerentes de trastorno del ánimo depresivo (15 – 19 años)	14%
Ideación suicida	8% hombres 18% mujeres
Obesidad	9% hombres 13% mujeres
Sedentarismo (práctica de actividad física menor a una hora al día)	82,5%

En relación a indicadores de violencia en población adolescente, se presentaría un 4,6% de violencia física en parejas adolescente entre 15 y 19 años, y un 9,9% de violencia psicológica. En relación al nivel socioeconómico, habría mayor violencia en niveles socio-económicos bajos. Otra condición de salud de riesgo es el embarazo adolescente, la cual se describirá más adelante. Las condiciones de salud presentadas, se consideran conductas de riesgo que han tendido a un aumento en el último tiempo. Se presentan aún más en jóvenes provenientes de familias vulnerables, como aquellas con antecedentes de violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de alcohol y/o sustancias; y otros determinantes de salud. Estas conductas y hábitos de riesgo provocan morbilidad e incluso mortalidad en el presente del adolescente, y en su futuro como adulto (MINSAL, 2012).

2. EMBARAZO ADOLESCENTE

Actualmente el embarazo adolescente se ha transformado en una problemática de salud biopsicosocial. Desde el punto de vista físico, hay un riesgo obstétrico tanto para la adolescente embarazada como su bebé. Desde el punto de vista psicosocial, el embarazo adolescente se asocia a los derechos sexuales y reproductivos, reproduciendo las inequidades sociales, las desigualdades por género, y acrecentando la vulnerabilidad de la mujer, así como contribuir a la persistencia de la pobreza, obstaculizar la formación escolar y laboral de los padres adolescentes (INJUV, 2011; MINSAL, 2012).

En relación a los cambios que las adolescentes experimentan durante el embarazo, se encuentran los cambios propios de cualquier embarazo, como los físicos (aumento de peso, cansancio, dolor) y los malestares característicos (náuseas, mareos, etc.), así como también presentan los cambios psicológicos esperados como mayor sensibilidad e irritabilidad (INJUV, 2011). Específicamente en la adolescente embarazada se ha descrito que surgen en sentimientos de confusión, frustración, rabia,

así como también alegría y felicidad por ser madre y/o sentir que hay una consolidación en la relación de pareja. Se menciona que en los primeros momentos surge el tema del aborto, como una posibilidad ante lo inesperado de una confirmación de embarazo, tanto por parte de la pareja de la joven como de su familia. Otro aspecto a considerar es que por el temor a la reacción del entorno, se devela el embarazo más tardíamente, con lo cual se postergan los seguimientos de control de salud física y psicológica (Olavarría, 2001, citado por INJUV, 2011).

El embarazo adolescente transforma los proyectos y planes de las adolescentes, asociado a lo inesperado de la situación, así como a la percepción de una falta de preparación para cumplir las expectativas del ser madre. En niveles socioeconómicos más bajos, la maternidad es parte de un sentido de vida que permite construir un proyecto vital con nuevas responsabilidades y desafíos, mientras que en estratos más elevados, el embarazo adolescente tiende a poner en riesgo el proyecto de vida. En términos generales hay una percepción por parte de las adolescentes de que este hecho trae consigo una mayor madurez y responsabilidades, definiendo sus proyecciones futuras desde una nueva mirada (INJUV, 2011).

En relación a lo anterior, resulta fundamental considerar que las consecuencias del embarazo adolescente y la paternidad temprana dependen del contexto particular en que éste se desarrolle, por lo que más que un problema en sí mismo podemos comprender este fenómeno en función de “los múltiples procesos a los que está asociado, y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social. Más aún, si la adolescencia es considerada una construcción cultural, el embarazo en la adolescencia se convierte en un aspecto de esta construcción” (Villarreal, 1998 citado por Donas, 2001, p.393). De esta manera, el significado que se le da al embarazo adolescente varía entre las diferentes culturas y grupos sociales, siendo fundamental conocer los significados que cada uno de ellos, así también varía los problemas que se

vinculan con él, presentando características distintas según el grupo social donde se manifieste, incorporando estas particularidades en las acciones de prevención y asistencia que se emprendan (Donas, 2001).

2.1 DATOS DEMOGRÁFICOS SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE

En el sistema público de salud, durante el año 2009 había un 21,6% de embarazadas adolescentes en control, de las cuales un 20,8% corresponde a jóvenes entre los 15 y 19 años, y un 0,8% entre los 10 y 14 años. Respecto a los datos del CENSO 2012, se ha observado un alza en relación al número de hijos de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, pues actualmente el promedio de hijos estas edades es de 0,37; mientras que en el año 2002 era de un 0,20. Por otra parte, respecto al promedio de hijos de las mujeres fértiles entre 15 y 49 años, la tendencia nacional indica una disminución, pues en el año 2002 el promedio fue de 1,59, y en el año 2012 fue de 1,45 (INE, 2013). Otra cifra alarmante es que ha aumentado el segundo embarazo en adolescentes, llegando a 5.880 jóvenes en Chile (MINSAL, 2012).

La tasa de fecundidad en adolescentes se asocia al nivel socio-económico, distribución geográfica y nivel educacional. En este sentido, nivel socio-económico bajo, vivir en zonas rurales, y bajo nivel educacional y educación municipalizada, se asocian a las mayores tasas de embarazo adolescente. Otro dato en relación a lo anterior, es que un 57% de las madres adolescentes descontinúa estudios, y se dedica al trabajo doméstico y cuidado de su hijo, un 77% vive en hogares pertenecientes al 40% más pobre de la población, por lo que se disminuyen las oportunidades de desarrollo personal y de sus hijos (INJUV, 2011; MINSAL, 2012).

Otros datos estadísticos nacionales, indican que un 8,1% de los adolescentes entre 15 y 19 años son padres o madres, de éstos la edad promedio al momento de

nacimiento del primer hijo en mujeres fue de 16,67 años, y en hombres de 17,38 años (INJUV, 2011).

De las adolescentes embarazadas entre 10 y 14 años, un 85,4% presenta indicadores de riesgo psicosocial; mientras que las jóvenes embarazadas que se encuentran entre los 15 y 19 años presentan un 56,9% de riesgo psicosocial, según Escala de Riesgo Psicosocial para embarazadas (EPSA) que se aplica en los controles prenatales dentro del servicio de salud público, de acuerdo al Programa Chile Crece Contigo.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, la edad de inicio promedio de relaciones sexuales, en el año 2009, fue de un 16,4 en hombres y un 17,1 en mujeres, por lo que el promedio es de 16,72 años. La tendencia estadística respecto a años anteriores es que cada vez la edad de inicio es menor. En estratos más altos la edad promedio es algo mayor (16,72 años), mientras que niveles socioeconómicos menores es de 16,48 años (MINSAL, 2012). De acuerdo a datos arrojados por la VI Encuesta Nacional de la Juventud, un 55,2% de los jóvenes entre 15 y 19 años ha tenido relaciones sexuales, de los cuales un 88,8% de las mujeres tenía una relación de pololeo con la pareja sexual (INJUV, 2011).

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual sí marca diferencias en relación al nivel socio-económico, pues en los niveles más altos son de un 76,1%, mientras que en los más bajos es de un 39,3%. Por otra parte, también hay un mayor uso de preservativos en adolescentes de ingresos familiares más elevados. Estos datos se asocian también a enfermedades de transmisión sexual, ejemplo de lo anterior es el incremento en prevalencia del SIDA en esta población (MINSAL, 2012).

Respecto a variables familiares, un 63,5% de los adolescentes encuestados en la VI Encuesta Nacional de la Juventud refirió sentir falta de comunicación, un 39,4% malas relaciones entre padres e hijos, y un 58,2% falta de tiempo para compartir en familia (INJUV, 2011).

El proceso de construcción de identidad también recibe un impacto una vez que la adolescente se encuentra embarazada. Por un lado desde el entorno se los reconoce como personas que deben asumir mayores responsabilidades, y en el caso de la mujer una posición de sacrificio respecto al hijo. La propia adolescente configura su identidad como madre, dejando de lado referentes sociales dados por sus pares, incorporando mayormente a la familia o pares que también tienen hijos (INJUV, 2011).

2.2 ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SUBJETIVIDAD

Las actitudes de la mujer frente al embarazo se relacionan con las expectativas y sentimiento hacia el bebé, el rol de madre, si el embarazo fue deseado, entre otros factores. Dentro de las principales preocupaciones que la literatura reporta en las embarazadas están los aspectos de salud, propia y del bebé, incluido el aspecto físico, el momento del parto; y aspectos socioeconómicos y relacionales (Farkas & Santelices, 2008). Se ha planteado que hay una relación entre las preocupaciones y actitudes de las embarazadas y el posterior desarrollo del bebé, en términos de que una actitud más positiva se asocia a mayor consciencia de los ajustes propios a la maternidad y a un mejor desarrollo cognitivo de los hijo, a los dos años de edad (Deave, 2005, citado por Farkas & Santelices, 2008).

Dentro de las principales vivencias asociadas al embarazo en adolescentes, la literatura describe que en la primera etapa de la adolescencia suelen presentarse temores

asociados al dolor del parto y procedimientos invasivos, dificultad para asumir el cuidado de bebé por sí mismas, por lo que requieren un respaldo de su familia constante. En suma se han descrito mayores dificultades para aceptar el embarazo y el rol de madre en relación a los cuidados del bebé. Las adolescentes embarazadas entre 14 y 16 años tienden a sentirse omnipotentes, sin temores, tendiendo a preocuparse por los cambios de su cuerpo, por el interés que el entorno comienza a tener en ellas y el bebé, generalmente llegan dificultades asociadas a los costos propios de hacerse cargo del hijo, en términos del cambio del estilo de vida que esa situación conlleva. Ya desde los 17 años, las madres adolescentes se muestran con actitudes más similares a las de una mujer adulta respecto a su embarazo y crianza del hijo, más bien las dificultades se asocian a temas económicos (Donas, 2001).

Por otra parte, dentro de los significados atribuidos por las adolescentes respecto a sus hijos, se describe vivencias asociadas a sentir al hijo como algo propio, esperando que el bebé se constituya como una fuente inagotable de cariño incondicional; hijo como una salida de una situación intolerable como pertenecer a hogares violentos, régimen de crianza autoritarios, abuso sexual; hijo como expresión de un conflicto no resuelto, ya sea un duelo, cambios de ciudad; hijo como esperanza de vida o prolongación de la vida propia (Donas, 2001).

Se ha descrito que el significado que las adolescentes le atribuyen a su embarazo depende de diversos factores entre los que se menciona el origen del embarazo, pues sería distinto si éste es fruto de una relación de pololeo estable a si fue bajo los efectos de el uso de alguna droga o alcohol; el proyecto de vida antes de embarazarse, en términos de que el hijo puede o no alterar ese proyecto, por ejemplo si tenía ideas respecto a estudios v/s si el ser madre es el proyecto central en sus vidas; vivencias y significados atribuidos por la familia de la adolescente, a través del apoyo o rechazo, proyecciones hacia la adolescentes, entre otros (Donas, 2001).

Un estudio en Chile respecto a las preocupaciones en embarazadas primigestas, arrojó como una de las mayores preocupaciones aquellas asociadas a la maternidad temprana, como preocupación frente al rol de la maternidad, a aspectos del bebé y personales, aspectos relacionales y contextuales. Otro ámbito de preocupación fueron los temores y preocupaciones asociadas a la etapa de embarazo, como preocupación a perder al bebé o a problemas del bebé por problemas del embarazo, preocupación por dañar al bebé, y preocupación frente a lo desconocido. Finalmente, se describe también como un ámbito de preocupación aquellas relacionadas al parto (Farkas & Santelices, 2008).

En un estudio chileno sobre representaciones y significados del embarazo adolescente en padres adolescentes, se concluye que un 52,9% considera que hay discriminación hacia las madres adolescentes. Otro dato es que 59,4% de los jóvenes que participaron en la VI Encuesta Nacional de la Juventud no está de acuerdo en que los cuidados de los hijos son una tarea principalmente de la mujer, en este sentido, un 76,8% refiere que el padre apoya en la crianza del hijo, aún así el 63,6% refiere que es la madre adolescente la encargada del cuidado del hijo. La percepción de apoyo del entorno está presente en gran parte de los adolescentes con hijos, tanto en lo económico como afectivo, un 73,1% refiere sentir mucha confianza en la familia, y un 51,3% en los amigos (INJUV, 2011).

La familia de origen de las madres adolescentes juega un papel fundamental en la crianza del hijo, aún más cuando la edad de la embarazada es menor, y en complementar el espacio en caso de no participación del padre. Algunas madres adolescentes pueden continuar sus estudios gracias a las posibilidades familiares, o insertarse en el mundo laboral, sin embargo los datos estadísticos presentados indican que la mayoría no logra esto.

En el estudio sobre percepciones ya mencionado, se describe cómo las adolescentes madres consideran que sus familias muchas veces no creen en sus capacidades para el cuidado del hijo, percibiendo un entremetimiento por parte de éstos, asociado a conflictos familiares por la forma de crianza.

Respecto a las primeras reacciones una vez que las adolescentes se enteran de su embarazo, se describe la presencia de temor por la reacción de su familia, asociado a una percepción de decepción de ellos respecto las proyecciones que tenían pensadas para el futuro de la joven. También se menciona incredulidad de estar embarazadas. Ya asumido el embarazo, tanto por la joven como su familia, a nivel psicosocial se observa que cambian hábitos inadecuados como consumo de tabaco y alcohol, mayor retraimiento social, intensificando las relaciones familiares, mayores necesidades afectivas; la familia a su vez es percibida como mayor fuente de apoyo. Cabe mencionar que también se presenta en algunas familias una actitud negativa constante. Al finalizar el embarazo, las adolescentes describen sentir ansiedad por la llegada del hijo, y temores asociados al parto (INJUV, 2011).

En el mismo estudio, una vez que el bebé ya ha nacido, las adolescentes describen un mayor distanciamiento respecto a sus amigos, ocupando su tiempo casi exclusivamente a los cuidados del hijo, además de estar viviendo una experiencia de vida distinta de ellos, y de no sentirse tranquilas si salieran. Respecto a la pareja, describen percibir que los padres pueden continuar su vida, observando también quejas respecto a que se sienten desplazados por la atención dirigida de la madre hacia el hijo. Respecto al hijo, las adolescentes lo sienten como algo propio, y que será una compañía de por vida, asociando al hijo emociones positivas como alegrías, sacrificio en términos de darle lo mejor primero a él antes que a ellas, de la pérdida de libertad y el salto de una etapa. Por lo que en suma le otorgan una alta valoración a la maternidad, en conocimiento de que enfrentarán mayores dificultades para salir adelante, tanto a nivel

del estudio como laboralmente, pero con un nuevo sentido de vida, asumido con mayor madurez, responsabilidad y estímulo (INJUV, 2011).

