



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

TESIS DOCTORAL

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**Representación prenatal de la maternidad en mujeres
primíparas**

Autora:

Vania Andrea Barriga Torres

Directores:

Dr. D. José Palacios Ramírez
Dr. D. Francisco José Moya Faz
Murcia, octubre de 2024



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

TESIS DOCTORAL

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Representación prenatal de la maternidad en mujeres
primíparas

Autora:

Vania Andrea Barriga Torres

Directores:

Dr. D. José Palacios Ramírez
Dr. D. Francisco José Moya Faz
Murcia, octubre de 2024

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Francisco José Moya Faz y el Dr. D. José Palacios Ramírez como Directores ⁽¹⁾ de la Tesis Doctoral titulada “Representaciones mentales de la maternidad en mujeres primíparas” realizada por Dña. Vania Andrea Barriga Torres en el Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a xx de septiembre de 2024.

⁽¹⁾ Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.

RESUMEN

Esta investigación analiza las representaciones prenatales sobre la maternidad de 39 mujeres españolas primíparas, que se agruparon en función del modo en que se habían quedado embarazadas: (1) embarazos programados de manera natural, (2) embarazos por medio de tratamiento de fecundación, (3) embarazos imprevistos que han estado en la tesitura de continuar o no y (4) embarazos en mujeres que pertenecen a comunidades religiosas. A partir de un enfoque metodológico cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas durante el primer trimestre de embarazo, que recogían en su diseño planteamientos teóricos de la denominada *Constelación Materna* de Daniel Stern (1997). A través de un análisis de contenido de las entrevistas se hallaron perfiles de representación específicos de cada grupo, ligados a aspectos psico-sociales propios de cada grupo. Las participantes del primer grupo presentaron una anulación consciente de toda representación del bebé ante una posible pérdida. Las participantes el segundo y tercer grupo presentaron una ausencia de representaciones del bebé posiblemente debido al estrés relacionado al éxito del tratamiento y al impacto emocional por la noticia del embarazo respectivamente, aunque en el tercer grupo una vez que deciden continuar se van configurando dichas representaciones y en el cuarto grupo las representaciones del bebé las tiene presentes desde un inicio y están influenciadas por preceptos cristianos como dar la vida y la apertura a la vida. La ausencia de representaciones del bebé revelaría la importancia del apoyo y/o acompañamiento de los servidores socio-sanitarios.

Palabras Clave: Representación mental, Constelación de la maternidad, tipos de embarazo, primíparas.

ABSTRACT

This research analyzes the prenatal representations on motherhood of 39 Spanish primiparous women, who were grouped according to the way in which they had become pregnant: (1) pregnancies programmed in a natural way, (2) pregnancies through fertilization treatment, (3) unplanned pregnancies that have been in the situation of continuing or not, and (4) pregnancies in women who belong to religious communities. Based on a qualitative methodological approach, semi-structured interviews were conducted during the first trimester of pregnancy, which included in their design theoretical approaches of the so-called Maternal Constellation of Daniel Stern (1997). A content analysis of the interviews revealed specific representational profiles for each group, linked to psycho-social aspects specific to each group. The first sample presented a conscious annulment of any representation of the baby in the face of a possible loss. In the second and third samples there was an absence of representations of the baby, possibly due to the stress related to the success of the treatment and the emotional impact of the news of the pregnancy respectively, although in the third group, once they decide to continue, these representations are configured, and in the fourth group the representations of the baby are present from the beginning and are influenced by Christian precepts such as giving life and openness to life. The absence of representations of the baby would reveal the importance of the support and/or accompaniment of the social-health care providers.

Key words: Mental representation, motherhood constellation, types of pregnancy, primiparas.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a María Dolores García Mascarell por su generosidad, calidez y sencillez al escuchar el planteamiento de esta investigación y por considerarla de interés y valor para la maternidad de las mujeres. A Estrella Nuñez-Delicado por su tiempo para dialogar de la temática de esta tesis y por toda la ayuda que me ha proporcionado para que saliera adelante. A María Jesús Romero Montesinos por hacerme partícipe de una tarea tan bonita como es la de acompañar a toda mujer embarazada que lo necesite y por su amor a la Vida.

A mis directores de tesis, José Moya Faz y José Palacios Ramírez, por acompañarme en la elaboración de mi investigación y por ser generosos con sus conocimientos. Con ellos he aprendido que la transformación que se da por medio de la investigación implica respeto por quien es el otro, sus ideas y sus circunstancias.

A los sanitarios del área de maternal del Hospital Virgen de la Arrixaca que favorecieron a que contactara de la manera más amable y respetuosa con las embarazadas que asisten a sus revisiones ecográficas. A los ginecólogos, Merche Medina, Francisco Bodini, Maritza Sánchez del Campo y a Rocío Martín-Gil que fueron generosos en compartir sus conocimientos e intercambiar ideas con respecto a la concepción en este tiempo, la vivencia del embarazo en las mujeres y la lactancia.

A todas las mujeres que han participado en esta investigación, compartiendo su vivencia de la maternidad desde la situación en la que se encontraban, por su confianza por permitirme entrar en sus foros más internos y compartir los sentimientos que entrañaban sus embarazos.

A mi compañero de viaje Manuel Mira, por *estar* y apoyarme a seguir con esta investigación que he intercalado con las adversidades de mi propia maternidad y crianza. A mis hijos Andrea, Iria, Pablo, Marina, y a los tres que están en mi corazón, que han sido un impulso para iniciar esta investigación y dar a luz a los resultados que plasmo en este documento. A mi hermano Dany por apoyarme a iniciar este doctorado y a mis padres Isabel y Andrés que me han dado Todo para poder navegar con libertad en mi vida.

"si el grano de trigo no cae en tierra y muere, se queda solo;
pero si muere, produce mucho fruto." Juan, 12, 24

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	7
I - INTRODUCCIÓN	27
1.1. Vicisitudes contemporáneas de la maternidad	27
1.2. Representaciones	33
1.2.1. Representaciones mentales de la maternidad	35
1.3. Grupos de estudio	44
1.3.1. Grupo 1: Mujeres con embarazos planificados	44
1.3.2. Grupo 2: Maternidad en primíparas con embarazos por medio de tratamiento de reproducción asistida (TRA)	47
1.3.3. Grupo 3: Maternidad en primíparas con embarazos imprevistos	50
1.3.4. Grupo 4: Maternidad en primíparas que pertenecen a una comunidad religiosa	53
II - JUSTIFICACIÓN	59
III - OBJETIVOS	63
IV - MATERIAL Y MÉTODO	67
4.1. Participantes	67
4.2. Procedimientos	70
4.3. Técnica de recogida de información	70
4.4. Análisis de datos	71

V -	RESULTADOS	75
5.1.	Grupo 1: Maternidad en primíparas con embarazos planificados	75
5.1.1.	Modelo sobre sí misma	75
5.1.1.1.	Decisión de ser madre	75
5.1.1.2.	Asimilación de los cambios	77
5.1.2.	Modelo sobre el bebé	78
5.1.2.1.	Expectativa de ser madre de un bebé	78
5.1.3.	Modelo sobre su propia madre	79
5.1.4.	Modelo sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por las madres	80
5.2.	Grupo 2: Maternidad en primíparas con embarazos por medio de tratamiento de reproducción humana asistida (TRA)	81
5.2.1.	Modelo sobre sí misma	81
5.2.1.1.	Deseo de querer ser madre	81
5.2.1.2.	La percepción de la pareja como futuro padre como factor determinante	82
5.2.1.3.	Expectativas de la crianza igualitaria	82
5.2.1.4.	Desconcierto e incertidumbre de las implicaciones del embarazo y la crianza respectivamente	83
5.2.2.	Modelo sobre el bebé	84
5.2.2.1.	Ausencia de Representación mental del Bebé	84
5.2.3.	Modelo sobre su propia madre	86
5.2.3.1.	Necesidad de revertir y limitar aspectos de la imagen de la madre	86

5.2.4.	Modelos sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre	88
5.3.	Grupo 3: Maternidad en primíparas con embarazos imprevistos	90
5.3.1.	Modelo sobre sí misma	90
5.3.1.1.	Sorpresa del embarazo	90
5.3.2.	Modelo sobre el bebé	91
5.3.2.1.	Ambivalencia hacia el embarazo	91
5.3.2.2.	Representación del bebé	91
5.3.3.	Modelo sobre su propia madre	92
5.3.3.1.	Re-elaboración de la figura de la madre	92
5.3.4.	Modelo sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por las madres	93
5.4.	Grupo 4: Maternidad en primíparas que pertenecen a una comunidad religiosa⁹⁶	
5.4.1.	Modelo de sí misma	96
5.4.1.1.	Deseo de querer ser madre	96
5.4.1.2.	Ausencia de Control de la natalidad	98
5.4.2.	Modelo sobre el bebé	100
5.4.2.1.	Familia Numerosa	100
5.4.2.2.	Muerte Perinatal	101
5.4.3.	Modelo sobre la madre	103
5.4.3.1.	Tipo de crianza al tener Familia Numerosa	103

5.4.4.	Modelo sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por las madres	104
VI -	DISCUSIÓN	109
6.1.	GRUPO 1: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS PLANIFICADOS	109
6.1.1.	Modelo de si misma	109
6.1.1.1.	La decisión de ser madres y asimilación de los cambios	109
6.1.1.2.	Expectativa de ser madre de un bebé	110
6.1.2.	Modelos sobre su propia madre	111
6.1.3.	Modelo sobre el bebé	112
6.1.4.	Representaciones culturales de la maternidad	113
6.2.	Grupo 2: Maternidad en primíparas con embarazos por medio de tratamiento de reproducción humana asistida (TRA)	114
6.2.1.	Modelo de si misma	114
6.2.1.1.	La Fertilidad y el Diagnóstico de infertilidad	114
6.2.1.2.	Deseo de querer ser madre	115
6.2.1.3.	Percepción de la pareja y la figura de sus madres	115
6.2.1.4.	Dificultades perinatales	116
6.2.2.	Modelo sobre el bebé	117
6.2.2.1.	Ausencia de la Representación Mental del bebé	117
6.2.3.	Modelo sobre su propia madre	119
6.2.3.1.	Necesidad de revertir y limitar aspectos de la imagen de la madre	119
6.2.4.	Representaciones mentales culturales de la maternidad	119

6.3.	Grupo 3: Maternidad en primíparas con embarazos imprevistos	120
6.3.1.	Modelo de sí misma	120
6.3.1.1.	Deseo de querer ser madre	120
6.3.1.2.	Percepción de la pareja y la figura de sus madres	120
6.3.2.	Modelo sobre el bebé	122
6.3.2.1.	Muerte Perinatal	122
6.3.2.2.	Ausencia de la Representación Mental del bebé	122
6.3.3.	Modelo sobre su propia madre	125
6.3.4.	Representaciones culturales de la maternidad	126
6.4.	Grupo 4: Maternidad en primíparas que pertenecen a una comunidad religiosa	127
6.4.1.	Modelo sobre sí misma	127
6.4.1.1.	Deseo de querer ser madre	127
6.4.1.2.	Ausencia de control	128
6.4.2.	Modelo sobre el bebé	129
6.4.2.1.	Familia Numerosa	129
6.4.2.2.	Muerte Perinatal	131
6.4.3.	Modelo sobre su propia madre	133
6.4.4.	Representaciones culturales de la maternidad	134
6.4.4.1.	Aportación y Soporte de la Comunidad	134
VII -	CONCLUSIONES	139
VIII -	LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	147
IX -	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153

SIGLAS Y ABREVIATURAS

EI, Embarazo imprevisto

TRA, Tratamiento de Reproducción Asistida

IVE, Interrupción Voluntaria del Embarazo

CM, Constelación Materna

CN, Camino Neocatecumental

ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las mujeres por grupos.....

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado	174
ANEXO 2. Guía de entrevista	
ANEXO 3. Ficha sociodemográfica	

I – INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

I.1. VICISITUDES CONTEMPORÁNEAS DE LA MATERNIDAD

En la actualidad, a pesar de las variaciones en la valoración social que presenta la maternidad, esta no deja de despertar interés y de ser una variable relevante en los diversos ámbitos de estudio. Esto es debido a que sus significados están cambiando vertiginosamente en todas las áreas, social, política, económica, tecnológica y por ende psicológica.

En este sentido, la falta de conocimiento real sobre la situación de la maternidad, el menosprecio existente hacia el valor de la vida en cada sociedad, la falta de consideración de la heterogeneidad dentro de la maternidad y la falta de incorporación de los resultados de diversos estudios acerca de la maternidad no solo pueden generar diseños poco acertados en lo que respecta a las políticas sociales, sino que puede impactar en la estructuración de la legislación en relación a ella.

En España, como en muchas otras sociedades occidentales, el tratamiento que se da a la maternidad presenta un antagonismo muy marcado, tanto a nivel macro como micro (Heras y Téllez, 2005). Observamos, por una parte, una gran preocupación a nivel gubernamental por el impacto macroeconómico que supone el fehaciente decrecimiento de la natalidad (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021). Sin embargo, en la práctica dicha preocupación parece desdecirse con la casi inexistente inversión pública en ayudas a la maternidad (Fundación Faes, 2022; Fundación RedMadre, 2022). A su vez, esta inversión contrasta significativamente con el desembolso que se puede deducir del número total de

las denominadas Intervenciones Voluntarias del Embarazo (IVE) (Ministerio de Sanidad, 2022).

En los estudios demográficos España es considerado uno de los países “low-low fertility”, donde el índice de fecundidad es de 1,16 por mujer (INE, 2023). Sin embargo, la última encuesta de fecundidad (INE, 2018) arroja que las mujeres desearían tener más hijos de los que tienen, lo que genera un interés por identificar las variables que intervienen en la mencionada paradoja en torno a la maternidad. A nivel macro, un planteamiento interesante es el de Esping-Andersen (2008), quien plantea que el impacto más evidente del familismo existente en España es el bajo nivel de fecundidad, que genera una divergencia de la realidad y el deseo del número de hijos que se tiene y los que se desean tener, la cual a su vez el autor explica que se debe a los valores posmodernos, principalmente el individualismo, y la exaltación de la autogratificación, donde el tener hijos termina siendo una incordia para los planes personales.

El impacto generado por esta paradoja en la población femenina en relación a su decisión de ser madres, ha superpuesto el factor socioeconómico como variable predominante para entender por qué las mujeres no consideran tener hijos o tener más hijos, pues no ha mostrado ser decisiva sobre decisión, por lo que se han planteado otras hipótesis que consideran que el problema subyacente se halla en la variable psico-cultural (Donath, 2016; Shapiro, 2014).

Al respecto, en general las mujeres españolas, especialmente las más jóvenes, no consideran que su realización personal dependa de ser madre (Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades [INMUJER], 2019), por lo que mayoritariamente empiezan a plantearse ser madres por primera vez a partir de los 32,6 años (Instituto de Política Familiar [IPF], 2019). Sin embargo,

este deseo de ser madre se ve retrasado por temas relacionados con el desarrollo personal, la estabilidad económica, laboral y también con la estabilidad de pareja, generando que cada vez más mujeres en torno de los 40 años se vean abocadas a hacer uso de los tratamientos de fertilización asistida (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

Considerando que en los diferentes campos de la investigación el tema de la maternidad continúa siendo de amplio interés, especialmente los factores que influyen en el aumento o descenso de la natalidad. En cierto modo pues decirse que una de las limitaciones en los discursos en torno a la maternidad es que no se considera lo suficiente la heterogeneidad existente en la concepción de la maternidad (Raphael-Left, 2009), que incluyen diversos factores interrelacionados que influyen en la construcción de las representaciones de la maternidad (Devouche y Apter, 2012).

La heterogeneidad en la maternidad plantea el interés de identificar cuáles son las representaciones mentales prenatales durante la etapa de gestación en diferentes grupos de mujeres primíparas, tanto en sus aspectos diferenciales como los aspectos propios de los grupos. En la presente investigación se considerarán cuatro grupos: mujeres que han planificado y programado su embarazo de manera natural, mujeres con tratamiento de fecundación (TRA), mujeres con embarazos imprevistos (EI) que han estado en la tesitura de continuar o no sus embarazos y mujeres que pertenecen a comunidades religiosas.

El tema de la edad plantea otra arista en la maternidad, pues en España la edad de entrada a la maternidad cada vez se ve más polarizada socialmente. Por una parte, se observa que la maternidad temprana, habitualmente se da entre mujeres de entornos socio-económicos y educativos desfavorecidos (Yago y Tomás, 2014), algo que contrasta con los casos de aquellas mujeres con primeros

partos tardíos que han invertido en su capital humano (Testa, 2014). Esto explica que la maternidad de las mujeres jóvenes siga siendo un tema de preocupación socio-política, ya que generalmente se asocia con embarazos de carácter involuntario e imprevisto, debidos a las carencias informativas y de planificación, entre otros aspectos. En muchos de estos casos la noticia del embarazo genera una turbación emocional en la mujer, la cual se ve acompañada por el abandono o la amenaza de abandono por parte de la pareja, padre del bebé, aspectos que generan un impacto psicológico sobre la mujer y sobre su embarazo, además de ser un aspecto que casi no se ha investigado.

En el otro extremo, con respecto a la edad, encontramos que, en toda Europa, y en especial en España (FAES, 2022), la tendencia es a postergar la maternidad más no a renunciar a ella, lo que lleva cada vez más mujeres a recurrir a tratamientos de reproducción asistida (TRA) cuando consideran ellas y sus parejas que es el momento adecuado. En estos casos, es relevante mencionar que se mantiene el prejuicio que ante el éxito del tratamiento de fertilización las mujeres han estado exentas de experimentar dificultades antes, durante y después del embarazo, en relación con las implicancias fisiológicas y sus respectivos correlatos psicológicos que conlleva este tipo de intervención (Klock y Greenfeld, 2000; Lykeridou et al., 2009). Una posible explicación para esto es la alta motivación que muestran las parejas por tener un bebé (Repokari et al, 2007), que hace que sopesen entre las dificultades y su deseo de maternidad.