Otro estudio chileno, basado en entrevistas a adolescentes embarazadas de la comuna de La Pintana, concluye que la maternidad es vivida por las adolescentes como una experiencia gratificante, asociada a que representa un evento vital propio del ser mujer, que implica la posibilidad de participar en el desarrollo del hijo, y dar una vida, que representa algo propio, y que permite tener una vivencia cercana a otras madres adolescentes. También es comprendida como una experiencia de cambio en relación al nivel proyecto vital, ciclo vital, relaciones interpersonales, y también a nivel corporal. Asimismo se la asocia a la realización de tareas respecto al hijo, como satisfacer sus necesidades. Sólo en algunas adolescentes de este estudio, la maternidad es vista con una connotación negativa. Sin embargo, en la mayoría ocurrió que al momento de tener certeza del embarazo, hubo un momento de crisis. Respecto a la autopercepción de las entrevistadas en relación a su futuro rol como madres, algunas se presentan con una buena autopercepción, y otras no; aspiran a formar una familia, contar con redes que faciliten el cuidado del hijo, entre otros. Destacan contar con el apoyo familiar y de la pareja, así como también las amistades y profesores, sin embargo se presentan jóvenes en las que la familia y pareja son percibidas como obstaculizadores (Salvatierra, et al., 2005).

Una de las conclusiones que se mencionan en este estudio, es que las adolescentes embarazadas pasan a convertirse en madre, mujer y adulta, no necesariamente contando con los recursos y capacidades para sobrellevar el embarazo y futura maternidad, siendo fundamental el apoyo de las redes sociales, como la familia, pareja y amistades (Salvatierra et al., 2005).

3. APEGO

3.1 CONCEPTO DE APEGO

Desde mediados del siglo XX comenzó a surgir una línea de investigación dentro del campo de la psicología orientada a explorar y conocer los efectos de los cuidados parentales tempranos en los niños. Uno de los exponentes más renombrados ha sido John Bowlby, quien conformó un equipo de investigación en esta temática en la Sección de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta fines del año 1951 (Bowlby, 1995).

A partir de sus estudios, concluye que los bebés presentan tres fases una vez que son separados de sus padres. Estas fases se determinaron a partir de la observación de las conductas del propio niño, siendo la primera la fase de protesta, luego de desesperación y finalmente de desconexión (Bowlby, 1995; Marrone, 2001).

Otras investigaciones en esa época también concluyen diversos efectos negativos en el bebé una vez que éste es privado de cuidados maternos. Ejemplo de lo anterior es lo que mencionaron Spitz y Robertson en relación a las respuestas de aflicción y ansiedad en lactantes tras un período de institucionalización, y posteriormente un estado de desesperanza aprendida, observada en un retraimiento en el actuar del bebé, sin un esfuerzo por mantener el contacto con su figura cercana (Bowlby, 1995). Otro ejemplo lo fueron las publicaciones de Mary Ainsworth, las cuales buscaron analizar las diferencias individuales en la relación madre-hijo, a partir del diseño del experimento llamado Situación Extraña (Bowlby, 1995; Marrone, 2001).

La teoría del apego de Bowlby, planteada como tal en la década del 60, considera que existe una tendencia natural y universal, con un fin de supervivencia, para

crear lazos afectivos con ciertas personas, los cuales se mantienen de forma selectiva y duradera. A esta tendencia llama Apego. Específicamente lo describe como “el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna” (Bowlby, 1995, p. 15).

A principios de los 80, agrega que “las perturbaciones severas en los vínculos madre-bebé son precursores de la presencia de psicopatologías importantes en los años posteriores del desarrollo” (Casullo & Fernández, 2005, p. 12).

Bowlby considera que durante los primeros meses de vida del infante e incluso durante la vida intrauterina se van formando lazos afectivos, los cuales posibilitarían su óptimo desarrollo mediante los cuidados que el cuidador le brinde. La respuesta del cuidador a las necesidades del bebé iría forjando con el tiempo un patrón relacional que daría las bases de su seguridad. El apego se puede comprender como “*un proceso por el cual, a través de las experiencias tempranas, se establecen vínculos entre el infante y su cuidador que brindan seguridad y protección*” (Casullo & Fernández, 2005, pág. 11). La internalización de estas experiencias permitirá el surgimiento de modelos o prototipos de comportamiento psicosocial (Casullo & Fernández, 2005).

Esta teoría plantea además la existencia de una organización psicológica interna que incluye modelos representativos del sí mismo y de las figuras de apego (Bowlby, 1995; Casullo & Fernández, 2005; Marrone, 2001).

El sistema de apego comprende diversas variables, orientadas a generar una aproximación entre el niño y la figura cuidadora. Estas variables dicen relación con estados internos del infante (fatiga, hambre, etc.) y con situaciones ambientales (peligro,

novedad, etc.), las cuales serán señales activadoras del sistema de apego. Las interacciones entre estas variables paulatinamente irán definiendo un tipo específico de vinculación, el cual será constantemente reformulado por las emociones y las cogniciones del bebé (Casullo & Fernández, 2005).

Por este motivo, existen diferencias individuales en cuanto a la calidad del apego hacia la figura cuidadora. Tanto el infante como la figura cuidadora desarrollarán vínculos emocionales recíprocos, y consecuentemente construirán una representación interna de dicha relación, la cual será un prototipo de futuras relaciones. De esta forma, el apego tiene como objetivo promover la seguridad a lo largo de la infancia y niñez (Casullo & Fernández, 2005).

Bowlby plantea que los bebés nacen con ciertos sistemas de conductas fundamentales (tales como el llanto y la succión) los cuales están orientados al desarrollo de la conducta de apego. De esta forma, propone cuatro etapas; las primeras tres se producen durante el primer año de vida y la última surge a los 3 años (Bowlby, 1995; Casullo y Fernández, 2005).

La primera etapa: Orientación y señales con una discriminación limitada de la figura, se inicia con el nacimiento y perdura entre 8 y 12 semanas, en las cuales se da inicio a la interacción del bebé con su cuidador. Sin embargo, el bebé aún no discrimina entre sus cuidadores por lo cual presenta los mismos comportamientos frente a diversas personas (Bowlby, 1995; Casullo & Fernández, 2005).

En la *segunda etapa: Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas*, el bebé ya es capaz de discriminar entre cuidadores por lo que dirige su comportamiento de apego de forma más activa (Bowlby, 1995; Casullo & Fernández, 2005).

La *tercera etapa: Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de locomoción y señales*, se extiende desde los 6 hasta los 12 meses, donde el bebé es capaz de mantener la proximidad con su cuidador mediante señales verbales y motoras. En esta etapa el infante constituye una red de figuras de apego, aunque ocuparán un lugar secundario, ya que solo se identificará con una figura protectora principal. Esta vinculación se consolida a los 18 meses, cuando se comienza a estructurar el sistema de comportamientos cautelosos y exploratorios (Bowlby, 1995; Casullo & Fernández, 2005).

Finalmente la *cuarta etapa: Formación de una pareja con corrección de objetivos*, se inicia alrededor de los 3 años, el niño comienza a concebir a su cuidador como un objeto independiente de sí mismo, de manera que observará y analizará las variables que guían sus conductas, y así irá reflexionando sobre sus propias metas y vías para alcanzarlas. Como consecuencia, el niño incorpora la noción de permanencia y continuidad de la figura cuidadora, a la vez que se va responsabilizando en la mantención de la proximidad con él (Bowlby, 1995; Casullo & Fernández, 2005).

Como se mencionó en un comienzo, Mary Ainsworth estudió las diferencias en la relación madre-bebé. A partir de sus estudios concluyó que la respuesta sensible del cuidador, en este caso la madre, entregada de forma continua a lo largo del primer año de vida del infante no solo determinará el patrón de conducta de apego que mantenga con este, sino que también resulta fundamental en su desarrollo. La respuesta sensible de la principal figura de apego implica comportamientos verbales y no verbales que cambiarán en función de las necesidades que requiera el bebé (Marrone, 2001).

En el año 1978, establece tipos de apego, en relación a las distintas pautas de conductas observadas entre el cuidador y el bebé. Estos son:

- a) Apego Seguro: representaban entre un 50-70% de los casos evaluados y se caracterizan por presentar mayores habilidades para jugar y explorar el ambiente de forma alegre, segura y curiosa, además algunos mostraban disgusto como reacción apropiada a la separación con su madre logrando posteriormente ser calmados, animarse rápidamente y retomar las actividades de exploración. Las madres de estos niños, ofrecían de forma constantemente respuestas sensibles a las necesidades que presentaban sus hijos. Esta responsividad y disposición estable de las madres provee de seguridad y protección a los niños (Bowlby, 1995; Marrone, 2001; Main, 2000).
- b) Apego Inseguro-Evitativo constituyeron un 20-25%, los cuales se caracterizan por mostrar independencia en las conductas exploratorias, en las cuales no precisan de su madre como base de seguridad, debido a que se muestran indiferentes. Esta actitud es interpretada por Mary Ainsworth como mecanismo defensivo, ya que tras un período de separación de su madre reprimen sus expresiones de ansiedad y disgusto (orientando su rabia hacia objetos físicos) evitarían la proximidad con la finalidad de controlar y negar los sentimientos generados al pronosticar la insatisfacción de sus necesidades, esta con el objetivo de evitar una nueva frustración. Las madres de niños con apego inseguro en su mayoría presentan una actitud insensible, distante y de rechazo hacia ellos (Bowlby, 1995; Marrone, 2001; Main, 2000).
- c) Apego Inseguro-Ambivalente representaban el 10% de los casos evaluados, quienes se mostraban excesivamente preocupados por sus madres, por lo cual inhiben las conductas exploratorias. Frente a la separación de la madre reaccionan muy fuertemente, y ante el reencuentro se muestran ambivalentes por lo que pueden alternar episodios de rabia intensa o bien de pasividad con intentos por mantener la proximidad y el contacto. Luego, difícilmente se calman y no logran retomar las actividades de exploración. Paralelamente, las madres de estos niños presentan

inconsistencia en su actuar, mostrándose cálida y sensible en algunos momentos, y distante e insensibles en otros. Esta inconsistencia en los cuidados que proveen a sus hijos habría ocasionado la inseguridad en la disponibilidad de su madre (Bowlby, 1995; Marrone, 2001; Main, 2000).

Posteriormente, en los años 1981 y 1990 un equipo de investigación de Berkeley, conformado por M. Main, J. Solomon y D. Weston, identificó un cuarto patrón de apego, el cual denominaron *Apego Desorganizado-Desorientado*. Esta pauta recoge algunas características de la modalidad de Apego Inseguro, los que inicialmente eran considerados como inclasificables (Main & Solomon, 1990; citados en Marrone, 2001). Revisaron 200 videos de niños, que presentaban conductas difíciles de clasificar en las pautas de Apego Seguro e Inseguro, sin embargo percibieron que presentan como característica central una desorganización o desorientación de su conducta, la cual se manifestaba con mayor claridad en presencia de la madre.

Los niños con este tipo de apego, muestran un nivel extremo de inseguridad y parecieran presentar mayor temor hacia la madre que hacia los desconocidos. Suelen reaccionar de forma confusa y desorganizada frente a la separación, presentando altos niveles de angustia, y en el reencuentro muestran diversas conductas confusas y contradictorias, como evitar el contacto ocular mientras son cargados por sus madres, aproximarse con expresión facial monótona y triste, presentar expresiones de rabia, posturas corporales rígidas y estereotipias de movimiento. Sus madres en general, tienden a asustarlos y atemorizarlos mediante las incoherencias en su actuar y múltiples experiencias de abuso (Marrone, 2001).

Actualmente la teoría del apego se considera como pilar fundamental en la comprensión del desarrollo de los infantes, en este sentido se ha concluido que (Hughes, 2004, citado por Gómez, Muñoz, Santelices, 2008, p. 243) "los estudios de apego seguro

demonstraron que éste sirve como fundamento para el posterior desarrollo afectivo, social, cognitivo y conductual a lo largo del ciclo vital". Considerando el apego como el espacio vital de crecimiento y desarrollo del niño/a y su adaptación posterior (MINSAL, 2008).

3.2 FACTORES DE RIESGO PARENTAL ASOCIADOS AL APEGO

Dentro de los factores de riesgo para que se constituya un apego inseguro o desorganizado, sean planteado ciertos modelos etiológicos, pero que hasta ahora es materia de estudio, pues no habría evidencia consistente en relación a dichos factores (Lecannelier et al., 2011). Dentro de los modelos etiológicos parentales que se asocian a la formación de un apego desorganizado, se encuentran (Lecannelier et al., 2011):

- a) Modelo de Main y Hesse: alude a padres que despliegan conductas atemorizantes hacia el bebé, provocándolo un estrés y/o peligro tanto al acercarse el bebé como alejarse, probablemente debido a un estado mental asociados a pérdidas o traumas no resueltos en su historia temprana. Esto se evalúa a través de pedirle a los adultos que hablen respecto sus emociones sobre sus figuras de apego y eventos en relación a su historia de apego y cómo los conceptualiza hoy, ante lo cual aparecen indicadores asociados a vivencias traumáticas no resueltas, afectando la coherencia en su discurso y pensamiento. Este modelo lograría explicar la mitad del total de los casos en los que se presenta un apego desorganizado entre un cuidador y su bebé.

- b) Modelo de Karlen Lyons-Ruth: relaciona otros factores etiológicos desde los padres de un bebé en la formación del apego desorganizado, además de traumas no resueltos, incluyendo formas contradictorias, extremas y disruptivas de comunicación afectiva hacia el bebé, es decir, la presencia de estados mentales disgregados y disociados.

- c) Modelo de Solomon y George: aluden etiológicamente a fallas en terminar el sistema de apego, es decir, se presenta una incapacidad de reparar el sistema de apego que se ha activado a partir de conductas del bebé, con lo que el niño queda en un estado crónico de estrés. Se ha estudiado este modelo a través de conocer las representaciones mentales de las narrativas de los niños y los cuidadores, en términos de índices de desamparo. Se ha descrito que las madres manifiestan sentirse incapaces de manejar y cuidar al bebé, o también que lo ven autónomo y adultizado, en suma experimentan emociones negativas y confusas hacia el niño, alejándose del niño física o psicológicamente.
- d) Modelo de Koos y Gergely: este modelo alude al biofeedback social, en términos de detección de contingencias por parte del bebé, de modo de que los cuidadores deben ser predecibles y controlables para el bebé, lo cual no ocurre en los apegos desorganizados.
- e) Modelo de Bernier y Meins: este modelo se refiere a que la desorganización opera bajo un sistema de umbral, afectado por variables del propio niño y del cuidador. Dentro de los factores asociados a este último se mencionan el estado mental de éstos, el nivel de sensibilidad parental, capacidad de empatía o mentalización de los padres, y la presencia de otros cuidadores. Así mismo describen algunos factores socioambientales como estresores económicos, peleas entre los padres, embarazo adolescente, abuso de sustancia y estrés en los padres.

Uno de los factores que más se asocia en la literatura como factor parental en la formación de apego es el estilo de apego de la madre y/o cuidador, sin embargo estudios revisados no encuentran una relación significativa entre estos. Sí se mencionan que los modelos operativos internos de las madres, es decir, la reconstrucción de experiencias tempranas de apego, se relaciona con la sensibilidad parental, la representación materna

sobre el futuro hijo y sobre sí misma como madre (Quezada & Santelices, 2010). Otras dimensiones parentales asociadas al apego madre-hijo son la mutualidad, la sincronía, la actitud positiva, el apoyo emocional y el contenido emocional del discurso madre-hijo.

Debido a que estas experiencias tempranas van evolucionando en el transcurso de los años, se da cuenta de las inconsistencias encontradas al hablar de transmisión intergeneracional del apego. Dentro de los múltiples factores que se mencionan asociados a esta evolución se describe la psicopatología materna, la que se relaciona con desarrollo de apego inseguro madre-hijo. Ejemplo de lo anterior es estilo de apego preocupado en adulto y la presencia de trastorno de ansiedad. Se ha descrito que niños con apego no seguro generalmente tienen madres con cuadros como estrés y depresión, afectando la capacidad para darse cuenta de las necesidades del hijo y proveer el cuidado emocional requerido (Adams, 2005 citado por Quezada & Santelices, 2010). Las madres depresivas se muestran menos activas, más intrusivas, evitadoras de conflicto, hostiles, críticas y desorganizadas, asociado a la formación de un apego inseguro (Goodman, 1992 citado por Quezada & Santelices, 2010). En un estudio realizado en Chile, en el cual se evaluó a 72 díadas madre-hijo, se concluyó que está estrechamente relacionada la presencia de síntomas ansioso-depresivos en las madres y el apego inseguro de los bebés. También se presentó relacionado, aunque menos significativo, el ámbito de las relaciones interpersonales de la madre (amistad, familia, pareja, integración social, aceptación) y el apego inseguro de los bebés (Quezada & Santelices, 2010).

Otros autores han descrito otros aspectos parentales asociados a la formación de apego y que se relacionan con la transición hacia la paternidad, entendiendo este concepto como el período de ajuste una vez que nace un hijo a nivel de la pareja, pues se ha descrito una disminución de la satisfacción marital y un aumento del afecto negativo en parejas (Cowan, Cowan, Heming & Miller, 1991 citado por Quezada & Santelices, 2010).

En síntesis, no sería correcto plantear actualmente que la etiología de un apego inseguro y desorganizado se debe exclusivamente a las características del cuidador principal del bebé, pese a que sí hay consenso en que los padres son los principales generadores del estilo de apego en el niño. En este sentido, actualmente se consideran modelos integradores o ecológicos que enmarcan distintos niveles y factores contribuyentes, es decir, el proceso de parentalidad visto como un multiproceso (Lecannelier et al., 2011; Quezada & Santelices, 2010).

4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN APEGO

Desde que se realizaron las primeras investigaciones en apego, se ha concluido que la alteración de los vínculos afectivos durante la infancia, especialmente a lo largo del primer año de vida, genera repercusiones en el desarrollo de los niños. Es por este motivo que resulta fundamental realizar acciones de promoción y prevención desde muy temprana edad (Lecannelier et al., 2008; Peñafiel et al., 2003). El período en el que se denomina a una intervención como temprana es desde el embarazo hasta los 3 años de vida.

Los programas de intervención temprana pueden estar orientados a promocionar el desarrollo de un apego seguro así como a prevenir el apego inseguro y desorganizado. Paralelamente pretenden mejorar mediante una intervención el estilo de apego que exista actualmente entre el niño y su cuidador principal. Finalmente las intervenciones tempranas se pueden orientar a reparar las repercusiones asociadas a trastornos de apego. (Gómez et al., 2008).

Juffer, Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2005, citados por Gómez et al., 2008), realizaron una revisión de 70 estudios, con lo cual concluyeron que los programas de intervención temprana en apego se focalizan en los propios niños, en los padres o en ambos. Por otra parte, especifican que estas intervenciones tienden a orientarse a grupos con características especiales (minorías étnicas), grupos con características clínicas (trastornos o problemáticas de salud mental) y también en grupos con múltiples factores de riesgo (madres adolescentes). Asimismo, mencionan una gran variabilidad entre los programas de intervención en apego contemplados en su revisión, tanto desde el punto de vista de fundamentación teórica como práctica (diseño y método de la intervención). Otros autores (O'Connor & Zeanah, 2003, citado por Gómez et al., 2008) mencionan que la característica fundamental de este tipo de intervenciones es que se focalizan en la interacción padre-hijo, y la mayoría toman como principal variable a modificar la sensibilidad del progenitor.

La literatura especializada describe que las intervenciones en apego tienden a centrarse en al menos uno de las siguientes variables (Gómez et al. 2008; MINSAL, 2007):

a) Intervenciones dirigidas a estimular la sensibilidad o responsividad materna

Este tipo de intervención se basa en el concepto elaborado por Mary Ainsworth sobre la respuesta sensible o sensibilidad materna, el cual es definido como la habilidad desarrollada por los padres para percibir e interpretar de forma rápida y asertiva las señales y conductas, explícitas e implícitas, del infante. De esta manera, el objetivo de estas intervenciones es fomentar la calidad del vínculo entre la figura cuidadora principal y el infante por medio del aprendizaje y modelación de la sensibilidad materna (Gómez et al., 2008; Marrone, 2001).

Un aspecto elemental de la sensibilidad es la capacidad del cuidador para adaptarse al contexto y modificar su disposición a responder a las señales del infante. Una de las principales señales que el cuidador debe aprender a leer es la conducta de llanto, así como sus diversos tipos y significados (Gómez et al., 2008). La metodología empleada por este tipo de intervención se orienta a enseñar a los padres o cuidadores habilidades observacionales, para desarrollar su sistema perceptivo; generar acciones psicoeducativas sobre el desarrollo infantil; modelación conductual de los padres o cuidadores; refuerzo positivo de conductas de mayor sensibilidad y responsividad parental (Gómez et al., 2008).

Entre los diversos estudios publicados para corroborar con evidencia empírica la efectividad de la intervención temprana basada en el fortalecimiento del apego, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn y Juffer (2003; citados en Atención a la temprana Infancia [ATI], 2007) refieren que las intervenciones más efectivas son aquellas intervenciones breves, focales, concretas y orientadas al fomento de la sensibilidad materna.

- b) Intervenciones que se focalizan en el cambio de las representaciones mentales de apego o modelos operativos internos de los padres

La estabilidad de las interacciones entre el bebé y sus padres durante los primeros años irá formando paulatinamente una representación interna específica de dicha relación, la cual ejercería una influencia en la interacción del adulto con el bebé (Casullo & Fernández, 2005; Marrone, 2001).

Las representaciones se construyen a partir de la experiencia subjetiva de interacción con otra persona, ya sea real o imaginada. Las representaciones parentales no solo comprenden la experiencia de interacción con el bebé, sino que también considera

las fantasías, esperanzas, temores, sueños, recuerdos de la propia infancia, el propio modelo parental y además las profecías sobre el nuevo bebé. El objetivo de estas intervenciones es romper el ciclo de transmisión transgeneracional de las pautas de apego inseguro, así como también las situaciones traumáticas tempranas mediante la paulatina corrección de las representaciones mentales o modelos operativos internos de apego de los padres (Gómez et al., 2008).

c) Intervenciones dirigidas a aumentar y mejorar el apoyo social de los padres

Estas intervenciones están orientadas al establecimiento de redes de apoyo social, comunitario, legal y médico para familias que se encuentran en situación de alto riesgo y vulnerabilidad, es decir, busca favorecer la detección temprana de factores de riesgo social para el desarrollo infantil, como por ejemplo las situaciones de muy bajos ingresos económicos familiares, madres adolescentes, drogodependencia, marginación social, hacinamiento habitacional, entre otros, y focalizarse en la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato, por acción u omisión, al menor (Gómez et al., 2008).

d) Mejorar la salud mental y el bienestar de las madres

Estas intervenciones se basan en la evidencia de una alta correlación entre la sintomatología psiquiátrica de la madre (especialmente de Depresión Post-parto y/o Trastornos Ansiosos) con el desarrollo de apegos inseguros o patológicos en sus hijos (ATI, 2007).

El elemento transversal a estas intervenciones se orientan a fomentar una mayor comprensión y visualización de las características y necesidades del niño, lo que impactaría inevitablemente sobre la relación vincular con el cuidador primario, pudiendo

modificar el tipo de apego específico que ambos mantengan (Gómez et al., 2008). Pese a la efectividad y utilidad de las intervenciones, talleres psicoeducativos y psicoterapia, el abordaje de las problemáticas vinculares y relacionales de la infancia requiere articular estos esfuerzos con sistemas complementarios que realicen el monitoreo, seguimiento y apoyo a la mantención de los avances alcanzados, para prevenir recaídas o bien detectar la necesidad de aplicar una nueva intervención oportuna (Gómez et al., 2008).

III. OBJETIVOS E PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Explorar la experiencia personal de adolescentes embarazadas usuarias del sistema público de salud, en torno a la formación de apego madre-hijo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Explorar la experiencia personal de adolescentes embarazadas relacionadas al embarazo.
2. Explorar la experiencia de las adolescentes embarazadas, en relación con sus propias madres y/o figura materna.
3. Explorar en las proyecciones personales de las adolescentes embarazadas respecto al rol de madre.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la experiencia de adolescentes embarazadas en torno a aspectos relacionados a la formación del apego madre-hijo?



IV. METODOLOGÍA

1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para efectos de esta investigación, y debido a la naturaleza del problema que se investiga, se ha optado por elegir un diseño metodológico de orden cualitativo, debido a que éste posibilita una comprensión del problema desde la subjetividad de los propios sujetos, es decir, busca que desde ellos emerjan los significados, percepciones, intenciones, emociones, o acciones, según sea lo que se desee investigar (Hernández, Fernández, Baptista, 1998).

Este estudio se planteó desde un nivel exploratorio y descriptivo, pues se pretende obtener una aproximación inicial respecto al tema en cuestión, y a su vez, describir las características del mismo. El estudio se enmarca en un paradigma epistemológico y metodológico comprensivo-hermenéutico, pues sitúa su foco en lo particular y característico de lo estudiado, es decir, la experiencia de las adolescentes embarazadas, y no desde la aplicación del método científico, pues se busca enfatizar el carácter interpretativo de la acción humana, en consideración de quién lo vive, y de su contexto histórico, social y cultural, no independiente del investigador (Calventus, 2000).

2. PARTICIPANTES

- a) Población: mujeres adolescentes primigestas, en control de salud en el servicio público de salud de la Región Metropolitana.
- b) Muestra: la constituyen aquellas mujeres adolescentes primigestas entre 15 y 19 años de edad que se encontraban, al momento de la entrevista, en control de

salud por el embarazo en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, específicamente en la comuna de Talagante. Se eligió este servicio de salud por un criterio de densidad poblacional debido a que en este servicio es donde se encuentra la mayor cantidad de adolescentes en atención de la Región Metropolitana, a partir de los datos estadísticos recabados (Servicio de Salud Metropolitano Occidente [SSMOC], 2012). Por otra parte, la muestra fue conformada por aquellas adolescentes que accedieron voluntariamente a participar de la investigación, tras la autorización de alguno de sus padres por escrito (ANEXO 1). Finalmente se puede decir que la posibilidad de acceder por parte de la investigadora a centros de salud o educación en donde se encontraran adolescentes embarazadas, también fue un aspecto determinante en la configuración de la muestra. En este sentido, la muestra es de carácter intencionada, ya que no se depende de un procedimiento probabilístico, sino más bien de causas relacionadas con las características del investigador, lo cual es propio de los estudios cualitativos (Hernández et al., 1998).

c) Criterios de inclusión de la muestra:

1. Edad: las mujeres deben tener entre 15 y 19 años de edad, al momento de la entrevista. Se elige este rango de edad por un criterio de densidad poblacional de embarazo adolescente, en donde, de acuerdo a las cifras expuestas en el marco teórico, el mayor porcentaje de embarazos adolescentes se presenta en estas edades (cfr, p. xxiv).
2. Edad gestacional: las mujeres deben encontrarse al momento de la entrevista en el segundo o tercer trimestre de embarazo.

3. Regularidad en los controles: las mujeres deben haber mantenido control de salud regular durante el embarazo en el consultorio, de acuerdo a lo informado por ellas al inicio de la entrevista.

d) Criterios de exclusión de la muestra:

1. Antecedentes del embarazo: según antecedentes recabados al inicio de la entrevista, se excluirán aquellas mujeres que presenten un diagnóstico perinatal adverso.

- e) Tamaño muestral: en base a los criterios de inclusión y exclusión mencionados, la cantidad de mujeres adolescentes primigestas entrevistadas se determinó según el criterio de saturación de contenidos. Este procedimiento implica no definir un tamaño de la muestra a partir de cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, es decir, hasta cuando el dato adicional que se recolecta, no agrega información significativa a lo que ya se tiene. De acuerdo los planteamientos de la Teoría Fundamentada, que corresponde al marco metodológico elegido para esta investigación, el proceso de obtener información consistió en ir al campo de observación para obtener datos y analizarlos, luego acudir nuevamente al campo, obtener nuevos datos y analizarlos, hasta que la categoría de información se consideró saturada (Strauss y Corbin, 2002). En este caso esto ocurrió con la entrevistada número siete.

3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se trabajó en base a entrevistas semi-estructuradas. La entrevista de investigación social es una técnica de investigación que busca favorecer la producción de un tipo de discurso respecto al tema de investigación y, que va más allá del proceso de recogida y

organización de una información determinada, pues pretende la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo. Específicamente, las entrevistas semiestructuradas se basan en formulaciones o preguntas relacionadas al área a investigar y definidas previamente por el investigador, quien podrá, según su evaluación al momento de la entrevista misma, realizar nuevas preguntas, con el fin de alcanzar mayores niveles de profundización o exploración (Hernández et al., 1998).

Según Strauss y Corbin (2002) se pueden distinguir 4 tipos de preguntas:

- a) Preguntas sensibilizadoras: buscan que el investigador sintonice con lo que los datos pueden estar indicando.
- b) Preguntas teóricas: son formulaciones que buscan conocer más respecto al fenómeno investigado, por ejemplo al preguntar respecto a variaciones, relaciones entre los conceptos.
- c) Preguntas de naturaleza práctica y estructurada: se orientan a formulaciones respecto a organizar y guiar la investigación misma.
- d) Preguntas guía: son preguntas que orientan respecto al proceso de conocer el fenómeno estudiado.

De acuerdo al objetivo de la investigación, la elección de la técnica de entrevista semiestructurada se basa en que posibilitaría profundizar respecto a temáticas que aparezcan en la entrevista misma, lo cual concuerda con el nivel exploratorio de la investigación, sin dejar de lado ejes temáticos centrales a abordar en torno a la formación del apego. En este sentido el diseño de la entrevista contempló la elaboración cinco preguntas, las que fueron diseñadas de modo de responder a los objetivos de la investigación, los cuales buscan explorar la experiencia de las adolescentes embarazadas en torno a la formación del apego madre e hijo, en consideración de los antecedentes

expuestos en el marco teórico de esta investigación. En el ANEXO 2 se presenta el formato de entrevista empleado.