Un tercer perfil/tipo de embarazo de interés para nuestra investigación es el representado por mujeres que, sin presentar ninguna dificultad para quedarse embarazadas, planifican sus embarazos de manera natural. Estos embarazos, a diferencia de los embarazos no planificados, no han tenido mayor atención en la investigación, posiblemente porque no se considera que tengan las repercusiones

ni las consecuencias personales que sí conllevan los embarazos imprevistos, ni tampoco generan un impacto socio-económico a nivel macro. Quizá por el mismo hecho de que son deseados no se visualizan todos aquellos aspectos que se circunscriben, y que podrían menguar la vivencia de la calidad del embarazo. Pues a pesar de que existe una decisión previa a la concepción, muchas veces no se concibe las implicaciones de la misma, como los cambios que le supondrá a la mujer en las diferentes áreas de su vida. Esto nos lleva a cuestionar hasta qué punto el planificar un embarazo está relacionado con los comportamientos previos a la concepción y la vivencia de la crianza. En este sentido, actualmente este tema ha dejado de estar descuidado tanto por los agentes sanitarios como por las mismas mujeres, pero aún siguen enmarcados en lo fisiológico y en pro del bienestar del feto, más no consideran íntegramente a la madre.

De este modo encontramos que cada vez es más inusual y poco frecuente consultar a un profesional sanitario antes de concebir (Barrett et al., 2015), y que cuando se realiza la consulta no necesariamente se proporciona una atención integral sino focalizada en lo físico y en lo nutricional (Stephenson et al., 2018). Quizá la autopercepción de la mujer, el hecho de sentirse sana, le proporciona el augurio de tener un embarazo exitoso, es decir, no necesariamente considera el proceso previo de salud preconcepcional sino la concepción en sí. En la etapa pregestacional hay mayor interés en el bienestar de la madre en función del feto, por ello, por ejemplo, la indicación del consumo de ácido fólico, pero no existe un proceso para introducir a la próxima madre en los aspectos mentales que aparecerán ante los cambios físicos.

Con respecto al tema de decidir planificar el embarazo aparece un dato relevante de la última encuesta de fecundidad (INE, 2018), que aparentemente podría contradecir el sentir de las mujeres acerca de no sentirse realizadas por

medio de la maternidad, que señala que muchas mujeres mencionan tener menos hijos de los que desearían tener, alegando temas socio-económicos, laborales y dificultades de conciliación (Grzenda, 2023). Sin embargo, encontramos otra población de mujeres, en donde estos factores socio-económicos tan comentados no son determinantes para empezar a tener hijos a temprana edad, deseando tener una familia numerosa. Este perfil de embarazos/maternidades se presenta sobre todo en mujeres que conciben la maternidad y la crianza desde un paradigma diferente que se han estudiado de manera muy limitada, y que se enmarcan dentro de comunidades religiosas más o menos tradicionales (Mor, 2008).

De este modo, consideramos enriquecedor incluir en nuestra investigación un cuarto grupo de participantes de este sector de la población, ligado al tema de la heterogeneidad y la religiosidad, el cual es entendido como la intensidad de las creencias y la participación religiosa. Tomando en cuenta la propuesta de Zhang (2021), que considera que la mayor parte de estudios de fecundidad y religión han dejado de lado la religiosidad. Hemos considerado realizar el estudio con mujeres pertenecientes a las comunidades del camino neocatecumenal, debido a que son significativamente diferenciadas en la manera de concebir la maternidad, sobre todo en relación al número de hijos que cada mujer tiene en promedio.

Consideramos que la necesidad de profundizar en la configuración de la maternidad de diferentes grupos de mujeres, por una parte, proporciona información útil sobre lo que requieren cada una de las poblaciones y sobre la formulación de políticas sociales integrales para las mujeres embarazadas. Y, por otra parte, dicha información resulta además de interés para el desarrollo de programas de salud mental durante el periodo de la maternidad. Además, este

conocimiento aporta la visualización de variables que están presente en las mujeres de manera determinante en su concepción de la maternidad.

I.2. REPRESENTACIONES

Empezaremos este apartado con la revisión teórica en relación al origen del término de representación, para luego realizar una revisión de este constructo dentro del campo del psicoanálisis y finalmente revisaremos algunos postulados acerca de las representaciones maternas prenatales, específicamente desde los planteamientos de Daniel Stern.

El término representación ha sido retomado y reformulado por diferentes disciplinas desde la filosofía clásica, adquiriendo diferentes significados en su transpolación a diferentes campos epistemológicos (Yacuzzi, 2017). Partiremos de la conceptualización del término que ofrece Ferrater Mora (1975) en la filosofía, definiéndolo como la reproducción de las percepciones, presentes y pasadas en la conciencia.

En la transposición de este término al psicoanálisis, Freud, le dio un uso original en sus planteamientos, específicamente en su obra “La interpretación de los sueños” (1900), esbozando la presencia de componentes inconscientes que se registran en los sistemas mnémicos, aspectos que lo diferencia del concepto tradicional filosófico. De este modo, con este nuevo planteamiento las representaciones dentro de la teorización freudiana de la mente resultan fundantes para el planteamiento de su Primera Tópica que denominó Modelo Topográfico de la mente, donde hace la distinción de tres niveles o regiones, en modo simbólico: inconsciente, preconscious y el consciente, los cuales tendrían tanto contenidos como procesos diferentes. Asimismo, Freud realiza una

distribución de las representaciones en dos niveles, la representación-cosa y la representación-palabra, ligadas a lo visual y a lo acústico respectivamente, esta última por desprenderse de la palabra. La primera se caracteriza por estar en el plano inconsciente y las segundas en un plano preconscious y potencialmente consciente, por lo que la representación-cosa dependería de la representación-palabra para poder acceder a la conciencia. Es decir, que a diferencia de lo mencionado por Abbagnano, (1971), en el campo filosófico, donde se consideraba que con lo visual se lograba una imagen que era la representación, el psicoanálisis considera que las representaciones traspasan lo perceptivo, pues la imagen pasa por un proceso intrapsíquico que puede acoplarse a la dinámica de sistemas de representaciones existentes en la psiquis del sujeto y/o generar nuevas representaciones.

Por otra parte, los postulados Kleinianos (Klein, 1986), teniendo como base la teoría freudiana, se focalizaron en las fantasías primarias y en su función imaginaria, que tienen presencia desde el nacimiento del ser humano, las cuales precisan de un objeto, que para un bebé será el cuerpo de su madre, pues es el que le permitirá al lactante conocer el mundo exterior. Es decir, que el funcionamiento mental del bebé se da por medio de estas fantasías, y de la experiencia que tenga con el objeto, –que específicamente será el pecho de su madre- por medio del mecanismo de introyección, con el que experimentará tanto momentos placenteros como agresivos, los cuales a su vez serán los precursores de diversas emociones y de procesos cognitivos más sofisticados, ante la ausencia de representaciones verbales y un pensamiento racional. En esta etapa el objeto, la madre, está fragmentado, y progresivamente se dará una integración de este objeto, con el que el bebé va formando una relación de objeto temprana, lo cual va

mostrando el proceso de construcción de una representación del objeto-sujeto y de la representación de la realidad.

En las conceptualizaciones post-freudianas (Fonagy et al., 1991; Stern, 1997; Kernberg, 1976; Laplanche y Pontalis, 2004), a diferencia de los planteamientos kleinianos postulan que la experiencia real con el objeto, la madre o una figura materna, desde una edad precoz es determinante para la estructuración psíquica del ser humano. Así, formulan la internalización de las relaciones objetales, en la cual los esquemas representacionales internos presentan componentes tanto conscientes como inconscientes, los cuales permiten realizar el procesamiento y organización de la diferente información y los afectos de manera que sean incorporadas e integradas en las estructuras mentales preexistentes, que tienen la capacidad de generar nuevas estructuras representacionales y de transformar las existentes, y que dan un sello único en cómo nos relacionamos con los otros, expresándose por medio de los afectos, impulsos, fantasías y deseos, así como también por medio de la manera en cómo uno mismo se piensa y se siente consigo mismo y cómo piensa a los demás (Sandler y Rosenblatt, 1962; Beres y Joseph, 1970; Blatt, 1990; Kernberg, 1976).

I.2.1. Representaciones mentales de la maternidad

Históricamente, en el campo académico ha habido un gran interés alrededor de la construcción de las representaciones maternas, con el fin de entender especialmente el alcance que tienen, o no, en el vínculo temprano, en el apego y el tipo crianza que puede darse entre la madre y su bebé (Ammaniti, 1991; Behringer et al., 2011; Dayton et al., 2010; Huth-Bocks et al. 2011; Szewczyk et al., 2007; Tambelli y Lucarelli, 2014). Sin embargo, la formación de las representaciones en la mujer en sí tiene su propio impacto en la psique de la nueva madre, como el

proceso de transformación de su identidad, la restructuración de sus sistemas de representación, los cuales son campos que han empezado a ser explorados y a tomar relevancia (Ammaniti et al., 2012).

Partiremos de lo propuesto por Blum (2017), acerca de que las representaciones maternas comienzan desde antes del embarazo y se van modificando en el proceso del embarazo y posteriormente. Por lo que nos planteamos, el origen del mundo representacional en las personas, es un continuo desde su nacimiento en adelante. Así, autores como Bion provenientes del pensamiento psicoanalítico, toma algunos aspectos de la teoría freudiana y kleiniana, para formular en el 22º Congreso Internacional de Psicoanálisis en Edimburgo de 1961 una teoría del pensamiento (Bion, 1962) donde propone la existencia de la vida psíquica intra-uterina, es decir del feto, formulando las denominadas preconcepciones, que son elementos primitivos del sistema psíquico fetal, con las que la mente del bebé puede hacer frente a la frustración que le generan las necesidades básicas a las que estará expuesto cuando nazca, y también preconcepciones relacionadas a la satisfacción de sus pulsiones básicas como pueden ser la ensoñación del pecho materno (Zimerman, 1995). En un segundo momento, Bion también planteará el proceso por el cual se articulan las representaciones en la mente del bebé, el cual se da por medio de un modelo interactivo en la díada madre-bebé, que implica la capacidad de *reverie* de la madre, en la que se pone a prueba su capacidad real de prestar a su bebé su función continente -especialmente para aquellos contenidos desestructurados del bebé- y así acogerlos, decodificarlos y darles significado. Un ejemplo de estos serían los sentimientos de angustia que el bebé experimenta y deposita en ella. Esta forma primitiva de comunicación es potencialmente generadora de representaciones mentales primitivas en el bebé, que progresivamente generará

un aparato pensante, por medio de un mecanismo psíquico primitivo denominado identificación proyectiva (Bion, 2023; Bleandonu, 1994).

Al respecto, desde otra línea teórica psicoanalítica, equidistante a la de Bion, está la teoría de las relaciones objetales, que se la considera como antecedente principal de las representaciones maternas, donde se propone que éstas estarían conformadas por las representaciones mentales del self y del otro y del rol de cada uno en las interacciones (Raphael-Leff, 2005; Tyson y Tyson, 2000). Los que serán los componentes del mundo representacional de la persona que, una vez establecidos, tendrán un rol central en su vida mental y en las interacciones sociales del individuo (Sandler y Rosenblatt, 1962).

Es así que nos adentramos a los postulados de Daniel Stern (1997) en los que plantea que las representaciones mentales se consideran como una construcción psíquica derivada de la experiencia subjetiva *de-estar-con* otra persona. Con respecto al modo en que se incorpora dichas experiencias Stern propone, a diferencia del planteamiento clásico del psicoanálisis que se realiza por medio del mecanismo de introyección, de afuera para adentro, que más bien se construiría un modelo desde dentro a partir de algunas propiedades innatas de la mente, de origen pre-verbal, que proporcionan la capacidad de representar el momento exacto de una experiencia determinada, de manera integral y coherente, pues incluirá elementos como los afectos, los actos, las motivaciones, etc., que los integrará a otros elementos, a esto Stern denomina “momento emergente” el cual tiene componentes, que provienen de los sentidos y que generarán diversos modelos como el sensoriomotor, el perceptivo, el conceptual, los guiones, las figuras de sentimientos y las envolturas proto narrativas. Por tanto, la experiencia quedará codificada en unidades coherentes. Al sugerir que la mente tiene la capacidad de representarse a sí misma en base a experiencias reales, Szivos (2020)

considerará que esta configuración de las representaciones podrá influenciar y afectar a la persona, desde cuando es feto hasta la adultez.

Stern (1997) propone que en toda relación interpersonal se despliegan interacciones de estos modelos y que se estructuran en una red de modelos *de-estar-con*, es decir, estructuras basadas en la experiencia subjetiva de estar con otra(s) persona(s) que pueden cambiar e incorporar nuevos elementos. En este sentido Stern (1997) propone el estudio de las representaciones maternas, pues al ser la mujer madre, especialmente la primera vez, entra en una nueva y única organización psíquica que tendrá una duración variable según la mujer, dejando en un segundo plano otros organizadores psíquicos para entrar en lo que él llama la *Constelación Materna* (en adelante CM), y en la que el hijo vendría a ser el centro y ella la madre.

Para Stern (1997) la CM hace referencia a tres grandes preocupaciones relacionadas con discursos propios y ajenos: el discurso consigo misma como madre –especialmente con la madre de cuando ella era niña-, el discurso de la nueva madre con su propia madre y el discurso con su bebé. Estos discursos demandarán de la nueva madre su respectiva elaboración y reelaboración mental. A su vez, estos discursos se concatenan con los cuatro puntos que componen la CM. El primero es el tema de la vida y el crecimiento, en el que la madre se siente a prueba consigo misma, con su familia y su cultura, respecto a si es capaz de mantener con vida al bebé y hacerle crecer y desarrollarse. Estos temas pueden generar temores en la madre, que sin embargo no son considerados como parte normal de la CM.

El segundo se refiere a la relación socio-afectiva de la madre con el bebé, es decir el modo en que la madre fomentará el desarrollo psíquico y afectivo del bebé, a través de la progresiva toma de conciencia de su bebé, de su capacidad

para experimentar la mutualidad de amor entre ella y el bebé para entrar, o no, en la “pre-ocupación” maternal primaria, que implica por ejemplo sí ella podrá “leer” la comunicación no verbal del bebé, las necesidades básicas de su bebé. La mayoría de madres son extremadamente conscientes de esta función, pero al estar altamente definida por la cultura, dicho proceso también puede ser vivido con miedo de fracasar pues se puede dar una incongruencia entre lo que se espera de ellas en lo vincular-afectivo con el bebé y el repertorio propio del aprendizaje de la madre.

El tercer tema sería la matriz de apoyo, el cual se refiere a la necesidad de la madre de crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora que le permita y facilite realizar las dos primeras funciones. Esta red de apoyo es ineludible y tradicionalmente ha sido femenina y maternal (madre de la madre, la abuela, la(s) hermana(s) mayor(es), las tías, entre otras), y debido a las demandas que el bebé y la sociedad depositan en la madre, es ineludible esta red de apoyo sin embargo, las nuevas configuraciones familiares y la desaparición relativa de la familia extensa no han sido sustituidas por formas adecuadas de otra unidad social ni por otra unidad social ni por unidades médicas o sanitarias de manera integral, por lo que la función de la red recae en estos tiempo en la figura de la pareja de la madre. En general, se espera que la red de apoyo cumpla con dos funciones: primero, proteger físicamente a la madre, es decir cubrir sus necesidades vitales exonerándola temporalmente de las exigencias de la realidad externa con el objetivo de facilitar su papel de las dos primeras funciones.

La segunda función de esta red es brindarle apoyo de carácter psicológico y educativo, pues la nueva madre necesitará ser rodeada, apoyada, acompañada, valorada, instruida y ayudada, ya que para una adecuada vivencia del desarrollo de sus nuevas funciones requerirá de la figura de una madre

benevolente (que no la critique, que evite infravalorarla, que no le transmita que es una madre inapropiada o destructiva, que no compita con ella, etc), puesto que durante la vigencia de la CM se reactivará y reorganizará una relación psicológica con las figuras maternas de su vida de una manera intensa. Esta reactivación y reorganización de la figura de su madre se da de una manera especial e intensa durante la CM, que implica una activa e intensa reelaboración intra-psíquica para la nueva madre. Así mismo, estudios vinculares (Fonagy et al.,1991; Koren-Karie, 2000; Ziegenhain, 1999) encuentran que uno de los mejores índices de predicción del patrón de vínculo afectivo entre la madre y el bebé es la manera en que esta madre habla de su propia madre en la actualidad. La madre se ve en la necesidad de formar esta matriz de apoyo y temerá no lograr conformarla a pesar del coste que podría suponerle, como puede ser la pérdida en términos de autoestima, autonomía, independencia y dignidad o que incluso esta matriz este conformada con alguien que la mine, la sabotee, o incluso compita con ella, generándole la fantasía de perder al bebé o el amor del bebé (Stern, 1984).

El cuarto tema se refiere a la necesidad de la madre de transformar y reorganizar su identidad, está resultará ser la plataforma donde se desplieguen y materialicen los tres anteriores. Este tema exige de la madre desplazar su núcleo de identidad de hija a madre, de esposa o pareja a progenitora y la necesidad de tener modelos para ello, por lo que reaparece el proceso de transmisión intergeneracional. Para Stern (1997) todas estas representaciones de la nueva madre se basan y construyen a partir de experiencias interactivas, específicamente de las experiencias subjetivas de estar con otra persona, estas son las consideraciones que tiene Stern para proponer ocho modelos mentales “de-estar-con” elaborados por las madres. Los modelos sobre el bebé, los modelos sobre sí misma, los modelos sobre su propia madre, los modelos sobre el padre

del bebé, los modelos sobre su propio padre, los modelos sobre su familia de origen, los modelos sobre las figuras parentales sustitutoria y los modelos sobre fenómenos familiares o culturales presentes, pero no experimentados en la realidad por la madre, hasta antes de serlo.

Para fines de esta investigación, que consiste en describir las representaciones mentales de la maternidad, consideraremos como representaciones maternas prenatales el conjunto de percepciones, narrativas e imágenes mentales, estáticas o dinámicas, (pre)conscientes e inconscientes, que una mujer embarazada experimenta o crea durante su embarazo en relación con el niño que está esperando. Para ello abarcaremos los tres primeros modelos y de manera especial el último modelo, destacando el aspecto cultural, por tener un impacto importante en las sociedades más occidentales, como España, en relación a la maternidad idealizada, la maternidad postergada y el derecho al aborto.

Con respecto al *Modelo sobre el niño*, Stern (1997) considera que el bebé representado en la mente materna tiene una larga historia prenatal, y que el crecimiento físico del bebé en su vientre tiene un correlato mental, como por ejemplo en las representaciones de las características físicas, caractereológicas y psicológicas del feto, que marcará la potencial interacción entre madre y bebé. Además, las representaciones sobre el bebé tienen su referencia en sus roles futuros como hijo de su madre y de su padre o nieto de sus abuelos desde antes de nacer, que irán variando e integrándose o no, teniendo un componente predictor de lo que será el bebé en sus etapas posteriores. A su vez, el bebé existe en tanto persona por lo que tendrá su propia personalidad y carácter.

En el *Modelo sobre sí misma* Stern (1997) sugiere que el nacimiento del bebé plantea cambios en la identidad de la madre, aún más si es el primero. Algunos cambios se darán anticipada y planificadamente antes del parto y serán centrales

como pasar de ser hija a ser madre, pudiendo ir acompañados de sentimientos de pérdida. Habrá otros cambios en la identidad que serán imprevistos y se irán dando sobre la marcha de los primeros meses de vida del bebé. En general, la identidad de la madre estará sometida a una readaptación constante en la que puede darse un reajuste radical situando, o no, los intereses y deseos del bebé a los suyos propios., donde el bebé la convertirá en madre y le permitirá construir nuevas redes de modelo sobre ella misma (Lebovici, 1988) como mujer, esposa, madre, profesional, amiga, nieta y especialmente de hija debido a que este modelo de sí misma condensa mucho contenido histórico de la nueva madre que experimentará la necesidad de abandonar toda fantasía de reparar, corregir y/o rehacer su infancia como niña.

El *Modelo sobre su propia madre* el cual guarda una especial importancia debido al caldo de cultivo de muchas de las esperanzas y temores de la nueva madre, quien realizará una re-significación de su figura materna, tanto en relación al papel que tuvo para ella en su infancia, como en relación al rol de abuela que debe representar. La representación que tiene la gestante de su madre, así como el grado de integración de sus experiencias infantiles, pueden ser los mejores indicadores del modelo de relación que la nueva madre establecerá con el bebé (Stern, 1997).

Por último, está el *Modelo sobre los fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre*. Si bien las representaciones que plantea Stern se basan en las interacciones experimentadas realmente, algunas representaciones poderosas pueden basarse en acontecimientos culturales, familiares o históricos nunca experimentados directamente pero presentes de todos modos de forma semántica o narrada, es decir que la madre dispone de una “realidad narrativa” que le permite conceptualizar cómo se representan los

ideales y las normas de una cultura más extendida a través de los medios de comunicación, la educación o los rumores.

Consideramos que para este octavo modelo, y que incluimos en nuestra investigación, Stern planteó que la CM no es universal, ni innata, es decir que podría estar ausente en culturas no occidentales, sin embargo, considera que las variables socioculturales, y nosotros agregaremos socioeconómicas, jugarían un papel importante para la activación o no y de cómo se activan las influencias biológicas y psicológicas. Por lo que, resulta interesante exponer algunas investigaciones y perspectivas del rol de la cultura sobre la representación que tienen las mujeres acerca de su fecundidad y maternidad.

De este modo, encontramos que investigaciones (Fernández y Fogli, 2006, 2009) que plantean sí la experiencia personal de las mujeres (considerando diversas variables como número de hermanos, educación, educación de los padres, entre otros), puede o no hacer que difieran de lo que les transmite la cultura receptora con respecto a la fecundidad y la maternidad, encontrando que a pesar de dichas variables personales la cultura receptora generaba un impacto visible a la baja en la tasa de fecundidad. Sin embargo, investigaciones más recientes como la de Kulu y Hannemann (2016) hallan que hay variables como la religiosidad y el número hijos por mujer llegan a cuestionar el impacto absoluto de la cultura receptora, al menos en minorías étnicas.

Consideramos que las representaciones culturales de la maternidad en las mujeres de nuestra investigación presentan una conjugación compleja, entre las experiencias individuales, los valores familiares, los cuales a su vez están inevitablemente enmarcadas e influenciados por las representaciones culturales occidentales. Así, si discurrimos sobre la manera en que Stern sugiere que las representaciones se establecen inicialmente en la mente, por propiedades propias

de la mente, es viable entender que las combinaciones de las diferentes vivencias generen representaciones integradas, de manera diferente en cada uno de los grupos, y que a la vez pueden tener puntos de contacto.

I.3. GRUPOS DE ESTUDIO

I.3.1. Grupo 1: Mujeres con embarazos planificados

El embarazo planificado es un tema de relevancia en el ámbito de la salud materno-fetal, aunque sus aspectos psicológicos han recibido menor atención en la investigación en comparación con los embarazos imprevistos, especialmente en la población adolescente. Aunque pueda parecer que estos embarazos no tienen las mismas repercusiones personales que en los embarazos imprevistos, es importante explorar los diversos aspectos involucrados en este tipo de embarazo para comprender mejor sus implicaciones psíquicas.

A diferencia de los embarazos imprevistos, los embarazos planificados de manera natural se dan tras una elección consciente, quizá por ello no han sido foco de mayor estudio, lo que puede deberse a la percepción de que al ser deseados no generan ningún impacto en la psicología de la mujer. Sin embargo, es esencial investigar este tipo de embarazo para comprender el impacto en la experiencia de las mujeres y la calidad de sus embarazos. A través de esta investigación, se busca explorar las representaciones mentales que presentan las mujeres sobre su maternidad, su embarazo y el impacto que tienen o no en el bienestar emocional de la mujer y obtener una visión integral de este fenómeno.

Para ello, es fundamental comprender qué hace que un embarazo sea considerado como planificado, así como los factores que influyen en esta decisión,

lo cual a su vez contribuye a mejorar la calidad de la atención materno-infantil. El estudio de Barrett y Wellings (2002) considera un embarazo como planificado tomando en cuenta tanto factores individuales como de pareja, e identificando cuatro criterios: la intención de quedar embarazada, suspender voluntariamente la anticoncepción, la necesidad de un acuerdo de pareja de ser padres y determinar el momento idóneo de ser padres en relación de etapa de vida. Es decir que se considera por ende que estos embarazos parten de una decisión racional y que son parte de un proyecto de vida en pareja (Betel, 2017). Por otra parte, el estudio de Fisher (1999) sugiere que para determinar la intencionalidad del embarazo es importante explorar con la mujer tanto sus actitudes como sus diversas circunstancias frente al embarazo, así como el apoyo de la pareja y los valores subyacentes hacia su maternidad.

La existencia de una decisión y una planificación previa a la concepción en estos embarazos nos podría encausar a preconcebir que también ha habido una anticipación en otros temas englobados en la maternidad (Alkolombre, 2008; Oiberman, 2009), como la búsqueda de información sobre los temas relacionados al embarazo, el parto, la lactancia, la crianza y especialmente sobre los cambios que le supondría a la mujer en las diferentes áreas de su vida, a modo de encontrar un soporte a lo que experimentaría como desconocido. Sin embargo, en el estudio de Gorrita et al., (2014) se muestra que del total de mujeres entrevistadas, más del 50% se percibían aptas y con conocimientos de lactancia, sin embargo, menos del 20% de ellas mostraba tener dichos conocimientos, entre las que se encontraban las mujeres que habían planificado y deseado sus embarazos. Esto nos lleva a cuestionar hasta qué punto el planificar un embarazo está directamente relacionado con la búsqueda de información idónea, tener

comportamientos previos a la concepción y la adaptación al estado de estar embarazada y cómo influye en el vínculo primario madre-bebé.

En la actualidad, este tema ha dejado de estar descuidado tanto por los agentes sanitarios como por las mismas mujeres, pero aún sigue estando más o menos aún están más o menos enmarcado en lo fisiológico, en pro del bienestar del feto y sin necesariamente considerar a la mujer (Stephenson et al., 2014). Al respecto, algunas investigaciones (Melender, 2002; Fisher, 1999) sugieren que los agentes sanitarios, como parte de su intervención, deberían facilitar la expresión de aquellos sentimientos y dudas que experimenta la mujer con respecto al embarazo, al parto y a la crianza y de ese modo abordarlos.

Adicionalmente, es recurrente encontrar que las mujeres no buscan atención sanitaria preconcepcional, es decir que no suelen acudir a un profesional sanitario antes de concebir, a pesar de que sea de fácil acceso en España, y aun cuando se realiza la consulta no necesariamente se proporciona una atención integral sino focalizada en lo físico y en lo nutricional (Stephenson et al., 2018). Quizá la autopercepción de la mujer de sentirse sana le proporciona en sí un buen augurio de tener un embarazo exitoso, es decir, no necesariamente considera el proceso previo de salud preconcepcional sino la concepción en sí (Stewart y Hall, 2023). Al respecto, Goossens et al. (2018) halló que las nulíparas y las mujeres que habían atravesado por una pérdida presentaban mayor probabilidad de verse abocadas a prepararse para el embarazo, así como también sugiere que las estrategias para la salud preconcepcional deben adaptarse a las necesidades y características de las mujeres. En general, encontramos que hay mayor interés en el bienestar de la madre en función del feto, por ejemplo, en la indicación del consumo de ácido fólico, pero no existe un proceso para introducir y anticipar a la próxima madre a los aspectos mentales que se activarán por los cambios físicos. En relación con este

punto, en la actualidad se halla que estos espacios facilitadores han empezado a emerger fuera del contexto sanitario, como por ejemplo los grupos de ayuda a la lactancia materna (Sebastian, 2017), los cuales en la práctica han hecho extensivo la participación a madres gestantes, pues existe la posibilidad de encontrar respuestas entre sus pares a sus necesidades formativas, emocionales y de acompañamiento.

Al respecto, Bretel (2017) encontró dos categorías relevantes en una muestra de mujeres que planificaron sus embarazos: el momento de la planificación del embarazo y la vivencia del embarazo, hallando en esta última ansiedad relacionada con diferentes incertidumbres que afloran en la madre ante el reto de reconfigurar sus representaciones mentales sobre su identidad mental (Stern, Bruschiweiller-Stern y Freeland, 1998). Estas incertidumbres y ansiedades, con respecto de estar preparadas para ser madres, pueden resultar intensas tanto en adolescentes como en jóvenes adultas (Molina et al., 2002).

I.3.2. Grupo 2: Maternidad en primíparas con embarazos por medio de tratamiento de reproducción asistida (TRA)

En las últimas décadas, tanto España como Israel se han convertido a nivel mundial en países usuarios intensivos de las tecnologías de reproducción asistida (TRA), tanto por la contabilización de un alto número de tratamientos anuales como por la utilización de diversas modalidades de tratamiento de este tipo de intervención (Alon et al., 2019). Así hallamos que aproximadamente el 10% del total de nacimientos en España provienen de estas intervenciones y que uno de los motivos principales fue la infertilidad relacionada con la edad (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2017).

En relación con lo anterior, la Encuesta de Fecundidad (INE, 2018) arroja que, entre los factores predominantes para dar explicación a la incidencia en el retraso de la edad de procrear de las españolas, se encuentran la precariedad y temporalidad del mercado laboral, la falta de conciliación de la vida familiar y laboral y las razones económicas durante las etapas de agudización de la crisis económica por las que ha atravesado España en las últimas décadas.

Sin embargo, retomando los postulados de Donath (2016) y Shapiro (2014) sobre la variable psico-cultural, existen otros aspectos que proporcionan información sobre la decisión de ser madres por primera vez. Como el tener una pareja y/o una relación estable para forjar una familia, la realización académico-profesional y por ende laboral, la sensación de haber vivido diferentes experiencias antes de imbuirse en la maternidad, el nivel de vitalidad con que se siente la mujer para emprender la experiencia de la maternidad, así como el conocimiento que tienen sobre su capacidad de fertilidad.

Con respecto al primer aspecto, los datos del INE (2018) encuentran que el 23, 9% de mujeres en el rango de edad entre 30-34 años argumenta el retraso de la maternidad debido a la ausencia de una relación estable. Mientras que en la franja de 35-39 años el 24, 6% alude a la falta de estabilidad en la pareja. Y para las mujeres de entre 40 y 45 años, la falta de una relación sentimental estable fue el motivo para el 26,8 % de mujeres. Al respecto, Esteve, Devolder y Domingo (2016) mencionan que existe “una falta de acuerdo y de correspondencia entre las expectativas de hombres y mujeres en el mercado matrimonial (pág.3)” lo que implicaría la falta de compromiso que se vive en la actualidad entre las parejas, lo cual a su vez contribuiría a la no experimentación de estabilidad en la pareja para decidir tener hijos.

Por otra parte, Nóre y entre las mujeres de verse insertadas de manera estable en el campo laboral, lo cual las encamina mayormente a tener una actitud competitiva y sacrificada tanto académica como profesionalmente, y con el fin de lograr dichas metas deciden postergar la maternidad (Kemkes-Grottenhaler, 2003), así el sentir que alcanzan sus metas puede mermar el conflicto que les plantea prospectivamente el coste de la maternidad, tanto en la etapa de gestación como en la crianza, así como de las dificultades que les plantearía la reinserción a la vida laboral después de ser madre (Hashiloni-Dolev, Kaplan y Shkedi-Rafid, 2011; Norman, 2006). Sin embargo, algunos estudios (Drolet, 2002; Grzenda, 2023; Meyer, 1999) encuentran que retrasar la maternidad no garantiza salarios más altos y que

Un aspecto particular en esta población, mujeres que tiene mayor nivel educativo, es que retrasan más la primera convivencia en pareja que puede estar vinculada a la primera maternidad (Davía y Legazpe, 2013; Legazpe, 2016).

Otro factor que no se ha investigado en profundidad es la consideración que las mujeres hacen o no sobre el ánimo y las fuerzas vitales con las que cuentan al tomar la decisión de ser madres en edades superiores a la media. Este factor se ha analizado desde la perspectiva del bienestar del bebé, pero no necesariamente desde la perspectiva de la misma mujer. Al respecto, un estudio danés con población femenina mayor de 40 años encuentra que, si bien reconocen las limitaciones relacionadas con su edad para ser madres, especialmente físicas, también reconocen los beneficios de su edad y las competencias que han ganado, experimentando la satisfacción de haber realizado lo que querían, tener más tranquilidad, mayor experiencia de vida y a menudo mayor capacidad financiera (Lahad y Madsen, 2016).

Además, varios estudios recientes (Bretherick et al., 2010; Hashiloni, 2011; Lee, 2019) estudian un aspecto que con anterioridad no parece haberse tomado en cuenta, que es la conciencia sobre la fertilidad en poblaciones potencialmente fértiles, hallando una sobrestimación de las posibilidades de embarazarse, especialmente por parte de las mujeres, lo cual ha contribuido también al retraso de engendrar, que lo relacionan a la falta de información en la educación sexual sobre la disminución de la fertilidad. En relación a esto, Ariza (2014) encuentra que el diagnóstico de infertilidad resulta un quiebre en el curso de vida proyectado de las mujeres, pues a pesar que pudieran considerar su edad en función de la disminución de la fertilidad no consideran la posibilidad de no poder tener naturalmente hijos ni tampoco someterse a un proceso para lograr su deseo de ser madres.

I.3.3. Grupo 3: Maternidad en primíparas con embarazos imprevistos

En relación a los datos que aporta la Encuesta de Anticoncepción en España 2020 (Observatorio de la Sociedad Española de Contracepción [SEC], 2020) de las 1800 mujeres entrevistadas, el 29,3% en edad fértil no utiliza ningún método anticonceptivo, de este porcentaje el 53,3% menciona que “no necesitan usar anticonceptivos” (p. 36), a lo que se podría aumentar las mujeres que hacen uso de algún anticonceptivo, pero lo hace de manera incorrecta. Además, se muestra que las franjas de edad de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, son las que tienen menor tasa de práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. Este último dato resulta llamativo considerando que en España la franja de edad con mayor incidencia de abortos va de los 20 a los 24 años, seguido de la de 25 a 29 años (MSCBS, 2019), este cruce de datos pareciera sugerir que un alto porcentaje se plantea el aborto en estas franjas de edad.

Al respecto, en España, al igual que en otros países occidentales, el tema del aborto está regulado hasta la semana 14, con libre autodeterminación, periodo en que es libre, gratuito y de fácil acceso. Así mismo, la legislación anterior contempla proporcionar información a la mujer y un periodo de reflexión de tres días antes de que tome una decisión final, la actual legislación las ha derogado. También contemplaba la posibilidad que la mujer recibiera asesoramiento antes y después de la intervención, puesto que no se puede negar que el proceso de decisión es complejo y que por tanto exista un subgrupo de mujeres que pudieran presentar sentimientos ambivalentes con respecto al aborto (Kjelsvik, 2018).