Estas preguntas corresponden a preguntas sensibilizadoras, teóricas y de guía, según la clasificación de Strauss y Corbin. A continuación (TABLA N° 2) se presentan las preguntas que forman parte del diseño de la entrevista semiestructurada, con el objetivo específico que le corresponde.

TABLA N° 2. PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PREGUNTA	OBJETIVO
1. ¿Qué ha significado para ti el estar embarazada? Pregunta de apoyo: ¿Qué ha sido lo más difícil?	Explorar la experiencia de embarazo en mujeres adolescentes primigestas, con el objetivo de indagar respecto al sentido y vivencia del proceso, así como a las necesidades y problemas percibidos por ellas.
2. ¿Cuáles son las principales preocupaciones que tienes este último tiempo? Pregunta de apoyo: ¿Hay algo que te preocupe de más adelante?	Explorar la experiencia de embarazo en mujeres adolescentes primigestas con el objetivo de conocer sus preocupaciones asociadas al embarazo y otros ámbitos de la vida de la adolescente embarazada, de modo de explorar respecto a las principales áreas de estrés y conflicto actuales (y futuras)
3. ¿Cómo crees tú que va a ser el ser madre?	Explorar respecto cómo proyecta su rol de madre, una vez que haya nacido el bebé, con el fin de conocer las expectativas, creencias, estereotipos, entre otros.
4. ¿Qué es para ti ser una buena madre?	Explorar los aspectos centrales relacionados a una maternidad positiva en mujeres adolescentes primigestas.
5. ¿Cómo describirías la relación de tu mamá (o cuidador) contigo? Pregunta de apoyo: ¿Cómo eran las expresiones de afecto hacia ti de parte de tu madre (o cuidador de rol materno)?	Explorar respecto a la vivencia como hija en relación con su propia madre o figura materna.

4. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

El estudio tomará como marco teórico-metodológico de referencia la Teoría Fundamentada, a partir de la cual el análisis del texto se llevo a cabo a través de procesos de segmentación, agrupación, categorización, así como de búsqueda de relaciones entre las categorías. Es un método de investigación en el que la teoría emerge de los datos, pues se puede descubrir aquellos aspectos que son relevantes de una determinada área de estudio. El procedimiento empleado es que a partir de la inducción, genera una teoría explicativa del fenómeno estudiado, pues emergen significados a partir de los datos, no desde supuestos a priori contribuyendo a responder en relación a qué está ocurriendo y por qué (Straus y Corbin, 2002).

El análisis de los datos (texto) consiste en llevar a cabo un sistema de codificación y descubrimiento de categorías con su desarrollo e integración alrededor de categorías centrales. En este sentido, se trabajó con categorías emergentes, pues no se utilizaron categorías previamente existentes, sino que éstas fueron construidas a partir de la información recabada en las entrevistas. La técnica empleada es el análisis de contenido, específicamente el análisis interpretativo de contenido o análisis estructural, que es un proceso que consiste en recibir de las entrevistas datos no estructurados para posteriormente, y luego de un análisis, otorgarles una estructura. Se elige esta técnica por ser la más idónea desde el enfoque teórico metodológico para esta investigación (Calventus, 2000). Los datos en este caso son los relatos de las adolescentes.

El análisis de datos comenzó una vez que se llevaron a cabo las primeras entrevistas a través del proceso de Codificación. Este proceso comprende tres etapas que se dan en forma paralela: Codificación Abierta, Codificación Axial y Codificación Selectiva.

La primera etapa correspondiente a la Codificación Abierta, la cual se entiende como el primer proceso analítico de los datos, los cuales se descomponen en partes discretas, comparándolas en términos de similitudes y diferencias, para agrupar a aquellos similares bajo conceptos más abstractos, los que a su vez también se reúnen en categorías aún más abstractas. En la presente investigación, las categorías conceptualizadas en las primeras entrevistas fueron contrastadas con la información emergente del análisis de nuevas entrevistas, es decir, a partir de un proceso de comparación permanente durante la totalidad del proceso de recolección de datos, se fueron generando las categorías significativas de los datos.

Una vez que en el análisis de las entrevistas no se presentaron nuevos datos emergentes, se utilizó el método de saturación teórica, con lo que completó así la muestra para la investigación.

La fase de Codificación Axial comenzó una vez que se produjo la saturación teórica. Según Strauss y Corbin (2002) este proceso consiste en relacionar las categorías a subcategorías, es decir, implica una reagrupación según las dimensiones y propiedades de las categorías sintetizadas en la codificación abierta. Se entiende por dimensiones, a las variaciones de una categoría, y por propiedades, a las características o atributos de una categoría. En consideración a este procedimiento, en el análisis de los datos para el presente estudio, se fueron asociando las categorías de modo de ordenarlas en torno a preguntas como cuándo, por qué, quién, cómo, con qué consecuencias, entre otros aspectos, con el objeto de darles profundidad y estructuración. Respecto a la tercera etapa, Codificación Selectiva, a través de la cual se busca integrar y refinar las categorías, de modo de formar un esquema teórico mayor (Strauss y Corbin, 2002). En el análisis de la investigación, ésta se basó en un proceso de análisis final de los datos ya categorizados, logrando que éstos confluyan del modo en que se presentan en el capítulo siguiente (Resultados).

V. RESULTADOS

A partir del análisis de las entrevistas a las embarazadas adolescentes, se realizó un procedimiento que buscó agrupar en categorías las principales temáticas expuestas por las entrevistadas.

Para efectos del análisis de los resultados, éstos se presentarán agrupados en cinco categorías centrales en torno al embarazo adolescente. Estas categorías son: experiencias de las adolescentes en relación a sí mismas respecto de su embarazo, preocupaciones y temores de las adolescentes asociadas al embarazo, experiencias de las adolescentes en relación a los otros respecto de su embarazo, proyecciones de las adolescentes embarazadas respecto al ser madre, y experiencia de las adolescentes embarazadas respecto a sus propias madres. Cada una de estas contiene subcategorías que le dan un sentido final al estudio.

1. EXPERIENCIAS DE LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN A SÍ MISMAS RESPECTO DE SU EMBARAZO

Aceptación propia del embarazo

Las entrevistadas relatan aceptar actualmente su embarazo, pero hacen énfasis en que al principio del proceso hubo un período de dificultad en el ajuste personal respecto al embarazo.

“Al comienzo era diferente, no sé no me imaginaba con mi guagua... Me siento bien, no sé, quiero que nazca pronto, no sé dicen que es lindo ser mamá” (2)

“Igual es cuático, porque igual uno, como yo me cuidaba no me lo esperaba, o sea, o sea, igual me costó como aceptarlo” (7)

“Al principio complicado, no, o sea, no me puse contenta, no quería, no estaba, no lo había asumido, y ahora un poco más, o sea igual me hice la idea de que iba a ser lindo y todo” (6)

“No sé, yo decía qué hice, no sé, eee y después cuando vimos la primera eco, oh, fue tan emocionante” (4)

“Yo lo acepté por mi parte, mi familia también lo aceptó, y yo igual estoy contenta porque al principio no lo esperaba y nada de eso, pero es cosa de aceptarlo y ver las cosas, porque al fin y al cabo un niño no te va a quitar ni libertad ni nada de eso, porque al final va a ser tu hijo” (7)

En las entrevistas se presentan algunos factores internos relacionados a la dificultad en el ajuste inicial del proceso de aceptación que verbalizan actualmente. Específicamente mencionan los costos personales asociados al embarazo, como cambios en el estilo de vida y malestares físicos.

“Sentía que mi vida ya no existiera, que todo lo que yo quería ya no era más, ahora ya era todo distinto, y aparte no me sentía bien, vomitaba todo, baje mucho de peso, pero ahora bien, estoy contenta, bien” (6)

“Es lindo ser mamá, pero a mi edad igual es fome porque no he terminado mi estudio, no trabajo tampoco, entonces igual cuesta” (3)

Por otra parte, aparecen factores relacionados a cómo el apoyo externo, principalmente de la familia y el colegio, se relacionó con la aceptación propia del embarazo.

“Igual lo tengo asumido, por una parte es como obvio ya, pero así al principio no lo asumía mucho yo, pero mi mamá empezó a hablar conmigo y me decía que lo tenía que asumir y ahí cuando ya asumí eso empezó a crecer la guata así de repente” (7)

“De principio fue fuerte, pensar que estaba embarazada... pero de a poco uno se va dando cuenta que las cosas a veces no son tan terribles, porque si uno tiene el apoyo de todos, no es tan terrible, sola es terrible, pero con apoyo no po” (4)

“No fue que no lo haya aceptado [madre], sino que ella nunca pensó de mi tan chiquitita, para ella, que iba a quedar embarazada, me dijo que no era que ella no lo iba a aceptar, sino que al contrario era como una bendición de Dios lo que venía, y ahí como que me relajé” (3)

“Ha sido lindo igual, si porque igual he tenido el apoyo de mi familia y me han ayudado, en el colegio igual... a que yo no me sienta discriminada, que me miren mal por estar en esta situación” (2)

“Ha sido lindo porque al final tuve el apoyo de toda mi familia, pero cuando le conté a mi papá igual fue difícil ... cuando se lo conté tenía miedo, pero ya cuando se lo dijimos y él dijo yo sabía, y no me retó, y al contrario me abrazó y todo eso, ahí como que yo me alivié” (3)

“Ahora me lo he vivido bien, después de que ya pasé el susto, ya me lo vivo bien porque una tengo el apoyo del colegio y del curso, y lo tengo de mi familia y además de mi pareja” (3)

Vivencias de soledad e incomprensión

Si bien se presenta en todas las jóvenes una percepción de apoyo desde los entornos hacia ellas, aparecen también vivencias de soledad y baja comprensión respecto a sus necesidades y deberes actuales, tanto escolares como sociales.

“Es que también tengo mucha presión de la gente, que tengo que estudiar, estudiar” (6)

“Él [pololo] tiene donde nos vamos y todo eso, pero yo no me quiero ir con él, ese es el problema, y mi casa no es tan grande, y me dice pero cómo vas a colocar esta cosa aquí, que la cama, que esto otro, entonces quiere que me vaya con él y todo eso, entonces uno nunca debe dejar a la familia por otra persona” (7)

“Cuando uno se siente sola, embarazada, está lleno de gente, pero igual uno se siente sola, porque las personas no entienden lo que uno está pasando, se dan el derecho de criticar y criticar, pero no se ponen en el lugar, el otro día yo le decía a mi mamá “pero mamá tu ya pasaste por eso”, “no pero es que ahora las cosas son distintas y no se que y no se que”, entonces uno se siente sola” (6)

Percepción de cambios personales

Esta categoría se refiere a la percepción de cambios personales a nivel físico, emocional y social asociadas al embarazo.

"Me siento incómoda así, cuando me dicen algo yo me enojo, o me dicen hola y me tocan la guatita, no me gusta, nunca he sido así, entonces no estoy acostumbrada a eso"
(1)

"Estar así guatona, no sé, me siento más cansada que antes y no sé, me cuesta hacer algunas cosas, como agacharme, subir la escalera, me canso y la ropa no me queda buena" (2)

"Ahora bien, pero igual cansada, porque cuando yo, los primeros meses no tenía guatita nada en cambio ahora me salió y tengo que mandarme los medio piques pa adentro y después de vuelta y a veces hace una calor que igual cansa, además en mi casa hay segundo piso y entre subir la escalera me canso ahora y como respiro por la boca, más me cuesta" (3)

"A mí no me dan ganas de salir, porque no comparto lo mismo que la gente de ahí, porque al final salen, toman y están todos curados y yo estoy lúcida, y me aburro, o se ponen a fumar y me molesta el olor del cigarro, entonces ya no quiero salir... yo igual antes de estar embarazada era buena pa salir y carretear y eso y ahora fue todo un cambio... a veces igual tengo esto de deprimirme cuando llegan los viernes y los sábados, y no estoy con nadie, y están todos carreteando y yo estoy sola, esas cosas me deprimen, pero, y mi mamá me dice "eso un proceso", y ahora trato de asumirlo bien, porque igual estuve bien mal al principio no tenía ganas, porque me bajoneaba mucho, entonces no tenía ganas de comer, no tenía ganas de hacer nada" (6)

"Más o menos, porque lo que pasa es que donde me mareo en la micro, entonces no llego muy bien acá, en el trayecto, entonces me mareo hasta vomitar, los olores" (5)

“Que a veces por ejemplo, no sé estoy cansada y no quiero escuchar a nadie, y no quiero tanto rato que esté todo “embarazo, embarazo”, uno quiere hacer su vida normal no más, o a veces grito y mi mamá “la guagua, la guagua”, entonces no puedo hacer nada, igual uno pierda la identidad un poco, embarazada” (6)

“En la forma de pensar, antes como que todo me daba la mismo, y ahora no, como que tengo una preocupación bien grande, por la responsabilidad que tengo” (2)

“Ahora las cosas que me dicen me dan al tiro pena, antes me daba lo mismo y me ponía a pelear con todos, pero ahora me da pena al tiro” (6)

“Si antes no me gustaba levantarme temprano, ahora menos, y a veces estoy aquí y pasan cosas desagradables, siento olores y esas cosas, y na, me tengo que quedar y aguantar, no van a estar mis compañeras no echándose colonia por mi” (6)

“No encuentro cómo ponerme, me doy vueltas, si me pongo de espalda me ahogo” (1)

2. PREOCUPACIONES Y TEMORES DE LAS ADOLESCENTES ASOCIADAS AL EMBARAZO

Preocupaciones respecto al quehacer escolar

En las distintas entrevistas se observa una preocupación por parte de las jóvenes respecto a las demandas escolares que perciben y a cómo responderán a estas demandas.

“Es que yo estoy embarazada, pero me va a costar el estudio, porque tengo que entregar trabajos igual antes, entonces, tengo que ponerme las pilas de entregar los de ahora y lo de después” (3)

“Ahora me complica sí el tema del colegio ... ya no me dan las fuerzas para levantarme, no duermo en la noche, estoy cansada” (1)

“No tengo papá, o sea no tengo el apoyo de mi papá, tengo sólo el apoyo de ella [madre], por eso yo digo tengo que sacar los estudios” (7)

“O sea yo creo que la mayor preocupación que tuve fue el colegio, porque igual estoy en tercero medio, estoy estudiando todavía, aparte es un colegio técnico, no es como los otros, yo me voy ahora en junio y no vuelvo ya hasta este otro año y si no me va bien ahora ni en el segundo puedo quedar repitiendo” (7)

Por otra parte también se presentan preocupaciones respecto a cómo podrán responder a las futuras demandas escolares una vez que ya sean madres.

“Mi papá va a venir a hablar para ver si voy a poder entrar otro mes más tarde, pero me da miedo saber cuándo voy a tener que entrar, porque a lo mejor me van a decir tiene que entrar en marzo y cómo lo voy a dejar tan chiquitito, porque me da miedo dejarlo en sala cuna” (3)

“El tema de mi práctica, porque yo entro en marzo a hacer la práctica y el niño va a estar, va a tener 2 meses, y eso me preocupa, porque tan chiquitito, y dejarlo con mi mamá, yo sé que nadie me lo va a cuidar mejor que mi mamá, pero dejarlo chiquitito, eso me da cosa” (4)

Temores y preocupaciones asociados al parto

En las entrevistadas se presenta temores asociados al momento del parto en relación al bienestar de salud de sí mismas y al bebé.