Si bien los términos planificado y no planificado siguen teniendo una conceptualización amplia y aún problemática en su utilización, la investigación de Arteaga et al. (2019) argumenta que existen percepciones intermedias entre estas dos conceptualizaciones, que podrían estar siendo dejadas de lado ante la complejidad de las experiencias y perspectivas sobre el embarazo. Al respecto, la nomenclatura que podría utilizarse para definir la intencionalidad del embarazo, puede tener trascendencia en el desenvolvimiento de sus interacciones con el personal sanitario y familiares que tienen una influencia relevante en la decisión final de la mujer de continuar o no con el embarazo (Barrett y Welling, 2002; Goenees, et al. 2014; Stanford et al. 2000). Pero además resulta relevante conocer las actitudes de la mujer hacia el embarazo y las circunstancias que lo rodean, e intentar desvelar el significado que tiene para la mujer (Fisher et al., 1999).

Para muchas mujeres la ambivalencia que experimentan frente a la posibilidad de quedarse o no embarazada, las hacía proclives a no usar anticonceptivos en sus relaciones (Schwarz et al. 2007). Al respecto, England et al. (2016) mencionan que para lograr un entendimiento de las inconsistencias en la anticoncepción usa el término *eficacia* en relación a los comportamientos

operativos dirigidos al adecuado uso de la anticoncepción, que engloban otros subconceptos como: la planificación, la autorregulación, el asertividad y la toma de medidas.

Desde una perspectiva psicoanalítica Raphael-Leff (2001, pag. 93) plantea que en los EI “El cuerpo de la embarazada puede haber sido utilizado como un falso medio para resolver problemas de identidad femenina o para establecer una identidad sexual diferenciada de su madre, en lugar de representar un deseo maduro de tener un bebé”.

Otro aspecto relevante es la actitud que manifiesta la pareja de la madre, padre del bebé, frente al embarazo, pues la mujer evaluará su presencia o abandono, su responsabilidad de asumir o no el embarazo y la crianza, su idoneidad o no para ser la figura paterna de su bebé, la presión que pueda ejercer sobre la mujer para tener o no al bebé. La evaluación de estos y más aspectos pesará significativamente para la mujer en el momento de decidir continuar o no con el embarazo y a su vez tendrá un impacto positivo o negativo en la relación de pareja (Kefalas y Edin, 2011; Kjelsvik, 2018). Sin embargo, la decisión final no deja de ser un acto en soledad, donde la mujer debe asumir que es ella quien debe tomar la última palabra y realice las acciones subsiguientes, situación que también conlleva consecuencias en su estado anímico.

A nivel operativo el término embarazo imprevisto queda definido en nuestra investigación como aquel donde la mujer no tenían la intención de quedarse embarazada, indiferentemente de que haya deseado o no embarazarse en una etapa de preconcepción.

Para este grupo hemos considerado convenientes desarrollar brevemente la legislación actual e inmediatamente anterior del aborto en España, a modo de

conocer las variables que participan en la decisión de las mujeres con respecto a sus embarazos.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, recientemente modificada por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero de 2023. Esta ley planteaba, como también lo mantiene la última modificación, que el aborto es de libre autodeterminación hasta la semana 14 de gestación. Si contemplaba la posibilidad de que la mujer recibiera asesoramiento antes y después de la intervención, puesto que no se puede negar que el proceso de decisión es complejo y que por tanto existe un subgrupo de mujeres que presentan sentimientos ambivalentes con respecto al aborto (Kjelsvik et al., 2018). Sin embargo, en el 2022 se presentó un anteproyecto de ley de la reforma de la ley del aborto que contempla la eliminación del periodo de reflexión de tres días para que la mujer tome una decisión final, suprimiendo también la obligatoriedad de proporcionar información y asesoramiento a la mujer sobre alternativas al aborto, así como la eliminación de la autorización paterna para que las menores de 16 años puedan abortar, recuperando así lo planteado en la ley de plazos de 2010. Además, en la Ley Orgánica 1/2023, se configura la objeción de conciencia, como un derecho individual del profesional de la salud que debe manifestarse con antelación y por escrito.

Ambas leyes no necesariamente abordan en su estructura las situaciones de muchas mujeres que buscan ayudas para tener a sus bebés y que en su estructura no planteaba ayudas concretas y eficaces. Otro aspecto a resaltar es acerca del asesoramiento, el cual se menciona de manera general, no logrando especificar ni sus objetivos ni cuales pueden ser los centros autorizados que pueden proporcionar esa intervención, lo cual dio cabida a que incluso los mismos centros donde se realizan abortos puedan realizar estos asesoramientos planteando un verdadero conflicto ético.

I.3.4. Grupo 4: Maternidad en primíparas que pertenecen a una comunidad religiosa

Una propuesta para el estudio del impacto de la variable de la religiosidad en aquellos grupos que profesan alguna creencia religiosa, es en el ámbito de la familia, debido a que se da una transmisión intergeneracional de creencias y prácticas religiosas que tienen un alcance multidimensional en el modo de vivir que impacta en los temas de la procreación, la maternidad, la crianza, entre otros. (Veerman, 2014). El incluir en nuestra investigación a un grupo de participantes de este sector de la población, lo consideramos enriquecedor no solo por lo que supone en cuanto a la heterogeneidad, sino también porque algunos estudios (Bein, et al., 2021; Billari et al., 2009) muestran que las mujeres religiosas planean y tienen más hijos que las mujeres que no son religiosas, y dentro de la iglesia católica el caso de los miembros del camino neocatecumenal, es uno de los grupos de creyentes que resulta significativamente diferenciado en la manera de concebir la maternidad, debido al gran número de hijos que tienen y el corto espaciamiento existente entre cada uno de los miembros.

Encontramos que en España existen sectores de la población menos reconocidos que conciben la maternidad y la crianza desde el marco de su pertenencia a comunidades religiosas más o menos tradicionales (Frejka, 2008; Mor, 2008). A pesar de que en España se han reducido significativamente las expresiones de religiosidad, sigue siendo un país religioso, donde encontramos que en los sectores de la población afiliados a alguna religión ésta aún parecen motivar sus comportamientos en las diferentes áreas de sus vidas, incluyendo la maternidad, un ámbito en el que la religiosidad puede ayudar a visualizar aspectos no valorados por sus homólogos no religiosos, y que a su vez podrían proporcionar efectos saludables a las mujeres (Bein et al., 2021; Berghammer,

2012). Al respecto, Adsera (2006) señala que sí parece existir un impacto de la religiosidad sobre el comportamiento de la fecundidad, concretamente en el tamaño de la familia y el espaciamiento de los nacimientos.

Entre la población de mujeres embarazadas creyentes, el impacto de la religiosidad en la disminución de los niveles de estrés ha sido un tema reiterativo de investigación desde el campo de la salud mental (Clements y Ermakova. 2012; Jabbari et al., 2017; Mahoney, 2010, Narenji et al. 2018). Sin embargo, son casi inexistentes los estudios que contemplan las perspectivas de las mujeres cristianas en relación a la fertilidad, la maternidad, la gestación y la crianza. En este sentido, tanto Morberg (2008) como Garssen et al. (2020), ponen de manifiesto no solo las importantes conexiones entre espiritualidad y/o religiosidad y salud física, sino también las conexiones con la salud mental y otros aspectos del bienestar general.

De ahí que resulte relevante indagar sobre el impacto de ciertas variables intrapsíquicas respecto al inicio de la maternidad en mujeres que pertenecen a grupos religiosos. Más concretamente sobre las representaciones mentales de la maternidad provenientes del núcleo familiar y de la comunidad religiosa en sí, y en general sobre los aspectos psicológicos que la enmarcan enlazándose con sus motivaciones y sus dificultades.

Para ello abordaremos el análisis de las representaciones de la maternidad en un grupo de mujeres pertenecientes a la Iglesia Católica, que viven su fe dentro de comunidades católicas de un movimiento denominado Camino Neocatecumenal. Dicho movimiento fue reconocido por el Papa Juan Pablo II en 1990, y ha tenido reconocimientos por su fidelidad al Concilio Vaticano II por parte de diferentes autoridades académicas y eclesiásticas. Estas comunidades suelen conformarse de manera espontánea, por personas laicas de diversas características que se reúnen de manera sistemática durante la semana para

realizar celebraciones donde se leen y se escrutan pasajes de la biblia, y en las que también se realizan celebraciones eucarísticas los sábados por la noche, en las que participan exclusivamente personas que pertenecen a la comunidad.

II – JUSTIFICACIÓN



II - JUSTIFICACIÓN

El interés por el tema de la maternidad se ha expandido a diferentes ámbitos académicos, en los que cada vez más los investigadores toman interés por los diferentes aspectos que la circunscriben, especialmente por aquellas variables que podrían influir, facilitar y/o interferir en el vínculo futuro que la madre establecerá con su bebé. Sin embargo, el estado de los diferentes procesos psíquicos por los que discurre la mente de la mujer cuando está embarazada, no suelen ser considerados en sí como una variable precursora del bienestar del vínculo de la diada materno-filial. De este modo, hallamos investigaciones que han indagado en las representaciones mentales de la maternidad en diferentes grupos de díadas en las que las madres y/o los bebés presentan una peculiaridad o dificultad (Gómez, 2012; Pariona, 2019; Tambelli et al., 2014), pero queda aún por explorar el estudio de este constructo en población aparentemente normal, puesto que nos puede aportar información para comprender y atender de manera integral a la población de embarazadas, de manera general. Además, en esta investigación constatamos que el constructo de las representaciones mentales de la maternidad, propuesta por Daniel Stern, se ha estudiado poco en el contexto español.

Hemos considerado también relevante abordar la heterogeneidad de la maternidad, a modo de desinstalar la existencia de “la” maternidad por la existencia de maternidades y reivindicar la psichistoria que hay en cada embarazo y por tanto sus propias representaciones, que reflejan la singular escena

primigenia de la concepción. Esta variable amplía el análisis del desarrollo psicológico de la madre en la etapa previa y durante la gestación.

Para esta investigación hemos considerado relevante centrarnos en el relato de las mismas mujeres, de tal manera que nos acerquemos a lo que ellas perciben, sienten, creen y conciben el estar embarazadas y qué aspectos internos se han despertado en ellas, y como estos a la vez generan la vivencia de su embarazo.

III – OBJETIVOS

III - OBJETIVOS

El objetivo general de la presente Tesis Doctoral es describir las representaciones mentales de la maternidad en mujeres primíparas.

OP: Describir y comparar las representaciones mentales de la maternidad de distintos grupos de mujeres primíparas, en base la concepción.

Por tanto, los objetivos específicos de la presente investigación serán:

OE1: Describir las representaciones mentales de la maternidad en un grupo de mujeres primíparas con embarazos planificados de manera natural.

OE2: Describir las representaciones mentales de la maternidad en un grupo de mujeres primíparas por tratamiento de reproducción asistida.

OE3: Describir las representaciones mentales de la maternidad en un grupo de mujeres primíparas con embarazos imprevistos.

OE4: Describir las representaciones mentales de la maternidad en un grupo de mujeres primíparas que pertenecen a una comunidad religiosa.

OE5: Plantear recomendaciones de políticas públicas con respecto a la maternidad

IV - MATERIAL Y MÉTODO

IV -MATERIAL Y MÉTODO

IV.1. PARTICIPANTES

El total de participantes incluye 52 madres primerizas residentes en la ciudad de Murcia (España). El número de participantes no estaba predeterminado, surgiendo por la saturación de información tras el análisis de las entrevistas. El muestreo fue no probabilístico e intencional, siguiendo un procedimiento diferente en cada uno de los grupos.

Se incluyeron mujeres mayores de edad, primíparas, en etapas iniciales o medias de embarazo, capaces de otorgar consentimiento informado, y cuya experiencia reproductiva se correspondiera con uno de los cuatro perfiles definidos: embarazo imprevisto, embarazo planificado, embarazo mediante tratamiento de reproducción asistida, o embarazo dentro del contexto de un grupo religioso. Dentro de cada grupo, se intentó buscar diversidad en edad, nivel socioeconómico y situación familiar, con el fin de captar una variedad de perspectivas en torno a la vivencia del embarazo. Estos criterios permitieron estructurar la muestra de participantes desde una lógica comparativa, respetando la especificidad de cada trayectoria reproductiva.

En relación a la saturación de información, esta fue evaluada de manera independiente dentro de cada grupo, dado que el objetivo del estudio contemplaba tanto el análisis transversal como la comprensión profunda de cada perfil. Se aplicó una estrategia de análisis simultáneo a la recolección de datos, identificando la emergencia, repetición y consolidación de temas centrales y subtemas en cada grupo. La saturación se consideró alcanzada cuando las

entrevistas adicionales no aportaban información novedosa ni modificaban sustancialmente las categorías ya desarrolladas. Este punto se identificó entre las entrevistas 12 y 13 en la mayoría de los grupos, y se completaron 15 entrevistas por grupo para asegurar la estabilidad conceptual y permitir comparaciones más robustas entre trayectorias.

El grupo de mujeres con embarazos planificados y el de embarazos por TRA se contactaron en el Servicio de ecografía gestacional del Área Materno-Infantil del Hospital La Arrixaca. Para el grupo de mujeres con EI se contactó con la Asociación RedMadre Murcia, que tiene presencia nacional y para el grupo de mujeres pertenecientes a comunidades religiosas se contactó con algunas parroquias católicas que albergan comunidades neocatecumenales NC.

Para el grupo de mujeres con embarazos planificados de manera natural, se contactó e invitó, previa explicación del proyecto de la investigación, a varias de las mujeres que asistieron a la ecografía de control del primer o segundo trimestre, de las cuales 15 mujeres accedieron a participar, pero sólo 10 concretaron la entrevista. Todas convivían con sus parejas, tres de ellas estaban casadas, con respecto a su grado de instrucción ocho presentaban estudios universitarios completos, dos tenían estudio de formación profesional, y en el momento de la entrevista todas trabajaban. La edad promedio del grupo fue de 31 años. Con respecto al promedio de semanas de embarazo el grupo tenía 14 semanas de gestación.

El grupo de participantes de embarazadas por TRA estuvo conformado por 12 madres, en total se contactó a 15 mujeres en el Servicio de ecografía gestacional del Área Materno-Infantil del Hospital La Arrixaca que iban por la ecografía de seguimiento de las 12 semanas o 22 semanas. La edad media de las mujeres fue de

38 años, todas convivían con parejas en el momento de las entrevistas, poseían estudios superiores universitarios completos y trabajaban. En cuanto al embarazo, el promedio fue de 25 semanas gestación y todas presentaban diagnóstico desconocido de infertilidad, además todas las mujeres habían tenido por lo menos una pérdida perinatal antes del embarazo actual, dentro del proceso de fertilización.

En el grupo de participantes que presentaron inicialmente dudas para decidir continuar el embarazo, estuvo conformado por 15 madres primigestas que presentaban EI. La edad promedio de las mujeres fue de 25 años y presentaban en promedio 8 semanas de gestación, la mayoría contaba con Educación Secundaria Obligatoria completa, sólo una mujer tenía un grado universitario completo. Ninguna cohabitaba con su pareja, padre del bebé, quienes se habían desentendido de la relación una vez que fueron comunicados del embarazo; en algunos casos hubo presión por parte de la pareja para abortar. Tomaron contacto con la Asociación RedMadre Murcia para solicitar asesoramiento por encontrarse en la tesitura de continuar o no con el embarazo.

En el grupo de participantes pertenecientes a comunidades religiosas se realizó por medio de la técnica de bola de nieve, donde unas entrevistadas pusieron en contacto a la investigadora con otras mujeres del mismo perfil e interesadas en participar. Aunque las mujeres participantes no pertenecían necesariamente a la misma comunidad y/o parroquia, las comunidades del CN presentan algunos aspectos generales en términos de organización y cultura que permiten la comparación. Por último, las participantes que estuvieron en la tesitura de continuar o no su embarazo fueron contactadas por medio de una asociación provida que tiene presencia a nivel nacional.

Con respecto a la edad media de las participantes, esta era variable según el grupo, así para el grupo de mujeres que pertenecen a comunidades religiosas, la edad media era de 28,8 años, oscilando entre los 26 años de la más joven y los 34 años de la mayor. Todas estaban casadas y habían terminado sus estudios universitarios. En el momento de la entrevista, todas excepto una estaban trabajando. Sólo tres participantes habían llegado al NC después de casarse, mientras que el resto procedía de familias numerosas integradas en las comunidades del NC.

La inclusión de múltiples vías de acceso (hospitales, asociaciones, parroquias y técnica de bola de nieve) respondió a una estrategia deliberada para captar la diversidad de trayectorias reproductivas presentes en los cuatro grupos de estudio (embarazo imprevisto, planificado, con tratamiento de reproducción asistida y dentro de un grupo religioso). Cada canal facilitó el contacto con perfiles que, por sus características o contextos, tienden a concentrarse en determinados espacios sociales o institucionales. Por ejemplo, las parroquias facilitaron el acceso a mujeres con creencias religiosas activas, mientras que las asociaciones y centros de salud fueron claves para contactar a quienes atravesaban embarazos por reproducción asistida o embarazos imprevistos. Pese a que esta capacidad para recoger heterogeneidad y variedad de puntos de vista experienciales, podría haber conllevado un coste en términos de posibles sesgos en la muestra de participantes, consideramos que esto no sucedió. Respecto a los ámbitos de captación ligados a contextos hospitalarios y parroquiales, consideramos que eran los más adecuados para acceder al tipo de mujer que nos interesaba a nivel teórico. Y en cuanto al uso de la técnica de nieve con el grupo restante de mujeres, tratándose de una temática tan sensible, era prácticamente el

único modo de abordar el trabajo. Cabe mencionar en este sentido que hubo bastantes casos de mujeres, potencialmente vinculadas a los grupos no religiosos, que desestimaron participar debido a las implicaciones íntimas del tema de investigación.

Es relevante mencionar que entre los cuatro perfiles de mujeres embarazadas que conforman la presente investigación se hallan diferencias grupales tanto a nivel socio-económico, como a nivel educacional, que pueden estar relacionados con diferentes tipos de perfiles psico-culturales, y con las condiciones propias de quedarse embarazada.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las mujeres por grupos.

	N	B Edad	B .Gest	Estudios				Estado Laboral		Convivencia	
				ESO I	ESO C	F P	UNI	S/T	C/T	S/P	C/P
G1	10	31	14			2	8		10		10
G2	12	38	25				12		12		12
G3	15	25	12	2	12		1	15		15	
G4	15	28	20				15		15		15

IV.2. PROCEDIMIENTOS

El estudio ha sido revisado y aprobado por un panel universitario de bioética. Las participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se explicaba el objetivo del estudio y los instrumentos que se iban a utilizar: un perfil sociodemográfico y una entrevista semiestructurada, haciendo hincapié en la confidencialidad y la garantía de anonimato. Aunque el tiempo propuesto para la realización de la entrevista fue de 45-60 minutos, su duración media fue de entre

90 y 120 minutos, a excepción de las participantes con embarazos planificados que en promedio se mantuvieron entre los 60 minutos y por las mujeres de EI que en promedio las entrevistas duraron 30 minutos. Las entrevistas se realizaron en un lugar elegido por las mujeres, que en casi todos los casos eligieron su domicilio, a excepción de las mujeres con EI que se realizaron en la sede social de la asociación.

Cabe mencionar que el contenido de este manuscrito no presenta ningún conflicto de intereses.

IV.3. TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Mediante un enfoque cualitativo, se elaboró una entrevista semiestructurada basada en los postulados de los tres esquemas del estar-con-el-otro (Stern,1997). El guión de entrevista pasó el criterio de dos expertos para asegurar que era adecuada para estudiar el constructo de las representaciones mentales de la maternidad. Uno de los expertos preguntó por el objetivo de una de las preguntas y, tras recibir la respuesta, sugirió que había que cambiarla para conseguir su objetivo. Este cambio se realizó.

Como prueba previa se realizaron dos entrevistas utilizando un borrador del guión de la entrevista semiestructurada, y el guión de la entrevista sufrió algunos cambios, como la redefinición y reubicación de algunas de las preguntas. Aunque fueron cambios menores que no afectaron a la estructura básica del planteamiento de la entrevista.

A partir de ahí, el proceso de realización de las entrevistas se realizó de forma reflexiva (Bourdieu, 2001), alternando fases de campo y de escritorio (Velasco y Díaz de Rada Brun, 1997). Las entrevistas se agruparon en conjuntos de

2-3 entrevistas, y después de cada conjunto de entrevistas las entrevistas pasaron un primer análisis con el fin de prestar atención a posibles cuestiones que deberían ser tenidas en cuenta para las siguientes entrevistas y también como una forma de obtener un punto de vista dinámico sobre el proceso de categorización.

IV.4. ANÁLISIS DE DATOS

Las entrevistas fueron transcritas y posteriormente se realizó un análisis siguiendo las pautas del llamado análisis de contenido (Hernández, Fernández y Baptista 2014). Hemos considerado como unidad analítica el texto completo de cada entrevista, y como unidades de significado las frases u oraciones encontradas varias veces en la lectura de los textos.

En el proceso de análisis seguimos las etapas básicas propuestas por Taylor y Bogdan (2002):

- Descubrimiento: a partir de la lectura y relectura de las primeras entrevistas fuimos buscando los temas principales y creando el esquema de categorías.
- Codificación: a través de las siguientes lecturas de las entrevistas continuamos desarrollando las categorías de codificación desde un enfoque de análisis exploratorio.
- Relativización: en esta última etapa tratamos de revisar el esquema de categorización cuestionando los presupuestos teóricos del estudio. Para ello, debemos distinguir entre aquellos temas que provienen de los fundamentos teóricos del trabajo, es decir, los cuatro modelos de representación propuestos por Stern. Y otras categorías que podríamos

considerar como categorías emergentes, que habrían surgido del análisis y problematización de los datos.

Entre estas categorías emergentes cabe mencionar las explicaciones de las informantes vinculadas al motivo de querer ser madre dentro del Modelo sobre sí misma, Modelo sobre el bebé, así como en el Modelo sobre la propia madre. En cierto modo, el hecho de ceñirnos a los planteamientos teóricos propuestos por Stern, hizo que el proceso de codificación no estuviera marcado por muchos cambios en la estructura de categorías durante el análisis, como suele suceder en muchas investigaciones cualitativas. Cabe señalar que el análisis fue desarrollado de manera individual por la investigadora, si bien las primeras estructuras de codificación para cada grupo de informantes fueron discutidas con los directores del trabajo.

Como criterios de calidad orientativos para la investigación cualitativa no se ha seguido ninguna guía de referencia concreta, pero sí que hemos seguido las propuestas de un reconocido experto internacional en metodología cualitativa, como es U. Flick (2015, 88 ss.). Teniendo en cuenta la idea central de la investigación del proyecto, las representaciones maternas, y tras la revisión bibliográfica, la metodología cualitativa parece la opción más adecuada para captar el punto de vista y las experiencias de los diferentes tipos de madres, y más concretamente, las entrevistas semiestructuradas aparecen como opción adecuada para obtener el tipo de información necesaria para ello.

V – RESULTADOS



V - RESULTADOS

V.1. GRUPO 1: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS PLANIFICADOS

V.1.1. Modelo sobre sí misma

V.1.1.1. *Decisión de ser madre*

La planificación de los embarazos estuvo en relación directa con considerar el momento más propicio, en relación a su ciclo vital y el cumplimiento de sus metas personales y profesionales.

“[...]tenía deseos de realizarme, no de manera esquemática, pero si quería vivir, irme de fiesta, mantener mi vida social activa, profesionalmente formarme, llegar a un punto de realización y viajes, y lo hemos hecho, ver lo que queríamos ver, él también quería verse realizado, siento que deseábamos estar en el mismo punto, juntos” (Andra, 32 años).

“Yo lo de ser madre lo tenía en mente desde que entré a la universidad, me planteé realizar mi doctorado, terminarlo y con la tranquilidad de haber cumplido mis metas ser madre, pensé que lo disfrutaría más, no tendría ningún pendiente conmigo misma, y bueno con todo el tiempo que transcurriera hasta ese momento viajaría, conocería gente, en fin, vivir mi vida” (Vanesa, 31)

“Yo sí guardaba el deseo de ser madre, tenía la apetencia, pero quería estar preparada en todos los aspectos, madurez, sentimentalmente, sentirme realizada, no era cubrir vacíos sino añadir, realizarme, sentirme feliz y tener la confortabilidad para tener un bebé” (Carla, 32 años).

A pesar de la planificación, ninguna mujer buscó anticipadamente asesoramiento profesional sanitario para abordar los procesos fisiológicos y emocionales durante la etapa de pre-concepción y el embarazo. De este modo, hallamos que las mujeres quedan sorprendidas especialmente de los cambios fisiológicos que se iban dando en sus cuerpos y las emociones.

“Todo me tomaba por sorpresa, por ejemplo, sentía a veces como tirones en el útero, e inmediatamente pensaba que lo estaba perdiendo, no sabía qué significaba eso, así que inmediatamente leía los libros que me había comprado o escribía a un grupo de amigas que también estaban embarazadas, todas éramos primerizas, y ninguna sabía, me ponía a buscar en internet y encontré que era normal por el progresivo ensanchamiento, en fin, que todo era nuevo y me tomaba por sorpresa” (Andra, 32 años).

“Cuando quedé embarazada me dije *y ahora qué*, no sabía bien qué iba a pasar, qué era lo siguiente que debía hacer, sabía que debía ir al médico o matrona, pero no sabía exactamente cuándo. Tampoco me había planteado que debía comer y qué no, en fin, que era nueva y en ese momento se plantean muchas cosas en mi cabeza” (Camila, 29 años).

“Fue una combinación extraña la que sentí cuando vi mis resultados, estaba sola en casa y sentí una alegría muy grande e inmediatamente sentí cómo que todo era muy grande, me asuste y todo eso sola, así que hubiera preferido enterarme con mi pareja al lado, pero creo que nos hubiera pasado lo mismo, a los dos, pero lo mismo, no saber qué hacer y si deberíamos haber hecho ya alto, no sé, empezar a tomar algún medicamento, no lo sabía en ese momento, después me enteré del ácido fólico y lo empecé a tomar ya con los resultados del embarazo” (María, 30 años).

V.1.1.2. Asimilación de los cambios

Un aspecto que presentaban todas las mujeres de este grupo, de diversas maneras, era el desconocimiento y por tanto la dificultad de asimilación de los cambios que genera el embarazo en las diferentes áreas de sus vidas.

“El cansancio que sentía no lo entendía, era un cansancio diferente al que sentía cuando trabajaba de continuo, no sospechaba que podía ser por el embarazo, incluso luchaba contra el cansancio, el sueño, contra el apetito y el asco” (Adela, 30 años).

“Recuerdo cómo empezó todo, empecé a bajar de peso muy rápidamente, bajaba y bajaba y me decía a mí misma, no se supone que debo más bien engordar, no fue hasta mi control de las 12 semanas que mi ginecólogo se alertó por mi bajada de peso, tenía muchas angustias para comer. Le manifesté mi preocupación por el embarazo y me dijo, *tú debes comer por ti, el bebé toma de tus reservas*, y me di cuenta que no entendía nada de lo que debía hacer, dudé si estaba preparada para ser madre” (Manuela, 31 años).

“Cuando me quedé embarazada, me quedé como 3 días pensando que mi vida iba a cambiar, me quedé como si estuviera en las nubes, ya no iba a poder hacer lo que suelo hacer, me aterró. No concibo por ejemplo la posibilidad de no trabajar, no es que no priorice al bebé, sino que yo necesito trabajar, porque me dignifica” (Carmela, 33 años).

“De un día para otro, todo cambia, y yo pensé *no estoy lista*, me cuestioné el haber querido estar embarazada. Mi mente iba de lo más simple, como no poder usar más mi ropa de no mamá a lo más relevante como el cuestionarme si podría hacer frente a no trabajar ni estudiar en la etapa de post-parto” (Marta, 31 años).

V.1.2. Modelo sobre el bebé**V.1.2.1. *Expectativa de ser madre de un bebé***

Si bien todas las mujeres de este grupo expresaron su deseo de ser madres y de haber planificado sus embarazos, una vez que quedaron embarazadas la mayoría expresaba una resistencia consciente de pensar al feto como un ser con vida, entre alguna de las razones por la posibilidad de pérdida.

“Hasta que no esté en el tercer mes, yo no pienso en el bebé, a ver, quiero decir que para el tiempo que tengo es aún un cúmulo de células, no siente, ni nada, ya en el tercer mes me lo creeré y también será un bebé” (Almudena, 30 años).

“Yo tuve problemas, sabía que estaba embarazada, pero no baje el ritmo frenético de trabajo que tenía, seguí como si no estuviera embarazada, como siempre, para mí era como si no estuviera embarazada, y por momentos ni me acordaba que lo estaba, bajé de peso e iba muy agotada al punto que mi ginecóloga me envió al nutricionista y al psiquiatra para que tomara conciencia de mi nuevo estado” (Vanesa, 31 años).

“En las primeras etapas yo estuve desapegada, porque sí la cosa no iba bien...no le cogemos cariño, primero porque puede fallar por algo fisiológico, es algo mecánico, todo esto es por prudencia” (Andra, 32 años).

“No sé en qué va a acabar, así que sigo haciendo mi vida como si nada estuviera cambiando, trato de no pensar en que llevo algo dentro de mí, trato de no pensar, me digo que no hay vida en sí, que se está formando y si llegamos al tercer mes pues ahí recién me encariñaré” (Pamela, 30 años).

V.1.3. Modelo sobre su propia madre

Se halló en la mayoría de participantes de este grupo una tendencia a ser independientes con respecto a la figura de su propia madre, pues no la consideraron como una figura primaria para el descubrimiento de su maternidad.

“Mi madre es y ha sido una persona muy cariñosa, me ha protegido lo que más ha podido, siempre ha estado para mí, pero ahora que estoy embarazada quiero afrontar esto yo con mi lo marido, no sé, pero quiero que ella no esté ni en medio ni al costado, me da pena por ella, pero lo quiero llevar yo” (Vanesa, 31 años).

“Yo creo que seré más hermética con la crianza y la ayuda de mi familia, si bien tomaré muy en cuenta la opinión de mi hermana, de mi madre y de mi familia, porque mi familia es muy matriarcal” (Andra, 32 años).

Por otra parte, se halla que, si bien la representación de su figura materna está preservada, había un deseo por ser una madre diferente, mejor, que pudiera resignificar aquello que para ellas no había resultado del todo bueno, sin dejar de haber sido beneficioso y en algunos aspectos hacer lo contrario a su figura materna:

“Soy consciente que mi madre se negó mucho en lo profesional por ser madre, se sacrificó por nosotras. Yo no, yo lo que quiero es buscar un equilibrio” (Andra, 32 años).

“Mi madre para mí ha sido una muy buena madre, y con el tiempo la voy valorando más, pero a la vez sé que no quisiera ser como ella en algunos aspectos, como en su suavidad al corregir, que para mí durante años fue una muestra de debilidad, o su pasividad frente a situaciones que me parecían injustas” (Vanesa, 31 años).

V.1.4. Modelo sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por las madres

Gran parte de mujeres de este grupo provienen de familias nucleares, conformadas por dos o tres hijos/as, donde se les ha transmitido indirectamente la importancia de mantener y lograr prioridades antes de ser madres, como también mantener una lógica y racionalidad al momento de desenvolverse en su maternidad.

“Mi abuela y mi madre vienen de familias de 2 hijos, y creo que está bien, una tiene dos pechos, dos brazos. Mi madre nos ha criado bien a mí y a mi hermana, yo también pienso tener otro hijo o hija y cerramos fábrica” (Angela, 32 años).

“Mi madre, en especial ella, me ha transmitido lo importante de formarme, quizá por eso le he dado prioridad a mis estudios y ahora que voy hacer madre, pienso que un bebé ocupa mucho y si bien va ser súper bien recibida, creo que una es lo aceptable, no creo que sea buena idea tener otro pronto, porque no sé si contaría con apoyo familiar y vería interrumpido mis planes de hacer mi maestría” (Liliam, 28 años).

Aparece también un aspecto que dejan entrever la posible dificultad que podrían tener las madres al no concebir la posible renuncia que les implicará una maternidad

“Yo no entiendo a la gente que tiene un hijo y ya no sale de su casa, que deja de ver a las amigas, que ya no viaja. Yo creo que, aunque todas en mi familia, mis hermanas y mi propia madre, me dicen que al inicio será así yo no voy a caer en

eso. Yo voy a incluir al bebé en todo, no pienso dejar de hacer las cosas que nos gustan a mi marido y a mí, simplemente que nos llevaremos al bebé” (Andra, 32 años).

V.2. GRUPO 2: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS POR MEDIO DE TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (TRA)

V.2.1. Modelo sobre sí misma

V.2.1.1. *Deseo de querer ser madre*

Con respecto a la primera temática, de modo general encontramos que entre las mujeres hubo a lo largo de su vida una intermitencia en el deseo de ser madre, que se intercaló con momentos de desear, de no importarles, de no desearlo, incluso de rechazarlo.

“Cuando era chica, deseaba ser madre algún día, imagino como todas, pero no sé, algo pasó que después no me atraía la idea, es más no quería ni me imaginaba. Es curioso porque a esa edad tuve sobrinos, me divertía con ellos y todo, pero no sé. Terminé mis estudios y toda la carrera universitaria con esa postura. El deseo nunca reapareció con tanta fuerza, con mi anterior pareja como que me forcé para sentirme en pareja, y ahora no es con ilusión la verdad, como la que suelen decir las mujeres” (Valeria, 36 años).

“Antes si experimentaba el deseo de ser madre, a los 15, 16 años, vivía el embarazo de familiares, especialmente de tres de las hermanas de mi madre, que en mi familia materna ha habido muchos bebés. Me gustaban los bebés, pensaba

que yo también iba a pasar por esa experiencia, pero hoy me da pereza.” (Maite, 38 años).

“Es hace poco que he empezado a desear ser madre, ha sido en esta relación. He estado casada antes, pero no tenía deseos de ser madre, y eso que estuve con esa persona 14 años...pero no, no me surgía por la mente, ni el deseo de ser madre” (María, 34 años).

V.2.1.2. La percepción de la pareja como futuro padre como factor determinante

Los motivos por los cuales argumentan no haber experimentado el deseo de ser madre son variados, sin embargo, en sus relatos no aparece la incertidumbre de estabilidad económica y laboral pero sí la importancia de la percepción actual de su pareja como padre de su potencial hijo, como elemento clave que determina su decisión de su futura maternidad.

“Las características de mi pareja actual me han generado el deseo de ser madre, como que es bueno, me da paz, me apoya, es perfecto. Mi otra pareja era egoísta, agresivo verbalmente, con él me sentía apática, infeliz. En cambio, con esta relación me siento muy contenta, emocionada” (María, 34 años).

“Hubo muchas cosas de por medio que no me hacían desear ser madre, como por ejemplo que mi anterior pareja no limpiaba, ni ordenaba y me decía de contratar una persona, y eso me hizo decirme a mí misma y sobre todo sentir éste (su pareja) no me va a sostener a mí. En cambio, mi pareja actual tiene un hijo y he visto como lo ha llevado, participando de todo, sé que habrá una coparticipación en todo lo que tenga que ver con el bebé” (Martina, 37 años).