“El momento del parto, me da miedo, no sé, que me vaya a pasar algo a mi o al bebé, es que ahora últimamente he tenido problemas con la presión y con la glicemia, y entonces el doctor me dijo que podía tener algunas complicaciones durante el parto, y eso me da miedo” (1)

“Nervio no más de que todo salga bien en el parto” (4)

“Cuando llegue el momento de ya que me lleguen las contracciones cosas así, cuando tenga que estar en el parto... me da miedo, porque no voy a saber, mis compañeras me han dicho que el parto normal es así y la cesárea es así, entonces yo digo qué voy a tener yo, si parto normal o cesárea, entonces no voy a saber qué hacer, no sé” (3)

“Yo creo que son las contracciones porque dicen que es lo que más duele, y las inyecciones, no me gustan las inyecciones, pero no, nada más” (5)

Las entrevistadas aluden aspectos que contribuyen y otros que no respecto al manejo propio de estas preocupaciones y temores. En este sentido algunas manifiestan haber recibido información respecto al proceso del parto y otras no; haber recibido información de personas cercanas como madre o amigas que ya han vivido embarazos; e ideas propias respecto a ese momento.

“Uno siempre se pasa películas de que algo va a salir mal, que el niño está mal... no sé, que venga con el cordón en el cuello, yo siempre me paso rollos, que me va a costar tenerlo, eso” (4)

“Me llevaron al hospital a conocer cómo es la maternidad, y fui con mi pololo y me mostraron desde que uno llega al hospital hasta cuando uno está hospitalizada, aprendimos hartas cosas, dónde está la sala de parto, cómo es la cama” (2)

“Me han dicho que cuando me den las contracciones me tengo que ir al hospital, y esperar hasta el último, y ahí ver que pasa, y mejorarme, que nazca, que nazca luego” (5)

“Es que tampoco me dejan nada claro” (1)

“Lo que me preocupa es cómo va a ser el momento en el que vaya a mejorarme, tengo miedo, porque nunca he estado en hospital, entonces no sé” (5)

“Hablo con mi mamá, los más cercanos, y me dicen quédate tranquila, va a salir todo bien, y na eso me deja tranquila” (4)

“Lo imagino, no sé, cómo va a ser, irá a doler mucho, no sé” (5)

Temores y preocupaciones asociadas a la salud del hijo en gestación

Algunas entrevistadas manifiestan su preocupación y temor respecto al estado de salud del bebé en gestación.

“Que vengan mal, no sé, por ejemplo a mi me dijeron que me tenían que hacer una ecografía a las doce semanas, y me la hice a las quince, y en esas doce semanas detectaban si eran síndrome de down, y yo no pude hacérmela, entonces eso me preocupaba, y yo decía oh si es síndrome de down, no sé, no pero, que si es así hay que asumirlo también, cierto, uno se preocupa tanto, no sé” (4)

“Lo que me preocupa es que yo me hice una ecografía y salía todo bien, pero igual yo quiero hacerme otra que pueda ver bien, porque igual yo por ejemplo yo estuve con mi pololo y después fui al ginecólogo y le conté, y me tomé la pastilla del día después y pero no me hizo nada, y después como yo vi que na, no pasaba nada, seguí carreteando y tomé hartas veces, entonces eso me da miedo que eso pueda haberle afectado... Yo siempre le digo a mi mamá la guagua no es mía hasta que yo no lo tenga en mis brazos, porque uno nunca sabe lo que pueda pasar, yo tengo dos primos con hijos con síndrome de down, y mi prima supieron que era síndrome de down recién cuando nació, entonces tampoco me gustaría, porque si yo tengo un hijo así no me importa porque me encantan, no me afectaría, pero creo que es mejor si te avisaran antes para prepararte, porque igual es difícil, porque uno espera que tu hijo nazca bien y sano, entonces si tengo al bebé y me dicen tiene esto o lo otro, y nunca me avisaron antes no sé, eso me afecta” (6)

3. EXPERIENCIAS DE LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN A LOS OTROS RESPECTO DE SU EMBARAZO

Aceptación del embarazo por el entorno

Otra tema presente en las entrevistas es la percepción de las jóvenes respecto a cómo ha sido el proceso de aceptación de los entornos más significativos para ellas (familia nuclear, pareja, colegio) respecto al embarazo.

Se presenta una tendencia a haber percibido en un primer momento un rechazo al embarazo por parte de la familia nuclear.

“Es que mi papá no lo tomó bien, pero igual me apoya eso sí, es que no lo esperaba de mi po, pero después no, todo bien” (5)

“Ahora es más, hasta los dos meses nadie me hablaba, porque estaban todos enojados... y del único que tenía el apoyo desde el principio era mi abuelo, pero de los demás nadie me hablaba, cuando me hice la primera ecografía me empezaron a hablar” (1)

“Cuando nos hicimos el test de embarazo, estábamos con mi pololo y salió positivo, después, oh, nosotros no lo podíamos creer, nos pusimos a llorar y todo, y después al mismo día le avise a mi mamá que estaba embarazada, y quedó la escoba... se lo tomó feo, y no sé, se pasó mil rollos, y decía no sé, me decía pero estás segura que querías ser mamá, yo le decía que sí po, por último no sé te hacemos un remedio y solucionamos esto, pero siempre le dije que no, las mamás siempre reaccionan así, siempre. Mi papá ese mismo día también supo, mi mamá le contó, pero eso fue más terrible todavía, porque mi papá es más aprensivo conmigo, si yo soy la menor, y me decía te hacemos un remedio para que esto se acabe, no yo le decía siempre no” (4)

“No querían ver a mi pololo durante como un mes en mi casa, no, no querían nada con él, pero mi papá se dio cuenta que ser así también está malo, porque como no va a querer escuchar a la otra persona también, y de a poco fueron cediendo como cuando tenía tres meses, ahí empezaron como recién a darse cuenta que ellos también tienen que dar su brazo a torcer, y ahí fueron tomando el embarazo bien, si hasta el día de hoy que está todo bien” (4)

Algunas de las entrevistadas mencionan la presencia de creencias previas a la develación del embarazo en relación a cómo reaccionarían su familia, pareja y colegio, las cuales no fueron confirmadas al momento en que se lo comunicaron.

“Fue difícil porque yo pensé que me iban a retar mis papás y mi pololo también pensé que no iba a estar conmigo... Primero le dije a mi pololo y él le contó a mi mamá, y mi mamá se puso a llorar... porque no se lo esperaba y de ahí le contó a mi papá y lo tomó bien, menos mal que no se enojó tanto” (2)

“Yo pensé que no me iban a dar el apoyo que me están dando” (3)

“Yo pensaba que aquí eran diferentes con el tema de embarazo, colegio de monja, yo pensaba que era más estricto, pero bien, se lo han tomado bien” (1)

“Preocupación de qué me iban a decir en mi familia o en el colegio, no sabía como, no sé po, a lo mejor ellos iban a tener otra opinión, no sé, pensé que me iban a decir que no iba a poder terminar estudio, pensé que el colegio no me iba a dar el apoyo, pero al contrario me lo dio” (3)

“Cuando dije que estaba embarazada fue el único que me dijo mi hijita no te preocupes, yo no me lo esperaba, nunca dice nada, yo me sentí bien” (1)

Percepción de cambios del entorno hacia ellas

Las entrevistadas manifiestan percibir cambios en la forma de relacionarse de sus familias hacia ellas posterior al embarazo.

Algunos de estos cambios son descritos como beneficiosos o positivos.

“Lo mejor es que me regalonean harto, están todos preocupados por mi, por cómo me siento, si necesito algo, eso (2)

“Mi hermana se apego más a mí, y mi hermano no, él se enoja porque lo pescaron menos a él, él era el regalón” (1)

“Siento que se preocupan de mi” (5)

“En la forma de relacionarme con mi hermana, con mi mamá, nos llevamos mejor ahora” (2)

Aparecen otros cambios que son vividos como negativos

“Ha sido complicado, antes era como una más en la casa, ahora están todos al pendiente de mi... y yo que me he puesto más pesada” (1)

“Por ejemplo lo que más me ha afectado es que de repente uno, no sé, llamaban por teléfono siempre y ahora no tengo a nadie, nadie me llama, ningún amigo, porque pa que la vamos a llamar si está embarazada, entonces todos siguen su vida y se olvidan que uno está ahí, o de repente lo más básico que es por ejemplo, uno está en facebook conectada y es como, más fácil que llamar por teléfono, y ni siquiera de esa forma son capaces de decir “hola, como estas”, nada, eso más que nada, que me he sentido sola en ese sentido, que antes tenía muchos amigos y ahora no están” (6)

Percepción de apoyo del entorno

Las entrevistadas manifiestan percibir apoyo de parte de los entornos más significativos para ellas como familia, pareja y colegio.

“Que me han ayudado con las notas y los trabajos, no me lo imaginaba así al principio” (2)

“No me han dejado sola... desde que ellos supieron que yo estaba embarazada, a las 3 semanas de embarazo” (2)

“Todos me han apoyado, es algo sincero, me siento bien con eso” (1)

“Sé que he tenido el apoyo de mi papá y de mi mamá” (3)

Percepción de involucramiento de la pareja respecto al embarazo

Aparecen en las entrevistadas vivencias respecto a sus parejas de compromiso, aceptación y apoyo respecto al embarazo.

“Baboso, deberían ponerle un babero a él, no es como los niños que se corren o que no están listos para una paternidad. Ahora está trabajando y estudiando, obvio, porque no quiere que me mejore en un hospital, le quiere dar lo mejor a su hijo, entonces eso es lo bueno, ha sido todo bien” (4)

“A él lo he visto como más atento, él antes no trabajaba, estudiaba, todo se lo daban, él lo pedía y se lo daban, ahora trabaja, tiene una familia por decirlo, pero no, nada que decir” (5)

“Yo creo que va a ser lindo, porque igual está emocionado con que nazca pronto... No creo que tenga preocupaciones, porque está bien está contento” (2)

“De mi pololo, él estaba contento igual que va a tener un hijo, y me ha apoyado en todo, en estar conmigo, en no dejarme sola” (2)

“Bien, súper bien. El se hizo cargo, eso es lo importante, y no sé po, está chocho con la guagua” (4)

Percepción de cambios en el ser pareja

Se describen algunos cambios percibidos por las entrevistadas respecto a la relación de pareja previa al embarazo. En algunos casos estos cambios son descritos como positivos y en otros no.

“He visto cambios en él, porque nosotros antes pasábamos peleando por cosas mínimas, en cambio ahora no, ahora cuando hay una discusión, me dice ya no quiero seguir discutiendo porque no viene al caso o estamos peleando por puras cosas q na que ver, y otra que antes él pasaba más metido en la cancha jugando a la pelota que estar conmigo, en cambio ahora pasa más conmigo que jugando en la cancha” (3)

“Esto nos unió más, antes peleábamos por cualquier tontera, como que esto nos unió más, ahora ya no peleamos, tenemos nuestro espacio, celos nada, todo mejor” (4)

“Él está feliz, pero por mi parte a veces no me dan ganas que me vaya a ver, no quiero estar con nadie, y después se va y lo echo de menos, incluso al principio le tomé rechazo, como que no lo quería ver, pero después no... A mi me gustaría que estuviera más, pero no está; él trabaja y llega tarde o va los puros fines de semana, entonces cuando yo quiero que vaya a una ecografía no puede, por eso la distancia” (1)

“Como tenía cambios de ánimo andaba enojada, y tenía problemas con mi pololo, como que no me aguantaba, ahora ha cambiado un poco, pero igual le cuesta” (6)

“Como que a veces quiere que salgamos en la noche y a mí no me dan ganas de salir, porque no comparto lo mismo que la gente de ahí, porque al final salen, toman y están todos curados y yo estoy lúcida, y me aburro... pero yo no le digo a él que no salga, si me da lo mismo que salga... O mi pololo como lo voy a entender, tú vas a clases dos veces a la semana, en la tarde va como dos horas y no anda trabajando, hace su vida normal, y yo he tenido que cambiar toda mi vida, y yo le pido a él que me entienda y él me dice “no, no, tú estás embarazada, entiéndeme tu” y ahí tenemos problemas, eso” (6)

Preocupación respecto al quehacer escolar

También aparece una preocupación por parte de la familia respecto al ámbito escolar, específicamente a la continuidad de los estudios por parte de las jóvenes.

“Que debo seguir adelante, no dejar el colegio, porque debo ser alguien en la vida, tener una profesión, porque o si no no voy a ser nada” (2)

“Que igual tienen razón, porque yo si me postergo después no voy a querer hacer la práctica, me voy a quedar ahí” (4)

“Mi mamá me dice tení que terminar los estudios, igual está súper ilusionada porque igual venir a estudiar acá es harto pique, entonces igual uno piensa y digo yo no puedo defraudar así a mi mamá, aparte sola, no tengo papá, o sea no tengo el apoyo de mi papá, tengo sólo el apoyo de ella, por eso yo digo tengo que sacar los estudios” (7)

4. PROYECCIONES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS RESPECTO AL SER MADRE

Temores y preocupaciones respecto a los cuidados del bebé

Las entrevistadas manifiestan diversos temores y preocupaciones respecto a los cuidados futuros del hijo que se está gestando.

“No sé, me da cosa, no sé, que se me vaya a caer, es que cuando mi hermana estaba chica se me cayó de los brazos y le agarre miedo, no le pasó nada, pero me da miedo... Yo veo a mi mamá como lo hace con mis hermanos, pero me pongo nerviosa de imaginármelo yo haciéndolo, no sé me da cosa, me da miedo cuando tomé a mi hermano al año, cuando pasen las cosas, según la situación, ahí veré” (1).

“No sé, como cuando llore, no voy a saber qué hacer, va a ser tan chico que no voy a saber qué es lo que siente o no sé, eso” (2)

“Yo encuentro que no voy a saber qué hacer cuando él empiece a llorar o cuando tenga fiebre o cosas así, no me he imaginado eso... en algunas cosas voy a saber lo que pasó mi hermano y voy a saber qué hacer cuando pase lo mismo... me han dicho que si yo necesito algo que les diga” (3)

“Yo creo que como, es que los bebés son tan delicados, me dan nervios, si en la noche tiene reflujo, como cuidarlo, como los cuidados más importantes de un bebé, me da miedo darme vuelta y ahogarlo, o que se ahogue, eso, porque aquí [colegio] nos enseñan a mudarlo, pero me da miedo aplastarlo” (6)

Algunas de ellas manifiestan sentirse más tranquilas respecto a los cuidados del bebé debido a la experiencia personal de aprendizajes respecto a los cuidados de los bebés

“Mi hermana tiene un hijo que tiene 2 semanas recién, si hace poquito tuvo un hijo, y como que ella me ha dado lecciones, como que de ella aprendo, entonces por eso como que no me siento tan perdida en el tema de un bebé, porque yo sé lo que tengo que hacer, entonces por eso con la práctica uno ve y ahí sabe lo que tiene que hacer, por eso no me siento tan urgida en ese sentido... Yo no sabía nada de guagua po, si ahora mi sobrino se está atorando hay que pegarle en la espalda, le sacai los chanchitos” (4)

“Bien porque antes yo lo vivía con mi hermano, pero ahora lo voy a vivir con mi hijo... entonces igual va a ser lindo... yo encuentro que voy a ser una buena madre, que lo voy a regalonear harto” (3)

Expectativas propias asociadas al ser madre

Las embarazadas reportan expectativas respecto al ser madre.