V.2.1.3. *Expectativas de la crianza igualitaria*

Las participantes relatan de manera explícita la expectativa e incluso la demanda de la participación igualitaria de los dos progenitores en la crianza del bebé en camino.

“Bueno, creo que los cuatro primeros meses serán vitales, voy a necesitar que me ayuden. Él seguirá trabajando obviamente, pero quiero que vea cómo ayudarme porque sí yo estoy bien imagino que el bebé también lo estará. Yo veo que los tres primeros meses la experiencia me sobrepasará, la lactancia. Espero que me ayude en las actividades domésticas, que, si yo hago algo de la casa, que él haga otras, por ejemplo, sí yo voy a cocinar, que él haga las compras en el supermercado, que vayamos 50%, 50%. Yo sé que él quiere implicarse, como me ve como estoy está tratando de anticiparse. La verdad que me siento terrible por dentro. Yo creía que esa emoción, esa alegría de ser madre iba a cubrir lo demás, lo duro que está siendo, pero no ha pasado conmigo” (Maite, 38 años).

“Yo tengo claras expectativas de que mi pareja se implique, desde el inicio, espero la misma coparticipación. Él es responsable como yo. Espero en un primer plano que él también tenga funciones como de madre, como el de sostener al bebé, que lo intente y si es posible que lo domine, que aprenda a cómo llevar todo del bebé, que lo conozca, que comparta sus ritmos de manera natural. Sé que eso es cosa de mujeres, de las madres, pero cabe la posibilidad que los padres también puedan hacerlo. Yo leí los libros de Laura Gutman, ella habla del papel sostenedor del padre, y yo estoy totalmente de acuerdo, yo pasaré de la guardería, esto lo llevamos entre los dos” (Martina, 37 años).

V.2.1.4. *Desconcierto e incertidumbre de las implicaciones del embarazo y la crianza respectivamente*

Adicionalmente, aparecen otros sentimientos y sensaciones propios del embarazo, que no parecen ser asumidos por las mujeres y que no parecen favorecer su experiencia de embarazo.

“Este embarazo lo llevo con mucho estrés, no tanto ya por lo de quedarme embarazada, sino que siento miedo, ansiedad, no tengo ilusión, y no es por la posibilidad de perderlo, sino que todo depende de mí, siento presión, hacerme a la idea de varios aspectos, me está tomando poderlos ver. Por ejemplo, en lo laboral, por estar embarazada debo bajar el ritmo, y a pesar que en mi trabajo han sido muy comprensivos yo no me hago a la idea, yo en ese aspecto he tenido suerte, he podido reducir las horas ganando lo mismo, y no por convenio sino por algo conversado con mi jefe, pero todo eso me hace sentir que paso a un segundo plano en lo laboral, no me ubico” (Maite, 38 años).

“Yo no pensé qué era estar embarazada, ni lo imaginaba, náuseas todo el tiempo, malestar y sobre todo el cansancio. Yo quería estar embarazada pero claro no pensé en lo que conllevaría. Y no sé, por momentos he deseado no estarlo, siento como haberme equivocado, incluso de no quererlo, pero claro, pensar esto me hace sentir mal” (Vanesa, 36 años).

Aparecen también incertidumbres con respecto a su desenvolvimiento en la etapa de la crianza, debido a la sensación de falta de experiencia:

“Tengo miedo a dedicarme exclusivamente al embarazo...temo no hacerlo bien, por mi desconocimiento. Pienso en lo que veo en las parejas con niños de 6 y 7 años con las que hemos salido todo este tiempo mi marido y yo, nosotros éramos como la pareja sin hijos del grupo, y yo los juzgaba y ahora yo no tengo

claro qué voy hacer yo, tengo la sensación de incapacidad con un recién nacido. No quiero cometer errores de otros, de otros padres” (Maite, 38 años).

“Todo esto me hace pensar en que, si el embarazo sigue, cómo voy a ser como madre, yo y mi marido queríamos tener un hijo, tenemos ilusión, pero pensándolo fríamente yo no sé nada de cómo criar un bebé, tengo sobrinos, pero no es lo mismo, me pongo a pensar que podría ahogarlo al bañarlo, o que se me puede caer, o que no sé, cualquier cosa, como una muerte súbita y no sepa qué hacer. Yo no sé nada, no sé en qué berenjenal me he metido” (Juana 39 años).

V.2.2. Modelo sobre el bebé

V.2.2.1. Ausencia de Representación mental del Bebé

La ausencia de la representación del bebé, tanto física como caracterológica, es una variable presente en todas las participantes con TRA. A pesar que es una población que suele tener más ecografías que el resto de mujeres, esto no parece favorecer a que la representación del bebé sea mayor. A su vez, llamó la atención que las mujeres no presentaban tener consciencia de dicha ausencia sino hasta el momento de la entrevista. “Pues no me lo imagino (al bebé) en cambio, el padre sí se lo imagina. No sé, antes sí lo imaginaba, pero de ahí desapareció” (Maite, 38 años).

“Nos hicimos varias ecografías, pero en la de las 20 semanas, no hubo manera, estaba escondida, como vuelta hacia mí, no se dejaba ver. En la de las 12 semanas sí la vi, además que fue en 3D. Pero no sólo es eso, sino que no me la puedo imaginar. Pues no sé, no me la puedo imaginar (silencio). Creo que puede ser aún el asombro de estar embarazada, como aún estar en un desconcierto, también es el miedo, por ejemplo, hay varias personas de las que ya tengo el

ofrecimiento de la cuna, del carricoche, de la bañera, pero yo no quiero pensar en eso, no quiero tener la cuna” (Marla, 32 años).

“Pues prefiero no imaginarlo, para no llevarme una decepción, me refiero a que sí pasa algo, pero imagino que será guapo, bueno, lo más bonito de todo, perfecto. Es como que lo bloqueo conscientemente, cuando se me viene una imagen me digo no, no y ya no lo sigo imaginando. Yo le hablo desde la primera semana, yo sola como loca, lo siento desde el principio como mío. Yo creo que, con la pérdida, y como te lo dicen tan pronto el que estás embarazada, nos lo dijeron a las dos semanas, claro es una felicidad, pero ellos también te dicen que hasta los 3 meses nada es seguro, y eso ya te deja como en alerta” (María, 34 años).

“Es que no me he puesto a pensar en cómo es, ni a quién se parece, la verdad, no sé, me pillas, bueno creo que es por haber estado focalizada en todo lo que tenía que hacer, cumplir con lo que nos decían del tratamiento, pensar en esto y en lo otro, pero no me he puesto a imaginarlo. No me había dado cuenta de esto, y la verdad es que si me esfuerzo ahora no lo consigo imaginar” (Vanesa, 36 años).

“He pasado tanto, que creo que no me he parado a pensar cómo es, y mira que he tenido oportunidad. Llevo en esto varios intentos y también años y por cómo todo se ha dado en mi caso, que yo sé que no es el único, todo ha sido con mucho dolor, sufrimiento y culpa, de las anteriores pérdidas” (Martina, 37 años).

V.2.3. Modelo sobre su propia madre**V.2.3.1. *Necesidad de revertir y limitar aspectos de la imagen de la madre***

En las participantes llama la atención que, si bien la representación de sus madres se mantiene positivamente conservada en la actualidad, en sus relatos aparece de manera consciente la presencia del deseo de no repetir patrones de vínculo.

“Mi madre era buena madre, pero ella era más mujer que madre, ó sea priorizaba el ser mujer, esposa que madre. Adoraba a mi padre, lo tenía sobre nosotras, y mi padre era un hombre que le gustaba divertirse, salir con mi madre, y cuando salían y me encargaban a las pequeñas me decía “ten cuidado que la casa de al lado se quemó, ten cuidado que esto, ten cuidado con el otro” y así. Y por supuesto, totalmente, yo también soy ahora de pensar lo peor. Por eso yo quisiera educar a mi hijo de manera contraria a como me educaron, me refiero a no meterle miedos como mi padre hizo conmigo. No quiero hacerle ver las cosas con miedo, no contarle las cosas malas que pueden pasar. Y sobretodo no quiero repetir anteponer mi relación de pareja, el ser mujer y esposa a mi rol de madre. Lo tengo clarísimo.” (María, 34 años).

“Tengo miedo a repetir patrones, me planteo qué quiero hacer y que no quiero hacer, tengo expectativas de mí, tengo miedo a fallar, de hacerlo mal y de repercutir cosas, más a eso, mi miedo de fallar es hacerlo mal y que le repercuta a ella. Yo creo que esos miedos vienen de mis padres, ellos son estructurados, controladores, todo es blanco y negro, no hay tonos de grises en el intermedio. Mi madre tiene dotes de mando y yo, y en eso entra mi marido, él es más flexible, de hecho, yo sé que lo va querer más que a mí, lo tengo claro. Le dará equilibrio. Por lo que ha habido cambios en mí, pues ha habido un cambio familiar, de mí hacia

mis padres, siento que esta es mi parcela y tiene límites y que tiene mis normas” (Marta, 38 años).

Así mismo, aparece en sus relatos la vivencia prospectiva de la figura de sus madres como alguien potencialmente intrusiva cuando el bebé nazca, ante lo que aparece la necesidad de poner límites a su participación o intervención.

“Me gustaría que me ayudara en algunas cosas puntuales, quizá solo los primeros días. Pero temo a que existan conflictos con ella, por el grado de implicación que quiere tener, me dice cosas como que tiene ilusión de sacarlo a pasear por Murcia en las fiestas de primavera, mientras yo descanso, y no, yo soy la madre, yo lo sacaré a pasear con ella acompañando y si quiere le doy un poco. Temo también el primer día del hospital, después de dar a luz, decirle que quiero que me acompañe mi marido, porque el bebé es de los dos, y por lo mismo apechugamos los dos, lo veo que es una manera de implicarlo, temo decírselo y que se resienta” (María, 36 años).

“Yo siento que voy a necesitar su ayuda (de su madre) pero a la vez siento que puede empezar a decirme lo mal que lo hago, lo que no sé, que me quiera suplir con mi bebé, ella es muy protectora de los bebés y los niños y creo que verá mis fallos, entonces necesito que me ayude pero temo que con su modo de ser no me ayude, ¿me entiendes?, por eso mismo, aunque tengo mucho miedo lo que va a pasar cuando nazca, el bañarlo, el darme cuándo y qué necesita, a pesar de todo he decidido que no me ayude, al menos el primer mes vez prefiero que no, incluso que ni venga a mi casa, trataré de apoyarme en mi marido, creo que él sabe más que yo, y me ayudará” (Vanesa, 36 años).

V.2.4. Modelos sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre

Un aspecto que interfiere de manera transversal en la mente de las mujeres es la edad en que se han decidido a tener su primer bebé:

“Yo creo que mi familia se lo ha tomado bien, no sé si con mucho entusiasmo, pero bien, están contentos con la noticia, pero si siento como que si hubiera decidido tenerlo antes hubieran no solo estado alegres sino también satisfechos, los veo y veo como en sus rostros está la frase *por fin*, yo siento que ellos me ven como que me he demorado en embarazarme y me ven mayor...quizá piensan que no podré, y yo también lo pienso la verdad, que ya no voy a tener el entusiasmo de una madre joven, como lo fue mi madre y sus hermanas, tampoco la vitalidad, eso me queda claro, para mí ha sido complejo encontrar el momento, o que se me presente, el momento *ideal* que le dicen”(Marta, 38 años).

“Yo por el contrario a lo que pensé, he sentido que en el trabajo se me ha dado todas las facilidades, es como si me premiaran por haberme embarazado, aunque imagino que habrá alguna que otra compañera que me ve como vieja para haberme embarazado, no lo sé, si siento que algunas personas me ven algo mayor para tener mi primer bebé, eso no me gusta, me hace sentir que he perdido valor y derecho para hacer madre” (Marla, 32 años).

“Tanto la familia de él (su pareja) como la mía lo esperaban, creo que, desde hace tiempo, pero bueno, ya está. Yo lo que más me planteo ahora es mi edad, no tanto lo que piense mi familia o mis amistades o incluso la gente del trabajo, sino me planteo que quizá todo me queda grande, a pesar de mi edad, pienso que no sé nada de criar a un bebé” (Martina, 37 años).

Por otra parte, hallamos que algunas de las participantes de este grupo experimentan sensaciones, sentimientos, emociones que al no corresponder con lo que la sociedad espera o ve normal, sienten retraimiento en comentarlo a un otro.

“Por otra parte, me hace sentir mal el encontrarme con gente a la que cuando me preguntan si estoy embarazada me tocan el vientre, y yo digo y con qué derecho me toca, me siento incomoda porque tengo que expresar algo que no siento, como que debo decir que estoy embarazada y que me siento feliz y no puedo, porque no es así y me da vergüenza que eso se note, es una situación que yo la veo como que me fuerza a mostrarme de una manera que no me siento” (Maite, 38 años).

“Yo y mi marido deseábamos mucho esto, pero ahora mismo siento tantas cosas que no sé cómo expresarlas y sobre todo a quién. Siento que después de los 30 años hay un cuestionamiento de por qué una decide ser madre, y más aún con fertilización, es algo que no se habla, se puede saber, pero no se habla y yo tengo todo ahora mismo enredado, de querer y no querer este embarazo a pesar que lo busqué, pero eso las personas no lo entienden” (Vanessa, 36 años).

Con respecto a cómo se concibe la maternidad en España y a las ayudas a la maternidad:

“Está claro que aquí no se favorece la maternidad, por más que se hable, que la mujer, la natalidad, etc, etc, veo que no. Sé que al nacer el Estado da un dinero, creo que son 1000 euros o algo así, luego está una ayuda mensual, pero realmente nosotros no lo necesitamos, preferiría que se lo dieran a familias o mujeres que les haga falta de verdad, pero como nos lo darán, pues he pensado que los pondré en una cuenta de ahorros del bebé” (Marla, 32 años).

V.3. GRUPO 3: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS IMPREVISTOS

V.3.1. Modelo sobre sí misma**V.3.1.1. *Sorpresa del embarazo***

El modelo de sí misma de Stern (1997) considera la representación de diferentes roles a partir de la vivencia de la maternidad, por lo que cubriremos un aspecto que tiene que ver con su nueva identidad, la de ser madres. Al respecto, encontramos que las mujeres del estudio, en su totalidad, mostraron una sorpresa de haberse quedado embarazadas.

“Cuando la matrona me dio los resultados, no podía creerlo, entré en shock, quería desde siempre ser madre, pero había pasado por un cáncer de útero y no era el momento. Me sentí agobiada, me sentí sola. Me quedé tan impactada que no podía tirar para adelante. No sé cómo pasó” (Marina, 22 años).

“Habíamos terminado la relación por cosas que había visto en él que no me gustaron, y a la semana de terminar me hice el predictor y estaba embarazada, no podía creerlo, no podía ser, me dije esto no está pasando” (Alicia, 27 años).

“Nuestra relación era reciente, teníamos 6 meses en total de relación y un día no me sentía bien y pensé que estaba con la gripe, pero una amiga me dijo y ¿sí estas embarazada?, me hice el predictor y salió positivo, no podía creerlo, me decía a mí misma no puede ser” (Juana, 22 años).

Sin embargo, en un segundo momento de sus relatos aparecen diferentes situaciones que les permitía visualizar las acciones o inacciones para estar embarazadas. “Convivíamos y a veces no nos cuidábamos, no usábamos protección y quizá fue en alguna de esas veces, no lo sé” (Marina, 22 años). “La última semana de nuestra relación nos fuimos de viaje y estuvimos todos los días

juntos y creo que pasó en estos días, imagino que fue en esos días” (Alicia, 27 años). “No usábamos preservativo porque no creíamos que podría pasar algo y yo no tomaba nada porque se me pasaba tomar la píldora, a parte que me caía mal, pues así me habré quedado embarazada” (Juana, 22 años).

V.3.2. Modelo sobre el bebé

V.3.2.1. *Ambivalencia hacia el embarazo*

Algunas mujeres presentaron cierta ambivalencia hacia el bebé, por una parte, verbalizaban su deseo de querer tener al bebé, pero por otra parte remarcaban el no haberlo planificado ni deseado, de este modo puede aparecer una ambivalencia positiva: “No la esperaba, ni la buscaba, pero desde que vi el resultado del predictor la quería (Carmen, 23 años). “Pues me sorprendió que me sintiera bien, a pesar que era algo que no esperaba ni deseaba” (Alicia, 27 años).

Sin embargo, también hubo mujeres que, aunque mantenían el deseo de ser madres, la noticia del embarazo les evocó el no continuar.

“Yo siempre he querido ser madre, me ilusionaba ser madre, pero cuando en la consulta de la matrona me dijo que estaba embarazada, no podía creerlo, entré en pánico, me dije no puede ser, tengo que abortar. Pero la matrona que me conoce de años, por los problemas ginecológicos que tengo, me dijo algo que siempre le decía yo “pero sí tu mayor ilusión era ser madre y ahora lo eres ¿pero no lo quieres?”, eso me dejó paralizada, porque es verdad” (Marina, 22 años).

V.3.2.2. *Representación del bebé*

Debido a la conmoción de la noticia del embarazo y a las diversas situaciones en torno a ello, en las mujeres del estudio se generó un bloqueo de la

visualización del bebé en sus mentes. Además, resulta relevante que al ser primíparas y estar dentro de las 12 semanas de embarazo la mayoría de ellas no había aún tenido la primera ecografía. Sin embargo, aquellas participantes a las que la asociación les facilitó tenerla, o aquellas que buscaron tener una ecografía por su cuenta reportaron que el ver las imágenes de sus bebés les hizo experimentar sentimientos positivos. Por lo que, vemos que la imagen tiene una contribución significativa a la experiencia de embarazo de las mujeres.