“Quiero ser una buena mamá” (1)

“No sé, lindo, que uno como que uno puede sentir que de verdad tengo algo mío, entonces como que cuando pasen los años, salgamos, entretenido” (6)

“No me lo veo así como tan fácil tampoco, pero no va a costar po... Es que como va a ser la primera guagua no sé cómo va a ser, entonces llevarlo a los controles, todo eso” (5)

“Difícil, porque la vida no es igual estando sola a tener una responsabilidad más grande” (2)

“Como dice un comercial caóticamente hermoso (rie), difícil porque estar pendiente de una guagua que llora y llora, pero hermoso a la vez, porque es una vida, algo que tu creaste” (4)

“Mi amiga a veces sale y lo deja con la abuela o algo así, así no me gustaría ser, porque yo también soy buena para carretar, pero por ejemplo un día la hija le dijo mamá no salgas, veamos películas, yo me quedo con mi hijo sin pensarlo y no salgo, ella no, salió igual, me partió el corazón, además yo soy súper querendona con los niños, no creo que lo haría mal, pero no creo que lo haría así perfecto, pero sí creo que sería buena” (6)

“Rara yo creo, no sé, cómo que va a ser diferente, yo tampoco me imaginaba estar así tan chica” (2)

“Siempre me imagino cuando tenga dieciséis o diecisiete años, y me diga mamá puedo salir voy a estar en la casa de alguien, pero yo sabría que no va a estar en la casa de alguien, porque yo estaba en cualquier lado, en el bosque, o en el puente, menos en la casa de alguien, entonces pensar las cosas que yo pasé en la calle, imaginar que mi hijo también va a pasar por esas cosas, ahí me complica, como que con qué cara le voy a decir que no, pero tampoco le voy a decir que sí, dame el número de la casa, la dirección, o decirle ya pero con cuidado, yo creo que esa igual es una ventaja buena, yo no estoy orgullosa de la vida bohemia que llevaba, con mi pololo también, pero sabemos a lo que se puede enfrentar en la calle porque lo hemos vivido, hemos estado ahí, entonces eso igual es una ventaja, pero por ejemplo mi tía cometió el error de

contarle todas esas cosas a mi prima, entonces cuando ella ahora sale le dice y cómo tu, y yo digo jamás haría eso (ríe), yo igual lo he hecho con mi mamá” (6)

“Estando con él siempre, que nunca lo voy a dejar solo o sola, y cuidándolo más que nada. Por ser si yo voy a salir, llevarlo con él, en casos más urgentes dejarlo encargado, pero no con gente que no conozca, sino con mi familia, eso” (5)

Percepción de ajuste personal en relación a ser madres

Se presentan ideas que aluden a aspectos nuevos en las vidas de las entrevistadas asociadas al ser madres.

“Más madura yo creo, más responsabilidades, tampoco yo salgo, entonces va a ser casi lo mismo” (5)

“No voy a poder salir como antes, voy a tener que madurar más rápido...Me va a quitar más tiempo, voy a tener que estar más preocupada de mi guagua... voy a tener que dejar algunas cosas de lado como salir, el colegio, bueno igual lo voy a tener que dejar un poco de lado, porque voy a tener que dividir los tiempos, sin mucho tiempo para estudiar” (2)

“Tener que levantarse temprano, no poder hacer tus cosas tranquila por la guagua, porque uno siempre va a tener que estar al pendiente de él, caótico los primeros meses, eso me imagino, pero pa que echarse a morir, si uno se manda un condoro hay que asumirlo” (4)

“Que voy a tener que andar pa todos lados con él, ya no voy a poder salir sola, ni con mi pololo, sino que ya vamos a tener que salir tres o dos, pero ya no más sola” (5)

Concepción de una buena madre en relación a acciones a realizar con el hijo

Aparecen distintas formas en la que las entrevistadas comprenden desde ellas lo que sería ser una buena madre. Se presentan a continuación aquellas que se relacionan con acciones a realizar con el hijo.

“Preocuparme de mi hijo, de las cosas que necesita, de lo que le hace falta, de que no esté enfermo... que esté bien” (2)

“Estar siempre con él, jugar” (1)

“Entregarle cariño, cuando necesite algo, estar ahí, o cuando le pase algo también, nunca dejarlo solo” (3)

“Entregarle amor, eso es lo más importante, un niño sin amor yo creo que le afecta también, si uno vive de amor también, obvio Demostrándole mi cariño, diciéndole que lo amo, hacerle cariño, críalo bien, bueno cuando hay que retarlo, retarlo, porque eso no significa que uno es malo tampoco” (4)

“Cuando los cría bien a los hijos, cuando está siempre con ellos, no los deja tirado por decirlo así, o los deja con otras personas que no los conoce, que siempre anden limpios, con sus comidas al día” (5)

“Preocuparme de mi hijo, o no sé llevarlo siempre al dentista, o ver que esté bien siempre, y aparte como estoy auxiliar de párvulos, aquí no están enseñando tantas cosas, es como una mamá ideal, que realmente a las mamás les falta, que a ellas nos les enseñaron a hacer eso, nosotras estamos estudiando para ser así parecidas a una mamá, entonces yo he tenido harta práctica aquí, esto me ha ayudado” (6)

“Intentar dar lo mejor de si, no dejarlo solo, criarlo bien, que no le falte nada tampoco, y que él cuando te necesite siempre esté ahí, igual que todas la mamás, bueno, la mayoría” (4)

“Que esté preocupada, que sea mamá, tampoco una bruja, pesa, pero que se preocupe del hijo, que tiene algo que depende de ella” (6)

“Como por ejemplo, una profesora nos dice que es muy bueno que en las noches siempre les leas un cuento, o que enseñarles de bien chiquititos que siempre el hábito de lavarse o esas cosas, o estar pendiente de si al niño le pasa algo” (6)

Una de las entrevistadas manifiesta que ser una buena madre implica realizar cambios a nivel personal.

“Significa que tengo que ser responsable, que tengo que madurar... A que ya no soy una niña, a que tengo que aprender las cosas que hace una mamá... Que tengo que ser fuerte, mi hijo no me tiene que ver mal... apoyar a mi hijo en lo que necesite, darle los cuidados necesarios” (2)

5. EXPERIENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS RESPECTO A SUS PROPIAS MADRES

Percepción cambio en la relación madre-hija desde develación del embarazo

Las entrevistadas reportan percibir cambios en la relación madre-hija desde la develación del embarazo. Estos cambios son descritos como positivos.

“Yo encuentro que mi mamá se dio cuenta que a lo mejor yo iba a necesitar el apoyo, porque cuando ella tuvo su embarazo, mi hermano el primero, ella igual necesitó mucho apoyo, entonces yo cacho que mi mamá se dio cuenta de que yo iba a necesitar lo mismo, entonces por eso estamos mejor” (3)

“Este último tiempo ha sido bien, porque hemos tenido más contacto, hemos hablado más, en cambio antes yo iba pa allá y hablábamos, pero no hablábamos cosas como ahora” (3)

“En que no tenía tanta confianza en contarle mis cosas...Era más lejana, no era tan cercana como ahora” (2)

“Antes nos llevábamos un poco mal, ahora, desde la ecografía, cambió mucho la relación, es como de hermanas ... no sé ... cuando le pido un consejo ella está ahí o cuando me siento mal también cuando estoy bien también, ella comparte también, antes no lo hacía se dedicaba a trabajar a otras cosas y me dejaba de lado, ahora está pendiente de mi” (1)

“Me ha dado la confianza para que yo hable con ella, está más dócil, porque antes era como pesada, como que... era muy reprimidora, y ahora yo hablo más con ella y paso más tiempo con ella” (2)

“Ahora súper buena, antes nos llevábamos mal, eran puros problemas con ella, porque nos llevábamos muy mal, y con mi papá siempre nos llevábamos muy bien, con mi mamá no, ahora me entiende, yo la entiendo... Yo creo que lo que más nos unió fue lo de mi embarazo, porque igual antes de saber que estaba embarazada estábamos bien, pero igual seguían esas rencillas tontas que teníamos, peleas tontas, pero ahora no, estamos bien, igual de repente nos peleamos “mamá está todo sucio, no hací na”, es que mi

mamá igual es media floja, entonces, es que es como media inmadura, irresponsable pa pagar las cuentas todo eso, la luz, el agua, y a veces cortan la luz, pero mamá, y peleamos, como que nosotras con mi hermana parecemos más la mamá de ella, que ella de nosotras, pero nos llevamos bien, y antes nos llevábamos bien yo y mi mamá, y ahora las tres” (6)

“Con mi mamá hablábamos, pero cosas así de qué ha hecho y cosas así, y a veces salíamos, y eso, y yo me venía y pasaban unos días y me venía y chao, ahora me llama, y me pregunta cómo estoy, cómo me he sentido, cosas así... me he sentido bien” (3)

Relación positiva actual con sus propias madres

Las entrevistadas reportan tener actualmente una buena relación con sus madres.

“Muy buena, ni peleamos, nada, desde siempre, un siete mi mamá, un mil, mi mamá nunca me pegó, nunca, sólo me crió, y aparte mi mamá no es enojona, no tiene mal carácter, entonces nos llevamos súper bien” (4)

“Buena, nos llevamos bien, pero a veces chocamos, como tenemos el mismo carácter, pero nos llevamos bien en general con todos en mi casa... Cuando conversamos, porque nunca dejamos temas de lado, siempre conversamos cosas, entonces, yo creo que así lo demuestra” (5)

“Es buena, porque me escucha, me apoya en todo lo que yo hago” (2)

Expresiones de cariño percibidas desde sus figuras maternas

En las entrevistas se describen las expresiones de cariños percibidas desde sus figuras maternas (madres, abuelas) hacia las jóvenes cuando éstas eran pequeñas.

“Cuando era chica mi mamá jugaba conmigo, después cuando entre al colegio me premiaba, me hacía estudiar, y después cuando fui creciendo ya cambió la relación” (1)

“Me cuidaba mi abuela cuando era chica y me quedaba con mi vecina, cuando tuvo a mi hermanos mi mamá trabajaba ... con mi abuela siempre ha sido muy buena la relación, es como mi partner, me apoya en todo, cuando mi mamá no me dejaba salir, le contaba cosas ... y también a veces peleaban con mi mamá porque me regalaban mucho... La mayoría del tiempo estaba mi abuela conmigo entonces ella era como mi mamá, y mi mamá era como mi hermana, peleaba con ella o me decía mira hagamos esto y yo lo hacía, pero después ya fue cambiando” (1)

“Cuando jugábamos, cuando yo llegaba del colegio y nos acostábamos y veíamos teleseries, monos, siempre estábamos juntas” (3)

“Era preocupada, estaba siempre cuando nosotros la necesitábamos” (2)

Aparecen también descripciones de las expresiones de cariño actuales percibidas por las adolescentes desde sus madres.

“Yo creo que, es que ella es la que más ha estado conmigo, entonces yo creo que ella se ve reflejada conmigo, cuando yo estoy triste, o esas cosas, o que no quiere que esté sola igual como ella” (6)

“Yo creo que con el apoyo que nos ha dado también, porque si hubiese sido otra me hubiese echado, pero no” (5)

“Cuando me llama o viene para acá y me dice, nos sentamos en el sillón y me hace cariño y cosas así, yo encuentro que ahí me demuestra el cariño” (3)

VI. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta una síntesis de los resultados expuestos en el apartado anterior, relacionándolos a su vez con el marco teórico, de modo de generar un diálogo entre los datos y la teoría. Es importante señalar que la metodología otorgada por la teoría fundamentada ha posibilitado el logro de los objetivos, a través de un proceso de construcción de categorías que enmarcan aquellos contenidos centrales que emergieron de las entrevistadas, permitiendo de este modo conocer desde la subjetividad de las adolescentes sus propias experiencias sobre el embarazo, relación temprana y actual con su figura materna, y proyección de su rol de madre. Se debe señalar que a partir de la revisión bibliográfica, estos tópicos se consideran centrales en el proceso de formación del apego madre e hijo, razón por la cual se relacionan con los objetivos del presente estudio (cfr, p.xxxvii-xl).

En este sentido, en relación al primer objetivo específico, al explorar respecto a la experiencia de las adolescentes embarazadas relacionadas al embarazo se puede sintetizar que emergen dos grandes categorías de experiencias, diferenciándolas en relación a si se refieren a sí mismas o al entorno. Con respecto a las primeras, las adolescentes refieren una aceptación de su embarazo, pese a que en un momento inicial se presentó algún grado de dificultad en el ajuste personal ante la noticia del mismo. Esta vivencia se corresponde con los antecedentes de referencias teóricas y de investigación expuestos en el marco teórico del estudio, en los cuales se plantea que los momentos posteriores a conocer su estado de embarazo, la adolescente tienden a describir un período de crisis (cfr, p. xxxi). A partir de las entrevistas se alude a una variable que incidiría positivamente en que este ajuste personal vaya dando origen a una aceptación posterior, este factor lo constituye la percepción de apoyo del entorno más significativo para la adolescente, como es la familia nuclear, la pareja y el colegio. De esta manera, es posible comprender que para una adolescente, que aún se encuentra en

proceso de desarrollo y en una relación de dependencia socio-económica respecto a su familia, el apoyo del entorno es un elemento crucial para la aceptación propia del embarazo. Si llevamos este ámbito a lo referido a la formación del apego madre-hijo, la literatura revisada da cuenta de que la experiencia de una vivencia positiva, especialmente en el contexto de un embarazo no planificado como es el caso de las adolescentes entrevistadas, se menciona como un elemento protector del futuro vínculo entre la adolescente y su bebé, en términos de que se presenta una actitud positiva, y un contenido emocional en el discurso del proceso de embarazo (cfr, p. xli).

Otro elemento que emerge en torno a la experiencia personal de las adolescentes respecto a su embarazo son las vivencias asociadas a los cambios propios de un embarazo, como malestares físicos, emocionales y sociales. En la presentación de los resultados se observa que éstos son descritos claramente, explicitando los costos asociados como distanciamiento de sus pares, cansancio en sus quehaceres diarios, entre otros, sin embargo dejan entrever que hay una experiencia de asumirlos y sobrellevarlos, más que rebelarse ante ellos, pese a los disgustos o efectos negativos que describen. Esto llama la atención en consideración de las características psicosociales de esta etapa evolutiva, de acuerdo a lo revisado en el marco teórico, pues se espera que la adolescente tienda a mostrarse activamente en desacuerdo respecto a alguna situación, externalizando sus responsabilidades (cfr, p. xviii). Tal vez un elemento a considerar es que mientras menos edad tenga la adolescente, es decir, adolescencia temprana más que media o tardía, más centradas en sí mismas estarían, con lo cual les resultaría más difícil manejar situaciones de estrés o frustración, por ejemplo a partir de los costos asociados al embarazo, no así en una adolescente de más edad, como es el caso de las entrevistadas (cfr, p. xxvii).