“En la clínica, ya en la camilla, me hicieron una ecografía, yo no veía nada de la ecografía, pero a mi alrededor vi cosas que me hicieron levantarme mientras me dejaron sola, y al asomarme vi la imagen congelada y vi la bolsa donde estaba mi bebé, y me pregunté con qué me sentiría bien y lo vi claro, me levanté y salí, me dijeron que no podía hacer eso, pero yo salí y me fui. Diré que no he podido hacerlo que estoy a favor de la vida de mi hija” (Carmen, 23 años).

“No quería ver al bebé, no quería la ecografía, porque de verla no sé qué iba a sentir. Cuando el médico me mostró la pantalla sólo veía una cosa que tintineaba, y me dijo ese es tu bebé, mis ojos no dejaban de ver la pantalla, no podía imaginar que estaba en mi interior, que esa luz que se encendía y apagaba era su corazón. Era algo que no podría habérmelo imaginado nunca y sentí que era mi bebé” (Mar, 24 años).

V.3.3. Modelo sobre su propia madre

V.3.3.1. Re-elaboración de la figura de la madre

A pesar que todas las participantes de este grupo mantienen una relación cercana con sus madres la mayoría mencionaba no tener una buena relación, desde mucho antes de quedarse embarazadas. Además, un aspecto que

compartían las participantes de este grupo era el rechazo a la posibilidad de replicar en su propia experiencia de maternidad con sus bebés la experiencia vincular con sus madres.

“Desde que soy pequeña mi madre no ha estado presente, me he criado con mis dos abuelas, sé que mi madre se esforzó mucho por mí, pero no la he tenido a mi lado, ella en el poco tiempo que la veía era sobreprotectora, pero eso no es ser madre. Ahora la entiendo mejor, pero no quiero hacer lo mismo con mi hija, quiero estar presente y darle lo que necesita” (Carmen, 23 años).

“Tengo miedo de repetir patrones, tengo miedo de fallar, de querer hacer algo y no poder porque termino haciendo otra cosa, porque hacerlo mal significaría generar repercusiones sobre mi hijo o hija. En eso tengo expectativas de mí. No quiero hacer lo que mi madre hacía o incluso dejaba de hacer” (Mar, 24 años).

También en el tema de la cercanía afectiva era algo que se cuestionaban de ser capaces de realizar, pues a pesar que experimentaban que se renovaba la relación con sus propias madres a partir de aceptar el embarazo, recordaron cómo habían sido sus madres con ellas.

“Yo no sé si aún queriendo ser dulce, cariñosa, tierna, cercana con mi bebé vaya a poder serlo, porque yo no he tenido eso, no lo he sabido de mi madre, ella era de atenderme, pero no era cariñosa, ha sido distante, no era de decirte algo bonito. Y yo no sé si con mi bebé pueda ser todo eso que quisiera ser” (Inma, 26 años).

V.3.4. Modelo sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por las madres

Encontramos que las mujeres de este grupo sí experimentaron de manera directa las representaciones sociales generales sobre los EI, lo cual generó tensión en ellas y pesó sobre su proceso de elección. Además, como información adicional proporcionada por la asociación donde fueron reclutadas las participantes, comunicaron que suele ser frecuente que tanto las parejas de las mujeres, sus familiares e incluso en el ámbito laboral les suelen sugerir y presionar para tomar la decisión de no continuar con el embarazo.

“Al vivir en un pueblo todo se sabe, y cuando la gente se enteró que estaba embarazada, he sentido la crítica, con su trato, sus comentarios, como si hubiera matado a alguien. Las amigas de mi madre empezaron a comentar lo que debía hacer, todas decían que no debía tenerlo” (Joana, 21 años).

“Después de saber que estaba embarazada no sabía con quien hablarlo, me pilló que después me tocaba ir a trabajar y se lo comenté a una compañera y a mi supervisora inmediata y las dos me dijeron que abortara, no esperaba esas sugerencias, quería que alguien me escuchara cómo me sentía. Incluso a los días mi supervisora me preguntó si ya lo había hecho y me dijo que era lo mejor porque embarazadas no se contrataban” (Teresa 22 años).

“Mi madre me apoya, aunque no le hace gracia que haya salido embarazada, ella ha hecho muchos esfuerzos por mí, no me ha dicho nada, pero imagino que preferiría que no estuviera embarazada. Sé lo importante que es un padre, pero ni yo ni mi bebé lo tenemos, de alguna manera se repite la historia de mi madre y la mía, mi padre nos dejó al poco tiempo de yo nacer y mi pareja con el que he estado mucho tiempo en cuanto se enteró que estaba embarazada dejó

de llamarme, de buscarme y cuando yo lo llamaba me decía que no quería saber nada, que él debía seguir su vida, que por un bebé no se iba él a fastidiar la vida. Él ha estudiado en la universidad, tiene trabajo fijo de lo suyo, en cambio yo ahora mismo no tengo trabajo, ni tengo terminada la ESO, no sé muy bien qué hacer” (Debra, 26 años).

“Cuando se lo dije (a mi madre) lo primero que me dijo es abortalo...yo la entiendo, tiene que trabajar por todos en la casa, en trabajos que le perjudican la salud, pero qué hago, yo no quiero abortar, pienso que no está bien y por lo mismo no me hará bien hacerlo. Tengo también a mi tía, ella me ha sugerido un poco lo mismo, pero de otra manera, me ha hablado bien, pero en el fondo lo mismo, que aborte, porque no estoy lista, que es un mal momento, que no tengo trabajo, que no podré estudiar ya nada” (Gladys, 23 años).

“Todo el mundo me decía que abortara, mi madre, mis amigas, me decían que me iba a arruinar la vida si traía a un bebé, que ya nadie me iba a querer con un bebé, que mi vida se iba a un hoyo, que era muy joven, vamos me pintaban todo fatal, y mi mejor amigo, que es un chico, me dijo, es tu bebé, nunca vas a estar sola, es curioso que siendo chico pudiera tener más sentimientos materno... increíble, yo que siempre había estado de fiesta, con mi grupo de amigos todo el día, no me había importado estudiar, ni trabajar, me decía para qué si tengo a mi abuela y mi madre para que me mantuvieran, pues fue decidir seguir y es como que todo ha cambiado, ahora siento que el estudiar tiene sentido y me he matriculado en una FP de administración y pienso trabajar cuando tenga al bebé” (Carmen, 23 años).

Con respecto al estado de la maternidad en España y el conocimiento de las ayudas a la maternidad:

“No sé si hay ayudas, ni de qué tipo, yo nunca he escuchado de las mujeres que conozco que tienen bebés que las han ayudado con algo, han tirado para adelante solas o con sus parejas, pero ayudas nada, a lo mucho sé que sus familias le han lanzado un cable, pero ya está. No sé si el Estado da ayudas, en todo caso las desconozco. Lo que sí he visto es que ayudan a las que quieren abortar, pero tampoco sé cómo es eso” (Silvana, 24 años).

“Sé porque me informé con la trabajadora social cómo sería abortar, me explicó, la verdad es que estaba algo ida, pero me dio unos papeles y también información de ayudas por si quisiera seguir, todo estaba en un folleto, pero la verdad es que era demasiada información, no pude hablar de mi situación ni tampoco me leí el folleto” (Sarai, 25 años).

V.4. GRUPO 4: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS QUE PERTENECEN A UNA COMUNIDAD RELIGIOSA

V.4.1. Modelo de sí misma

V.4.1.1. *Deseo de querer ser madre*

Con respecto a la primera temática, de modo general encontramos que entre las mujeres casadas de las CN existe una alta tasa de fertilidad, de modo que, por lo general, las mujeres del estudio (especialmente las que provienen de familias que ya pertenecían a comunidades) han estado rodeadas desde muy temprana edad de mujeres que han tenido múltiples partos: sus propias madres, hermanas mayores, primas y también mujeres de su comunidad.

“Mi familia es una familia cristiana muy grande, de muchos hermanos, entonces yo creo en eso de manera natural siempre he pensado que era lo normal, en mi comunidad ahora mismo todas lo están [embarazadas] quedan dos para

parir, las demás...yo, soy la última de la cola, entonces la veo como algo normal” (Laura, 29 años).

“Yo desde siempre he querido tener una familia, tener hijos, era como que lo tenía dentro de mí, en la familia de donde he venido, 4 hermanos, mucho primo, mucho todo, y luego los valores de la iglesia, sobre todo eso. Lo importante que es la familia, no sé, como estoy rodeada de tanto matrimonio, de tanto hijo, de dar la vida por los hijos, por el marido, es como una vocación que te ayuda a dar la vida, te ayuda a salir de ti, entonces lo tenía claro, que sí Dios me daba hijos, pues estupendo, maravilloso” (Susana, 28 años).

La maternidad es concebida por las mujeres del estudio como un regalo divino, el cual es vivido como algo encomendado, en ningún caso es percibido como un derecho o únicamente como un deseo de la mujer o de la pareja por ser padres:

“Lo veo como un regalo de Dios, que confía en mí para ser madre. Como te dije, mi sueño era casarme y tener hijos. Pero cuando yo era soltera y me quedaba con mi sobrino por ejemplo decía madre mía esto es perder la vida” (María, 27 años).

“Es como que esto es lo más natural, yo no he hecho nada, de repente mi barriga me ha crecido y yo no he hecho nada, no he formado nada, ni he pensado ahora le toca el brazo, ahora el pie, yo no lo he pensado, lo único que hago en la medida de lo que puedo, cuando me dicen que haga, en plan tienes que tomarte esto o el otro, porque me han dicho sin obsesiones, entonces eso me hace ver, es que no hago nada, y se hace solo, es un regalo, va a estar bien, entonces voy con tranquilidad” (Susana, 28 años).

Las mujeres que no provienen de familias numerosas y cuya adhesión a las comunidades fue durante su adolescencia o juventud temprana, muestran apego a la manera de concebir la maternidad de sus madres, pero también se observa una revaloración y reformulación de la maternidad por lo que encuentran en las comunidades.

“Yo siempre lo escuché de mis padres y veía bien la manera en que lo habían hecho y quería hacerlo como lo hizo mi madre, ser madre cada 4 años, tiempo en que tu cuerpo se recupera, todo planificado, con el número de hijos que una cree que podrá mantener, pero cuando entré a comunidades, me sorprendió la manera en que las mujeres vivían y concebían la maternidad, al inicio las juzgue, pero luego vi cómo llevaban todo con tranquilidad y alegría y empecé a desearlo para mí” (Vanesa, 30 años).

“A todos les parecía una locura que nos quedáramos embarazados en nuestro viaje de novios, todos en mi familia nos decían que estábamos locos, pero la vida no aparece cuando yo lo decido, sino que nos la regalan, y eso me lo ha hecho saber la iglesia, que no es mi derecho, que es un regalo y yo al día de hoy lo veo y vivo así, de no escuchar la palabra de la iglesia yo ahora ni me hubiera casado, ni mucho sin nada” (Lilia, 26 años).

V.4.1.2. *Ausencia de Control de la natalidad*

La ausencia de control es un tema transversal en la vida de las personas de la comunidad, no sólo en el tema de la maternidad, sino en muchas otras áreas de la vida como pueden ser lo económico, laboral, incluso la salud. Parten del principio de poner sus vidas a la “Voluntad de Dios”, lo que Clements y Ermakova (2012) denominarían “surrender god”, con lo que se desprende que en

lo que respecta a la fertilidad y maternidad “están abiertos a la vida” por lo que la historia la hace Dios en colaboración con ellos.

Sí yo no tuviera la experiencia de Dios yo no estuviera embarazada, seguro que no, seguro que no, porque ahora mismo yo tengo unos contratos que van de octubre a junio, y yo ahora mismo que estoy embarazada yo tengo mi barriga y no puedo negarle a nadie que estoy embarazada, no sería ético, no me contrataría nadie, yo ya sé que mi trabajo se acaba este mes, y a mí ya no me van a renovar, a mí no me contratan en verano, sin cobrar un duro y en octubre me vuelven a contratar y yo creo que ya no me contrataría nadie. Yo sé que Dios está por encima de eso, y que él no me va a dejar pasar hambre, y si Dios me quiere dar un hijo es lo mejor que me puede pasar, aunque no tenga trabajo hasta que termine la lactancia, pero eso yo fuera de la iglesia, sin saber que Dios es mi Padre, eso yo no lo vería así (Laura, 29 años).

Al igual que Brose (2006) y Bein et al. (2021) hallamos que las personas afiliadas a una religión tienden a calcular significativamente menos los costos que puede implicar la maternidad y valoran más los beneficios que los inconvenientes que consideran sus homólogos no religiosos. Además, encontramos que no parece existir discrepancia entre ser madre y otros roles, como el ser trabajadora, principalmente porque el ser madre tiene prioridad para las entrevistadas.

Cuando escucho a mis compañeras que ahora que tienen trabajo, que tienen ahorros, que los dos (la pareja y la madre) tienen trabajo pueden tener hijos yo les digo “No lo tengas”, porque no se tiene hijos pensando en eso. Yo sé que si empiezo a ser el dios de mi vida me cargo el plan que Dios ha preparado para nosotros (Virginia, 34).

“Yo sé que, llegado el séptimo mes de embarazo, me darán la baja y no me renovarán, es que lo sé y no me importa, sé que Dios va por delante y sí me ha dado este bebé no me dejará a mi suerte” (Ana, 26 años).

La ausencia de control sobre su fertilidad también se vive en los momentos en los que las mujeres, aún deseándolo, no se quedaban embarazadas, durante largos periodos.

“Claro que quería tener un bebé, mi marido y yo queríamos tener un bebé, pero no venía, no venía y no venía, pues eso es lo que Dios tenía para nosotros dos, no dejábamos de ser una familia por eso” (Débora, 32).

“Se pasa mal, no es una situación agradable, todo mundo, el mundo sanitario que es el mío, me sugería hacerme una intervención para quedarme embarazada, y yo decía joder ¿por qué?, si es así como debe suceder pues es la voluntad de Dios” (Sara, 33 años).

V.4.2. Modelo sobre el bebé

V.4.2.1. *Familia Numerosa*

La ausencia de control en la fertilidad implica la ausencia del uso de medios artificiales para el control de la natalidad, y, por tanto, la ausencia de planificación en el espaciamiento entre los hijos, lo que se condensa dentro de las comunidades como “estar abiertos a la vida”. Según la implicación de la religiosidad, aparece una suerte de cambio en la representación mental de la fertilidad y del ideal de familia. “Desde que sé la historia de mi madre he pensado en casarme y tener dos bebés, tener la vida de mi madre. Y desde que estoy en el Camino me daban envidia las familias numerosas” (María, 27 años).

“Nosotros somos cinco hermanos y mi madre siempre ha dicho, ah y el pequeño tiene parálisis cerebral, entonces luego ya no tuvo más, pero ella siempre me ha dicho que le hubiera gustado tener muchos más entonces a lo mejor eso me viene de ahí, también en la comunidad lo veo, la familia numerosa es lo que estoy acostumbrada a ver” (Luisa, 29 años).

“Al ser de una familia numerosa, siempre he querido tener una familia como la que he tenido, me gustan las familias con niños, familias grandes, es lo que he conocido y con lo que he sido feliz, es lo que he vivido y a mí también me gustaría para mí (Pilar, 29).

“Yo antes no me planteaba la posibilidad de ser madre, no me imaginaba ser madre, es más no quería ser madre, pero cuando empecé a asistir a las catequesis, y ver que las familias numerosas tienen su propia alegría, su propio funcionamiento, el cual veo que es bueno en la medida que los padres estén, empecé también a desearlo para mi vida, y cuando me casé tuve miedo, pero cada vez veo que es lo mejor y lo que deseo” (Vanesa, 30 años).

“Mi familia no es del CN, y cuando me casé me decían ahora te vas a llenar de hijos o ni se te ocurra tener varios hijos, pero yo veo a las mujeres de mi comunidad, que tienen varios hijos y son felices, que están cansadas sí, pero yo veo como Dios las cuida y las sostiene, por qué no va a pasar eso conmigo” (Lilia, 26 años).

V.4.2.2. *Muerte Perinatal*

El temor a la muerte perinatal o a la presencia de alguna anomalía son temas, que al igual que en otras poblaciones, están presentes en las participantes de este grupo. Al respecto, Bakker y Paris (2013) encuentran que generalmente las

atribuciones de los padres ante este suceso son a menudo: el destino, la voluntad divina, la mala suerte o el fracaso de una madre.

“Vivir el embarazo día a día, yo no sé si esto (el embarazo) llegará a término, no sé, ni tengo idea...damos por hecho que la vida es nuestra, sin embargo, soy más consciente de que yo no soy la dueña, ni de la vida del bebé, ni nada” (Susana, 28 años).

“Yo creo que todas las madres quieren que sus hijos que vengan sanos, pero también te digo que sí mi hijo vendría con algún problema yo estoy acostumbrada, sufriría en cuanto a él eso le hiciese sufrir, pero yo considero que mis niños son muy felices [los pacientes de su trabajo], dentro de su enfermedad y sus cosas, no conocen otra realidad y aprenden a vivir con sus limitaciones y vamos nos sorprenden cada día, pero siempre eso que se encuentre bien en la barriga no por otra cosa” (Pilar, 29 años).

Además, al creer que la vida no la generan ellas, sino Dios, facilita a que no presenten un sentimiento de posesión absoluto sobre el bebé:

“[...]a mí se me ha quedado la palabra grabada, co-creador, no soy la que crea, que soy la que tengo el cuerpo y se crea solo, es que Dios es el que lo está haciendo, y eso me ayuda para mi vida, que Dios lo hace cómo lo hace, diariamente, y lo hace bien, me da tranquilidad” (Susana, 28 años).