De modo de profundizar en este punto, a partir de las teorías de desarrollo expuestas, las adolescentes se encuentran en un proceso de búsqueda de su identidad,

por lo que se encontraban, previo al embarazo y desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, en una etapa de exploración, desestimación o reafirmación de roles e intereses asociados al proceso de construcción de la identidad. Ya una vez que toman conocimiento de su embarazo comienzan gradualmente a incorporar el elemento de la maternidad en su definición de sí mismas. Lo anterior se observó en tanto las entrevistadas relatan tener conocimiento y asumir los costos emocionales y sociales presentes y futuros, como el distanciamiento respecto a sus grupos de pares, la responsabilidad que le atribuyen a la maternidad, entre otros; como las experiencias que ellas describen como positivas de este nuevo proceso, ya sea con respecto a la experiencia del embarazo, por ejemplo tener más atención y cuidados del entorno, como de la futura maternidad, y proyección de una cercanía emocional con el hijo. De esta manera, las adolescentes reportan percibir en ellas mismas un cambio trascendental en su historia de vida, asociado al embarazo, más que a las variaciones propias de la adolescencia. Dentro de la literatura revisada en el marco teórico se mencionó este aspecto de que la experiencia de embarazo y maternidad temprana trae consigo una mayor madurez y el asumir las responsabilidades nuevas propias, como malestares físicos y socio-emocionales, y del hijo (cfr, p. xxiii). Sin embargo, lo anterior no quita que en momentos puedan percibir y conectarse con lo distinto que eran sus vidas previo al embarazo, especialmente cuando sus pares continúan sus actividades habituales tanto sociales como escolares, por lo que este aspecto podría llegar a constituirse como un elemento que en momento de estrés y malestar propio del embarazo y futura maternidad les resuene más, llegando afectar incluso en el vínculo con sus hijos. Lo anterior en consideración a que en el marco teórico se expone respecto la relación entre el apego y variables como el proceso de transición a la parentalidad, sentimientos contradictorios, y relaciones interpersonales en general (cfr, p. xlii).

Como último eje en torno relación a lo anterior, se puede mencionar que aparecen algunas vivencias asociadas a sensaciones de soledad e incompreensión por

parte del entorno, en términos de que el embarazo también es descrito como una vivencia personal, a la cual el entorno puede intentar acercarse y comprender, no siempre lográndolo. Este aspecto también podría verse relacionado a las características propias de esta etapa de desarrollo, sólo que en los adolescentes en general se busca la referencia en grupos de pares, mientras que en las adolescentes embarazadas, los pares tampoco se encuentran viviendo este proceso (cfr, p.xviii).

Dentro del buscar explorar la experiencia en relación al embarazo, aparecieron contenidos que fueron incluidos en una categoría específica sobre preocupaciones y temores que se relacionan directa o indirectamente con el embarazo. Ejemplo de lo anterior son las preocupaciones por el parto, y temores respecto a la salud física de ellas mismas como de sus bebés. Las adolescentes que presentan información respecto a las características de la maternidad, del parto, de los síntomas a los que deben estar atentas, manifiestan una tranquilidad respecto a estas preocupaciones. Estas preocupaciones resultarían esperables para las mujeres primigestas en general como se revisó en el marco teórico (cfr, p. xxvi), sólo que en el caso de las embarazadas adolescentes se suman aquellas preocupaciones en torno al quehacer escolar, y cómo responder a las expectativas familiares respecto al ámbito académico, a las exigencias del colegio, y a las proyecciones que ellas mismas tienen en este ámbito. En relación a la formación del apego, un factor que se asocia a la formación de apego inseguro es la presencia de sintomatología ansioso-depresiva en las madres (cfr, xxxix). En este sentido, es fundamental que el entorno próximo contribuya en disminuir la incertidumbre respecto a las preocupaciones y temores que presentan las adolescentes, de modo de procurar bajar los niveles de ansiedad respecto al embarazo y futura maternidad, así como que el entorno familiar y escolar, se constituya un espacio de contención y apoyo, atento a sus necesidades, y que propicie niveles de salud mental positivos.

Dentro de las experiencias de las adolescentes embarazadas en relación a los otros, se concluye que hay una aceptación del embarazo por parte del entorno, pese a que en un momento inicial se haya podido presentar una dificultad en el ajuste tras la develación. Las adolescentes manifiestan tener creencias previas en relación a la reacción del entorno luego de develarles el embarazo, sin embargo, éstas no necesariamente fueron confirmadas, pues se presentan familias, parejas y colegio apoyadores. En general, las adolescentes manifiestan percibir un apoyo importante del entorno. Respecto a sus parejas, mencionan percibir un involucramiento de ésta, caracterizado por apoyo, comprensión y aceptación. Sin embargo también se alude a cambios en el ser pareja, pues por un lado se ha fortalecido la relación, y por otros no. Este último punto podría relacionarse a lo que la literatura describió como ajuste a la parentalidad en la pareja, entendiendo que el cómo se de este proceso puede llegar a constituirse como factor protector o de riesgo parental en la formación del apego (cfr, p.xl).

En relación al segundo objetivo específico de la presente investigación, se puede concluir que las adolescentes embarazadas refieren mantener una relación positiva actualmente respecto a sus madres, especialmente tras la develación del embarazo, aludiendo a un cambio positivo respecto a la relación previa, dando a entender que es una figura central en sus vidas actuales, pues las madres son descritas como fuente principal de apoyo, comprensión, confianza y cercanía, en el contexto de embarazo. En etapas tempranas describen una relación con sus madres basada en cuidados físicos y socioemocionales, como expresiones de cariño, tiempo compartido, apoyo y cercanía, y algunas describen también situaciones de desencuentros. A partir de la teoría de desarrollo socio-emocional expuesta en el marco teórico (cfr, p. xvii), se puede mencionar que la necesidad propia de los adolescentes de buscar referentes, se vería lograda en las entrevistadas, sólo que con la variante de que el referente central la constituyen las propias madres, más que los pares, probablemente en consideración del

cambio descrito como positivo en la relación entre ellas, las características de la relación actual, y que ellas (sus madres) han vivido al menos una experiencia de embarazo.

Este punto es fundamental si se considera la teoría del apego y los factores de riesgo parental asociados al apego, de acuerdo a lo revisado en el marco teórico. En este sentido, si consideramos el relato de las experiencias tempranas y actuales del apego de las adolescentes con sus propias madres, se presenta en general como una experiencia positiva, lo cual se ha asociado en la literatura a una mayor sensibilidad paterna futura de una madre con su hijo (cfr, xli). Desde la teoría del apego (cfr, p. xxxv), las adolescentes aluden en su relato a una vivencia de seguridad, cercanía emocional y confianza respecto a sus madres, quienes responderían a los momentos de estrés que ellas manifiestan en las entrevistas, pese en que en algunas experiencias también se presentan situaciones en las que perciben una sobreatención a su estado; en suma se presentan elementos relacionados a una experiencia de vínculo seguro, sin pretender en ningún caso afirmarlo, sólo como parte de la reflexión en relación a la teoría. A su vez, en relación a los modelos etiológicos parentales asociados a un apego desorganizado, las adolescentes entrevistadas no dan cuenta de experiencias traumáticas respecto a sus figuras de apego, ni estados mentales disgregados; y como ya se mencionó aluden a una experiencia afectiva enriquecedora en relación a sus propias madres. En este sentido, el embarazo adolescente en sí mismo puede, de acuerdo al modelo de Bernier y Meins (Lecannelier, 2001) constituirse en un factor de riesgo parental para la formación del apego, pero en la medida de que los factores protectores intervienen, también puede constituirse en un espacio de formación de un vínculo seguro entre la adolescente y su hijo, y la adolescente y su propia madre.

Con respecto al tercer objetivo, dentro de las proyecciones de las adolescentes embarazadas respecto al ser madres, aparecen temores y preocupaciones respecto a los cuidados del bebé, lo cual se presenta como parte de las experiencias de las madres

primigestas en general, de acuerdo a lo revisado en la literatura (cfr, p. xxviii). Con respecto a las expectativas asociadas al ser madres, las adolescentes aluden a aspectos propios, como asumir nuevas responsabilidades, como parte de un proceso de madurez una vez que haya nacido el hijo, considerando que es una experiencia nueva; asumir cambios en sus vidas, en términos de los costos asociados como salir menos con sus pares, levantarse más temprano. Pero también mencionan aspectos en relación al hijo, como recibir su cariño, cercanía, y compañía a lo largo del tiempo.

En este sentido, al conceptualizar lo que es para ellas ser una buena madre, las adolescentes se centran en aspectos del cuidado físico que una buena madre debe proveerle a su hijo, tanto desde el punto de vista de su salud, alimentación, higiene, así como también respecto a los cuidados socio-emocionales, como destinar tiempo de entretención con ellos, expresarle el cariño, estar atenta a sus necesidades, y velar por el cumplimiento de normas que le establezcan. De esta manera, al llevar estas experiencias al terreno de la formación del apego, resalta el centrarse en los diversos ámbitos de la vida de un bebé, como lo es la salud física y emocional. En este sentido, algunas de las entrevistadas aludieron a experiencias con niños previas que les favorece una percepción de mayores recursos propios para hacer frente a situaciones específicas, así como también de saber que cuentan con el apoyo del entorno para hacer frente a los cuidados del bebé. Sin embargo, en algunos relatos se alude a que hay la necesidad de contar con mayor información para hacer frente a las demandas propias del ser madres.

A modo de conclusión de este capítulo se puede decir que se logró abordar los objetivos planteados, y con ello dar respuesta a la pregunta de investigación del presente estudio.

VII. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Las actuales políticas públicas nacionales en salud infantil y adolescentes enfatizan el rol de todos aquellos intervinientes del contexto que inciden, ya sea positiva o negativamente, en el desarrollo óptimo e integral de bebés, niños y niñas y jóvenes. Este marco impulsa acciones de detección temprana de factores de riesgo y protección, para el despliegue de oportunas estrategias de acción en prevención y promoción, más allá del individuo mismo, pues buscan llegar a un nivel familiar y comunitario. Dentro de este marco, las personas se constituyen como agentes activos en alcanzar niveles de salud más elevados, centrando la atención en aspectos relacionales, propios de la interacción de cada individuo con su entorno, y viceversa. En el ámbito de la salud infantil, uno de los ejes centrales propios de esta visión es la relación particular y única que se forma entre un bebé y su madre-padre y/o cuidador más cercano, siendo el apego, el concepto al que se le atribuye el dominio de conocimiento de esta área.

Sin embargo, siempre desde la comprensión del marco de salud actual, surge la necesidad de conocer cuáles elementos o factores se constituyen como favorecedores o no de la formación de un vínculo afectivo sano entre un cuidador y un bebé, de modo de orientar acciones de promoción o prevención en función de éstas. Y es aquí donde resulta relevante considerar las realidades particulares para intentar comprender la emergencia de un fenómeno específico, más allá de las generalidades descritas a nivel teórico. De esta manera, al circunscribir factores asociados a la formación del apego madre-hijo, específicamente en mujeres adolescentes, de acuerdo al marco teórico revisado, vemos que es necesario entrecruzar aspectos propios de esta etapa de desarrollo, caracterizada por importantes cambios a nivel físico, cognitivo y socio-emocional, además del ajuste familiar hacia el hijo adolescente, con los planteamientos teóricos asociados a factores parentales en la formación del apego, comprendiendo a la parentalidad como un multiproceso, en donde aparecen como factores centrales aspectos

propios de las madres como emociones negativas hacia el hijo, trastornos psicológicos, experiencias tempranas con sus propias madres; o aspectos relacionales y del entorno, como estresores socio-ambientales, presencia de otros cuidadores, bajo ajuste de la pareja a la paternidad, etc. Junto a esto, resulta central contar con referencias que aludan a la subjetividad de las propias adolescentes en relación a su embarazo y futura maternidad. En este sentido, más allá del apego desde su concepto clásico, nos insertamos en una realidad multivariante, en donde están en juego no sólo el bienestar socioafectivo del bebé, sino también el de su madre adolescente, aún en desarrollo.

En este contexto, todos aquellos intentos por buscar conocer las vivencias de las adolescentes embarazadas, se constituyen como fuentes primarias de conocimiento respecto a las particularidades que le son propias a cualquier grupo que comparte algunos aspectos comunes, como en este caso características etarias y condición de embarazo. En este sentido, el estudio actual buscó aportar como fuente de referencia respecto a las experiencias de las adolescentes embarazadas, pero más allá de una aproximación general, pues se buscó que emergieran sus vivencias en torno a factores relacionados a la formación del apego madre-hijo, como la experiencia de embarazo, ajuste de ellas mismas respecto a su embarazo y del entorno significativo próximo como familia, pareja y escuela, preocupaciones y temores, proyecciones en relación a su rol como madres, y relación actual y pasada con sus propias madres. De esta manera, a partir de los resultados se puede decir que al hablar de embarazo adolescente, tenemos que hablar de embarazo adolescente y contexto familiar-social-escolar, pues es en estos ámbitos donde se construyen las experiencias de las adolescentes en relación a su embarazo y futura maternidad, y por ende, estos espacios se constituyen como elementos centrales, y no anexos en la comprensión de sus vivencias, y con ello en la formación del apego madre e hijo.

En este sentido, en el análisis de los resultados del presente estudio, las adolescentes presentan cómo sus entornos más próximos (familia, colegio, pareja y amigos) son parte del devenir de experiencias personales una vez que toman conocimiento de estar embarazadas, pues luego de un momento inicial de temor y preocupación por la reacción del entorno, perciben el apoyo y aceptación de éstos, contribuyendo al proceso de aceptación propia del embarazo, y a los desafíos que ellas mismas describen en relación a este en su momento actual, y futuro, tanto en función de sus propias necesidades, tanto escolares, sociales, y afectivas, como en relación a las necesidades del bebé. En este sentido, cabe mencionar que si la respuesta del entorno ante el embarazo y futura maternidad tuviera una connotación negativa y de rechazo, la experiencia de la adolescente no sería la misma, afectando no sólo la etapa de gestación, en términos del seguimiento de los controles de salud, continuidad escolar, contención emocional, entre otros aspectos descritos por las entrevistadas, sino también en relación a la proyección respecto al ser madre, perpetuando un círculo de carencias afectivas, más allá de las socio-económicas. Tal como se describió en el marco teórico (cfr, p. xxvii), la actitud positiva hacia el embarazo se encuentra ligada al apoyo global recibido por la madre, especialmente en una etapa de crecimiento y desarrollo, en donde aún hay una relación de dependencia respecto al entorno. Y todos estos factores se han descritos como ejes en la formación del apego madre-hijo (cfr, p. xxxix).

Como último punto en relación a la formación del apego, la literatura describe las experiencias con las propias figuras maternas como un eje importante a considerar. En este sentido, las adolescentes describen experiencias positivas respecto a la relación con ellas en etapas más tempranas del desarrollo, pese a que en la adolescencia se presentan desencuentros y una relación más distante, sin embargo describen un cambio positivo en la relación con sus propias madres desde el momento en que se comunica el embarazo, percibiendo apoyo y contención por parte de éstas, por lo que esta experiencia puede constituirse como un factor protector de la formación de apego posterior.

En relación a los programas actuales en materia de salud, se enfatiza una visión ecológica para comprender un determinado fenómeno. Sin embargo surge el desafío de cómo llevar estos elementos a la práctica a través de acciones efectivas en términos de reducción de factores de riesgo y promoción de aquellos protectores. En este sentido, frente a la temática del embarazo adolescente y específicamente de la promoción en apego madre-hijo, se puede mencionar a partir de las conclusiones del estudio, que el trabajo individual no resultaría suficiente para enmarcar la complejidad de ámbitos asociados a este fenómeno, y que por ende, resulta fundamental ampliar el dominio de las intervenciones al contexto familiar, especialmente con la madre, pero llegando a incluir a la familia nuclear y a la pareja; al contexto social, considerando propiciar las redes sociales de la adolescente, así como nuevas que puedan constituirse (adolescentes embarazadas), y el contexto escolar, logrando una coordinación en materia de educación sexual y reproductiva, necesidades y requerimientos de la embarazada, elaboración de un plan de contingencia, de modo de que logre avanzar en su escolaridad, entre otras acciones que pueden implementarse. Finalmente, todos aquellos espacios educativos, desde conocer el hospital en el que nacerá su hijo y los procedimientos, hasta el propiciar encuentros en los que conozcan la realidad de otras adolescentes con sus bebés, y herramientas para el manejo parental. Todas las anteriores en articulación constante de modo de favorecer un apoyo y guía coordinado respecto a una meta común, la salud integral de la adolescente y su bebé. Y también a partir del validar y respetar su propia experiencia, pues si bien aún etariamente pueden ser consideradas adolescentes, en un aspecto de sus vidas que cruza todos los ámbitos de su desarrollo biopsicosocial, han comenzado a experimentar un desafío inesperado con costos desconocidos, que manifiestan sobrellevar, pero desde el que también se deja entrever un desconocimiento y necesidad de apoyo constante, por lo que toda acción dirigida hacia ellas y sus bebés debiese estar co-construida con ellas mismas, quienes mejor que nadie saben lo que significa ser madre adolescente.

Para finalizar esta conclusión, en consideración del objetivo del presente estudio, se puede decir que se logra contribuir a través de la emergencia de contenidos subjetivos de parte de las propias adolescentes, sin embargo, no siendo el alcance de la investigación, estos resultados junto con estudios mencionados en el marco teórico sobre embarazo adolescente, podrían proyectarse en nuevos trabajos que busquen aportar en diseños y metodologías de intervención en apego temprano, basadas en las necesidades, preocupaciones y vivencias de las propias adolescentes y sus entornos próximos significativos. De esta manera también podrían desarrollarse estudios que busquen conocer la experiencia de la familia, pareja, entorno social y escuela frente al embarazo adolescente.

BILBIOGRAFÍA

1. Abarzúa, M. & González, M. (2007). Salud Mental Infanto-Juvenil como problemática pública [versión electrónica]. *Revista de Psicología*, XVI (002), 79-95.
2. Aranda, R. & De Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-247.
3. Aracena, M., Santelices, M., Farkas, Ch., González, M. & Fugellie, E. (2008). Desafíos actuales en torno a la investigación de Apego Infantil en el contexto chileno. *SUMA Psicológica UST*. 5 (2), 27-40.
4. Atención en la Temprana Infancia [ATI]. (2007). *Resiliencia y vida cotidiana*. Montevideo: Psicolibros.
5. Bakermans-Kranenburg, M., Van Ijzendoorn, M. & Juffer, F. (2005). Disorganized Infant Attachment And Preventive Interventions: A Review And Meta-Analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216.
6. Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
7. Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

8. Burrows, R., Ceballos, X., Burgueño, M., & Muzzo, S. (2010). Tendencia del desarrollo puberal en escolares de la Región Metropolitana de Chile: Menor edad de presentación, mayor duración y dimorfismo sexual en la estatura. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 138, 61-67.
9. Cantón, J. y Cortés, M. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores, evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. Madrid: Alianza.
10. Calventus, J. (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico en la investigación social: la controversia cualitativo vs. cuantitativo. *Revista de Ciencias Sociales. Universidad José Santos Ossa*, 1 (2), 7-16.
11. Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*. 69, 4, 1107-1128.
12. Carrasco, E. (s/f). Familia y Adolescencia. Apuntes Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Módulo I: Lección 3. Universidad Católica de Chile. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>
13. Carrillo, S. (1999). Mary Salter Ainsworth (1913-1999). [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (002), 383-386.

14. Cassidy, J. & Shaver, P. (1999) *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York y Londres: The Guilford press.
15. Casullo, M. & Fernández, M. (2005). *Los estilos de apego. Teoría y medición*. Buenos Aires: JVE.
16. Codner, R., Unanue, N., Gaete, X., Barrera, A. Mook-Kanamori, D., Bazaes, R. et al. (2004). Cronología del desarrollo puberal en niñas escolares de Santiago: relación con nivel socio-económico e índice de masa corporal. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 132, 801-808.
17. Correa, M., Zubarew, T., Valenzuela, M. & Salas, F. (2012). Evaluación del programa Familias Fuertes: amor y límites en familias con adolescentes de 10 a 14 años. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 140, 726-731.
18. Devaud, N. & Spotorno, A. (2004). Medicina evolutiva del desarrollo puberal. [versión electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría* 75 (4), 373-378.
19. Díaz, J. & Blánquez, M. (2004). El vínculo y psicopatología en la Infancia: evaluación y tratamiento. *Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 4 (1), 82-90. Extraído el 14 de Mayo del 2009 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/apego1.pdf>

20. Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en latinoamérica*. Libro Universitario Regional. Costa Rica.
21. Farkas, Ch. & Santelices, M. (2008). Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas chilenas. [versión electrónica]. *Rev. SUMMA UST*. Vol. 5, N° 1, p. 13-20.
22. Flores, J. (2006). *Neuropsicología de los lóbulos frontales*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Mexico.
23. Fonagy, P. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 33/34, 5-34. Extraído el 14 de Mayo del 2009 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a07.pdf>
24. Gaete, X., Unanue, N., Ávila, A. & Cassorla, F. (2002). Cambios en la edad de inicio de la pubertad en niñas de la comuna de santiago: Implicancias para el diagnóstico de la pubertad precoz. [versión electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría*, 73 (4), 363-368.
25. Gómez, E., Muñoz, M. & Santelices, M. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 241-251.

26. Grimalt, L. & Torres, M.C. (2008). *Representaciones maternas y vínculos afectivos en el embarazo*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Santiago: Universidad Diego Portales.
27. Grupo de Atención Temprana (2000). *El libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_lbap.pdf
28. Hernández, S; Fernández, C. & Baptista, L. (1998). *Metodología de la investigación*. (2da edición). México: Mc Graw Hill.
29. Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. [versión electrónica]. *Revista Cubana Pediatría*, 71 (1), 39-42.
30. Instituto Nacional de Estadística INE. (2005). *Infancia y adolescencia en Chile. Censos 1992 – 2002*. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/infancia/infancia.php
31. Instituto Nacional de Estadísticas INE. (2013). *Síntesis de los resultados. CENSO 2012*. Extraído el 01 de Mayo de 2013, de http://www.censo.cl/contenido/sintesis_resultados_censo_2012.pdf
32. Instituto Nacional de la Juventud INJUV. (2011). *Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padre y madre de hasta 19 años*. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMjE5MTAwMg==>

Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo a
dolescente de padres y madres de hasta 19 años

33. Kalinauskiene, D., Cekuoliene, D., Van Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Juffer, E. & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant Attachment security. *Child: care, health and development*, 35 (5), 613-623.
34. Kotliarenco, M.A (2003) *Salud mental, embarazadas y apego*. Artículos y Documentos de Psicología: Facultad de Psicología: Universidad del Desarrollo. Santiago: FONDECYT. Extraído el 12 de Mayo del 2009, de www.psicodocumentosudd.cl/download.php?idDocumento=3428
35. Krauskopf, D. (1999). El Desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. [versión electrónica]. *Revista Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
36. Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago: LOM.
37. Lecannelier, F. et al. (2008). *Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental*. *Horizonte Enfermería*, 19, 1, X-X. 3. 1-9. Extraído el 12 de Mayo del 2009, de <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templates/educacion/archivos/Articulo%20Lecannelier.pdf>

38. Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., Hoffmann, M. (2011). Apego y psicopatología: Una revisión actualizada sobre Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. [versión electrónica]. *Revista Terapia Psicológica*, 29 (1), 107-116.
39. Lohaus, A.; Keller, H.; Ball, J.; Voelker, S. & Elben, C. (2004). Maternal sensitivity in interactions with three-and 12-month-old infants: stability, structural composition, and development consequences. *Infant and child development*, 13, 235-252.
40. Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 4, 1055- 1127. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000156&a=Las-categorias--del-apego-en-el-infante-en-el-nino-y-en-el-adulto-atencion-flexible-versus-inflexible-bajo-estres-relacionado-con-el-apego>
41. Manual de la Escala Massie-Capbell de indicadores de estilos de apego (ADS) (s/f). Universidad del Desarrollo.
42. Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
43. Melillo, A. (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Barcelona: Paidós.

44. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Serie MINSAL.
45. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. (2008). *Manual para el apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años*. Santiago: Atenas Ltda.
46. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. (2010). *Guía para la promoción del desarrollo infantil en la gestión local*. Santiago.
47. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. (2012). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Nivel Primario de Atención*. Santiago. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://www.minsal.gob.cl/porta/ur/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
48. Molina, S., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V. & García, A. (2004). Embarazo adolescente y su relación con la deserción escolar. [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 132, 65-70.
49. Moraga, C. & Moreno, G. (2007). *Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura*. Santiago: Medwave Estudios.
50. Muzzo, S. (2007). Influencia de los factores ambientales en el tempo de la pubertad. [versión electrónica]. *Revista Chilena de Nutrición*, 34 (2), 96-104.

51. Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*. 4 (1), 65-81. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/Apego.pdf>
52. Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2005). *Psicología del Desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
53. Páramo, M. (2008). *Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Salamanca. España.
54. Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en adolescentes: análisis de contenido a través de grupos de discusión. [versión electrónica]. *Revista Terapia Psicológica*, 29, 1, 85-95.
55. Parra, A. (2005). *Familia y desarrollo adolescente: un estudio longitudinal sobre trayectorias evolutivas*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Sevilla.
56. Peñafiel, F., Hernández, A. & Chacón, A. (2003). Atención Temprana. *Enseñanza*, 21, 2003, 245-274. Extraído el 20 de Junio del 2009, de <http://redescepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/ATENCION%20TEMPRANA/AT%20-%20UNIVERSIDAD%20DE%20GRANADA.pdf>

57. Osses, S., Sánchez, I. & Ibañez, F. (2006). Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de Teoría a través del proceso analítico. *Revista Estudios Pedagógicos*, 32 (1). Extraído el 30 de Julio de 2010, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052006000100007&script=sci_arttext
58. Quezada, V. & Santelices, M. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 53-61.
59. Robles, M., Poo, M. & Poch, M. (2008). Atención temprana: recursos y pautas de intervención en niños de riesgo o con retrasos del desarrollo. *Asociación española de pediatría*. 278-285. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/37-atenciontemprana.pdf>
60. Salvatierra, L., Aracena, M., Ramírez, P., Reyes, L., Yovane, C., Orozco, A. et al. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participante de un programa de educación para la salud. *Revista Psicología Universidad de Chile XIV*, N° 1: p. 141- 152. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17419/18177>
61. Santelices, P., Farkas, C. & Aracena, M. (2004). *Promoción de apego seguro: evaluación de un programa de intervención en futuras madres primigestantes* (Proyecto FONDECYT N°: 1040760). Santiago: CONICYT

62. Santillano, I. (2009). La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Revista Ultima Década*, 17, 55-71. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362009000200004&script=sci_arttext
63. Servicio de Salud Metropolitano Occidente [SSMOC]. (2012). Usuarios. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de http://ssmoc.redsalud.gob.cl/?page_id=258
64. Servicio Nacional de Menores SENAME. (s.f.). *Manual de Estimulación temprana socio-afectiva para bebés de 0 a 12 meses*. Santiago. 1-36. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de www.sename.cl
65. Soares, I. & Díaz, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 177-195. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de <http://148.215.1.166:89/redalyc/pdf/337/33770112.pdf>
66. Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
67. Temboury, C. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11 (16), 127-142. Extraído el 21 de Febrero de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000600002&script=sci_arttext
68. World Health Organization. (2007). ICE-10. Extraído el 14 de Mayo del 2009, de <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

ANEXO 1

**AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN**

AUTORIZACIÓN

A través de la presente carta YO, _____, RUT:

_____ padre/madre o apoderado de
_____, RUT: _____, del curso
_____, autorizo a que participe voluntariamente en el proceso
de entrevista para la investigación "ESTUDIO SOBRE LA EXPERIENCIA DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN DE APEGO
MADRE-HIJO". Esta investigación es requisito para aprobar Magíster en Psicología
Clínica de la Universidad de Valparaíso, por la psicóloga Katherine Girardi.

De antemano agradecemos su valiosa disposición, saluda atentamente.

Katherine Girardi Mac-Taggart

FIRMA PADRE O MADRE

ANEXO 2

FORMATO ENTREVISTA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ENTREVISTA A MADRES ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

I IDENTIFICACIÓN

NOMBRE : _____

EDAD : _____ EDAD GESTACIONAL : _____

DIRECCIÓN : _____ COMUNA : _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD : _____ ESCOLARIDAD ACTUAL : _____

NOTAS : _____ COLEGIO : _____

GRUPO FAMILIAR : _____

II ANTECEDENTES DEL EMBARAZO

PROGRAMADO : _____ DESEADO : _____

EMB. ANTERIOR : _____ METODO ANTICONCEPT : _____

SINTOMAS DE PÉRDIDA : _____ SÍNTOMAS SECUNDARIOS : _____

FECHA PRIMER CONTROL : _____ CONTROLES REGULARES : _____

III. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿QUÉ HA SIGNIFICADO PARA TI EL ESTAR EMBARAZADA?
2. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES PREOCUPACIONES QUE TIENES ESTE ÚLTIMO TIEMPO?
3. ¿CÓMO CREES TU QUE VA A SER EL SER MADRE?
4. ¿QUÉ ES PARA TI SER UNA BUENA MADRE?
5. ¿CÓMO DESCRIBIRIAS LA RELACIÓN DE TU MAMÁ CONTIGO?