En este grupo de participantes encontramos que sus creencias religiosas les facilitan definir el significado de una pérdida perinatal y/o de una posible malformación, pues consideran que esos hechos están concatenados a una historia ideada por Dios para ellas y además la consideran como “una historia bien hecha por Dios” al considerar que tendrá un sentido. En sus discursos una posible pérdida perinatal no parece conducir las a una desorientación religiosa, debido en

parte al testimonio de la experiencia de otras mujeres de su familia y/o de su comunidad que han pasado por una pérdida de este tipo y han podido dar su testimonio de ello:

“No te digo que no me pasa por la mente, o mejor dicho que no se me haya pasado por la mente que podría pasarme a mí, incluso desde antes de casarme, pero no es algo que me taladre la cabeza ni mucho menos, pero sí creo que de pasarme me dolería, claro que me dolería, pero creo también que el testimonio que vengo escuchando desde siempre de mujeres de mi comunidad o de alguna de mi familia me hace saber que no te mueres, que no te vas con tu hijo, yo he visto cómo las mujeres de mi comunidad lo viven como algo de Dios y que tendrá un sentido” (Carmen, 29).

V.4.3. Modelo sobre la madre

V.4.3.1. Tipo de crianza al tener Familia Numerosa

Se crea un patrón de crianza en el interior de las familias numerosas que las mujeres del estudio rescatan, tanto de las suyas propias como de las familias numerosas de su comunidad:

“Yo veo en las familias numerosas, que no están solos, que hay círculos de gente a su alrededor. Son más ordenados, cada hijo no es el ombligo del mundo, son más educados, más libres. Dicen y hacen lo que piensan, al haber menos control de los padres, cada hijo es como es, sin embargo, entre ellos se educan, se corrigen sanamente, no hay pena de hacerlo, tienen menos privilegios” (María, 27 años).

“Creo que un niño integrado en una familia numerosa no sé si tiene mejores perspectivas de ser educado, no va a clases de piano, francés, alemán y tenis, pero

aprende a colaborar, a cuidar de sus hermanos, estar en la casa, a socializar, a saber, que no se le tiene que dar todos los caprichos que se tenga y creo que eso es parte de la educación también” (Paloma, 29 años).

Un aspecto que aparece enlazado, no sólo cuando se tiene una familia numerosa, sino al tener un hijo es el tema de “dar la vida” este imprime una dinámica al interior de las familias numerosas.

“Tener hijos ahora mismo es una incordia muy grande para la gente... todo es sufrimiento, también es verdad, que la comodidad está en la cúspide de la pirámide, todo es para y por la comodidad, un hijo te quita al 100% la comodidad...tengo el ejemplo de que no te mueres por tener ni 1 o 10 hijos...yo he palpado que es posible y no que es una locura...porque la vida cuando no la das y se te quita, genera un sufrimiento, porque no es lo mismo darla que te la quiten” (Laura, 29 años).

Además, como parte de lo que implica integrar una familia numerosa, las mujeres de este grupo se autoperciben como mujeres con un mayor conocimiento de lo que comporta el embarazo y la crianza, en relación a lo que las mujeres conocen regularmente.

“de alguna manera si siento que sé lo que haré cuando tenga a mi bebé, como he bañado, cambiado pañales y cuidado a mis hermanas y hermanos pequeños, esto no me toma por sorpresa, creo que esto les pasa a las que venimos de familia numerosas, tengo amigas que no han pasado por eso en su vida” (Laura, 29 años).

“a mí me ha ayuda actualmente saber lo que tengo que hacer, o entender lo que me pasa, no me asusto ni estoy angustiada todo el tiempo por si siento esto o el otro, y creo que es de lo mucho que he escuchado a mi madre y a las mujeres de

mi comunidad hablar de las cosas del embarazo, del parto de cómo se siente una después de dar a luz, pero no sólo es que las he escuchado, sino que las he visto” (Paloma, 29 años).

“Yo creo que tendré la ayuda de mi madre, pero tengo algo como aprendido, que no es la palabra, es como que me lo han transmitido con sus actos, en sus comentarios, cuando contaban cómo estaban y sus dificultades, empezando por mi mamá, ella ha tenido 9 partos y 2 pérdidas y he visto cómo ha llevado todo” (Ana, 26 años).

V.4.4. Modelo sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por las madres

Las participantes de este grupo manifiestan que el contacto, desde tempranas edades y antes de ser madres con las mujeres de su comunidad que ya son madres les hace despejar dudas e incluso sentirse libres de expresar lo que la maternidad podría estar haciéndoles experimentar. Para ellas tanto las mujeres de su familia como las mujeres de su entorno cercano tienen una representación muy similar de la maternidad

“Yo soy de las que lo dice todo en mi comunidad, pero con este tema el ver que otras mujeres ya con hijos comentaban sus problemas y que nadie se escandalizaba pues me ayudaba a decir lo que pensaba y sentía. He sentido comprensión” (María, 27 años).

“Yo he podido desahogarme con ella [la comunidad] y me han apoyado, me han aconsejado, ha sido psicológicamente más que nada, porque he comentado cómo me sentía y me he sentido apoyada en ese sentido, en que ellas han estado ahí, me han dicho lo que me tenían que decir, me han tranquilizado,

ellas han rezado por mí cuando pensábamos que nacía enfermo, me he sentido muy arropada” (Luisa, 29 años).

“Entonces es lo que tengo de referente y tengo una suerte tremenda, porque hoy en día es difícil tener esas ramas diferentes para ir preguntando, expresando, apoyándote, expresarte sin que te miren mal, sin que piensen que eres una rara” (Leonor, 29 años).

Con respecto a las ayudas existentes a la maternidad en España, la gran mayoría refirió conocerlas por la información que las madres de familias numerosas de sus comunidades comparten, consideran que son pocas las ayudas existentes y también paupérrimas.

“Es inevitable que te termines enterando de las ayudas que hay para la maternidad y la familia, en mi comunidad y en la de mis padres la gran mayoría es de familia numerosa, y lo comentan y así es como tienen los requisitos para aplicar. Es una ayuda, pero sin esas ayudas da igual, tendría a mi bebé aún cuando yo no estoy trabajando y mi marido va a tiempo parcial, me fío de Dios” (María José, 28 años).

Con respecto al aborto, tenían una postura claramente contraria a la legislación que ampara el aborto en España.

“Yo creo que es un engaño total lo del aborto, engañan a la mujer, te hacen creer qué es ser libre y te venden que ser madre es todo lo contrario. Yo veo que las mujeres tienen hijos y ninguna se muere, todo lo contrario, las veo más libres, en el sentido que hacen algo que es bueno para ellas” (Leonor, 29 años).

“Es muy duro hablar de esto fuera de tu círculo, familiar y de la comunidad, incluso en tu grupo de amistades te puedes dar un chasco si das tu opinión del aborto. Y es que yo creo que nos han vendido la moto a las mujeres y hemos

caído, y lo peor es que lo hacen desde el gobierno, alentando, pero bueno todo pasa y las mujeres no somos tontas, podemos pensar que hacemos lo mejor, pero en nuestro foro personal sabemos que el aborto no ayuda a nadie” (María, 27 años).

VI – DISCUSIÓN

VI -DISCUSIÓN

VI.1. GRUPO 1: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS PLANIFICADOS

VI.1.1. Modelo de si misma

VI.1.1.1. *La decisión de ser madres y asimilación de los cambios*

La elección del momento de ser madres responde directamente al hecho en sí de haber cumplido o logrado con una serie de prioridades, especialmente académicos y profesionales. Sin embargo, tomando en cuenta que las participantes son mujeres con embarazos planificados de manera natural, es llamativa la aparente disociación entre el deseo-decisión del embarazo y el estar involucradas con lo que implica un embarazo, tanto a nivel físico como emocional. Es decir, estas participantes no necesariamente conocían y por ende no reconocían los diferentes síntomas y signos que experimentaban o que podrían experimentar en la gestación, tanto a nivel físico como emocional, por lo que diferentes aspectos de una alarma puerperal del embarazo podrían haber pasado desapercibidos o por el contrario considerar como síntomas de alarma, cuando más bien correspondían a síntomas esperables, desconocimiento que puede estar presente incluso en mujeres multíparas (Acosta et al., 2018).

Por lo mismo, se halla en este grupo una mayor provisión de diferentes fuentes y canales de información sobre el embarazo, que sí fue una actividad que las madres promovieron con antelación, más no dentro del ámbito sanitario donde pudieron haber solicitado consultas médicas de preconcepción. Al

respecto, encontramos al igual que en la investigación de Melender (2002) que la búsqueda de información independiente por parte de las madres reducía el miedo que les generaba la incertidumbre que experimentaban en relación al embarazo y al parto, especialmente en las mujeres primíparas, debido a que su falta de experiencia las hacía sentir más inseguras. Si bien la misma información podría ser una fuente que generara miedos, las participantes de este grupo valoraban su influencia positiva. Adicionalmente encontramos que las mujeres buscaban en sus grupos principalmente información médica y en menor medida apoyo emocional en los grupos de pares. Al respecto, Lobel et al. (2008) menciona las diferentes maneras de afrontamiento de las mujeres según sus necesidades, temores y etapas de gestación, pues solían buscar diferentes fuentes de información y apoyo que correspondía a su dificultad o preocupación.

Así mismo, también encontramos que la necesidad de las madres de hablar de los miedos que experimentaban era importante, pues al hacerlo podrían ser aliviarlos y/o disiparlos, especialmente por la manera en que se les proporciona la información. Además, McCourt (2017) menciona que abordar estas emociones, especialmente la del miedo, durante el embarazo genera un impacto positivo para el parto. Consideramos que en el actual protocolo de atención a las mujeres gestantes no existe atención al aspecto emocional-psicológico de las mujeres, en este sentido consideramos que la entrevista de esta investigación, de manera espontánea, pudo resultar un espacio donde podían hablar de manera amplia y con libertad de su vivencia, tanto física como emocional, de su embarazo.

VI.1.1.2. *Expectativa de ser madre de un bebé*

A su vez, se halla que la representación mental de estar embarazada posiblemente se encontraba idealizada, que de alguna manera está influenciada

por el imaginario colectivo de cómo es gestar un bebé. La distancia existente con una representación más realista del embarazo podría explicar el aparente arrepentimiento de algunas de ellas y sobre todo la dificultad en empezar a adaptarse de manera necesaria y razonable a su nueva situación, a su nueva identidad.

Esta falta de información quizá se deba también a la poca vinculación que en general la población tiene de la maternidad, la gestación y la crianza, pues en su entorno familiar y social no tienen contacto cotidiano o frecuente con mujeres embarazadas como lo había antes, que pudieran transmitir de manera vivencial y oral las vicisitudes físicas y emocionales de la gestación. Además, frente a esta situación las principales fuentes de información en este grupo: el material bibliográfico no médico, internet y grupos de pares, sin embargo, el grupo de pares no parece haber presentado mayor conocimiento que las madres del estudio, es decir que lo que posiblemente se proveían entre todas era la posibilidad de hablar de lo que iban experimentado durante el embarazo.

VI.1.2. Modelos sobre su propia madre

A pesar que se halla en este grupo de participantes que la representación mental de sus propias madres se encuentra preservada esta figura no es considerada como principal transmisora de lo que involucra la maternidad, la gestación, la crianza, la lactancia, entre otros, por el contrario su rol tradicional de principal transmisora se ve desvanecida debido a las múltiples transformaciones familiares y sociales, donde ya no se nace ni se crece en grandes familias, ni se vive en comunidad, sino que se ha impuesto una cultura más individualista, donde la familia nuclear toma predominio y donde se recrea casi en solitario y/o en pareja lo relacionado al embarazo y la crianza. En este escenario las

embarazadas parecen desear probarse de manera individual, donde la información disponible sea algo que ellas pueden adaptar a su propia vivencia y al estilo de crianza que desean implantar y por tanto el reconocimiento de estos parámetros por parte de la familia extensa.

Asimismo, encontramos al igual que en el estudio de Stephenson et. al, (2014) que la figura de los sanitarios para las madres no representa una figura representativa para realizar consultas, no por dificultad de acceso al servicio de salud pública sino posiblemente por la sobreinformación que ofrece internet y por su accesibilidad inmediata. A pesar de esta fuente de información, la función de los sanitarios estaría pendiente, pues podrían brindar pautas a la población de embarazada sobre las webs fiables y actualizadas que brindan información, así como las apps que dan información algo más personalizada y encaminar a las embarazadas a grupos presenciales de apoyo de pares, como pueden ser los grupos de lactancia. Así, a pesar del rol de los sanitarios, como puede ser el de las matronas, que son gestores y evaluadores sanitarios, hallamos que las mujeres están actualmente más informadas y son más críticas con la información que comparten.

Es importante resaltar que la información que reciben las gestantes se circunscribe en la mayor parte de casos a temas generales del embarazo e información muy general de nutrición, más no así información relacionada con los aspectos psicológicos del embarazo.

VI.1.3. Modelo sobre el bebé

En la bibliografía científica se encuentra investigaciones acerca de las diferentes vivencias que pasan las mujeres cuando han tenido una perdida

perinatal y están nuevamente embarazadas (Donegan et al., 2023; Gower et al., 2023; Mainali et al., 2023), en todas mencionan la presencia de estados de ansiedad y depresión que tiñen de diversas maneras su vivencia del nuevo embarazo. Sin embargo, las participantes de este grupo no presentan antecedentes de pérdidas perinatales, pero sí presentan miedo a atravesarlo. Si bien Alarcón et al. (2024) hace mención sobre las pérdidas perinatales, como poco reconocidas y validadas a nivel social e incluso invisibilizadas, consideramos que, si es un miedo que se expande o está presente entre las mujeres, es decir que es probable que esta experiencia nunca experimentada de la pérdida perinatal se fundamenta principalmente en experiencia de personas cercanas o medianamente cercanas que si la han experimentado.

Por lo mismo, en este grupo, la aparición de la representación del bebé se ve postergada conscientemente y sujeta al deseo de no experimentar una pérdida, un duelo por una posible muerte fetal, específicamente dentro del primer trimestre, por lo que las madres no lo conciben como un bebé o un ser humano. Al respecto, este suceso de las representaciones del bebé según Raphael-Left (2001) corresponden a la primera fase madurativa del embarazo, que va hasta antes de que la madre sienta los movimientos del feto y el momento en que no tiene certeza si dará a luz a un bebé vivo. A su vez, esta ausencia de la representación del bebé resultaría una suerte de mecanismo de defensa de la mujer ante la posible muerte fetal, donde sus vivencias psíquicas se escinden de las vivencias físicas temporalmente hasta que la madre es comunicada que el feto se encuentra bien y es viable. Toma sentido que la madre cuando vea que su planificación del embarazo va en buen camino a concluirse considere al feto como algo real y empiece a pensarlo como un bebé.

VI.1.4. Representaciones culturales de la maternidad

A pesar de que las mujeres parecían tomar la decisión de ser madres de forma meditada y en el momento que consideraban oportuno, aparecen ciertas ambivalencias notables en la vivencia concreta del embarazo. Por un lado, encontramos que los aspectos más intrínsecos del embarazo, como las náuseas, el insomnio, la fatiga o los cambios corporales, suelen sorprender incluso a quienes planificaron su embarazo con detalle, generando malestar, desconcierto e incluso frustración (Martínez-Arías et al., 2024). Por otro lado, el embarazo resulta emocional y afectivamente más desafiante de lo esperado: muchas mujeres reportan ansiedad, inseguridad, culpa, o sentimientos encontrados sobre su decisión de ser madres, incluyendo en algunos casos pensamientos de arrepentimiento (McCarthy et al., 2021; O'Connor et al., 2023). Una posible explicación es que el hecho de basar su maternidad en un deseo y en una narrativa cultural idílica de la maternidad, que es la que la cultura transmite, las alejó de los aspectos más concretos del embarazo, tanto a nivel físico como psicológico (Blázquez y Montes, 2010; Vannier et al., 2019). Además, a diferencia de las mujeres de generaciones anteriores, en las que era más recurrente que las jóvenes tuvieran más contacto con las mujeres embarazadas, lo que les permitía conocer por medio de la observación los procesos físicos y emocionales por los que pasaban las embarazadas, estos procesos no son tan evidentes para las mujeres de hoy (Rocca-Ihenacho & Watts, 2024).

A ello se suma un fenómeno de “desmaternalización” vinculado al empoderamiento académico y profesional femenino, que ha llevado a muchas mujeres a postergar o planificar rigurosamente su maternidad, priorizando el desarrollo individual (Kemkes-Grottenthaler, 2003). Sin embargo, esta

planificación no garantiza una preparación integral para los aspectos sensoriales, físicos y emocionales del embarazo. Diversos estudios recientes concluyen que este desfase entre expectativa y realidad puede generar sufrimiento psíquico, especialmente en embarazos planificados donde existe una presión interna o social por “vivirlo plenamente” (Mollaioli et al., 2022). Intervenciones psicoeducativas y espacios de acompañamiento emocional podrían ser clave para favorecer una representación más realista, flexible y humanizada de la experiencia gestacional.

VI.2. GRUPO 2: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS POR MEDIO DE TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (TRA)

VI.2.1. Modelo de si misma

VI.2.1.1. *La Fertilidad y el Diagnóstico de infertilidad*

En general, se halla en las participantes de este grupo un conocimiento parcial o limitado de su propia fertilidad. Las mujeres con TRA no parecen haberse planteado el riesgo de la disminución progresiva de su fertilidad con el paso de los años,

Por otra parte, el iniciar un TRA con un diagnóstico desconocido de infertilidad agrega mayor intensidad al grado de estrés psicológico e incertidumbre que vive la mujer (Lykeridou et al., 2009), debido a no saber qué sucede en el organismo para no quedar embarazada.

VI.2.1.2. *Deseo de querer ser madre*

Si bien todas las participantes experimentaron de manera intermitente el deseo de ser madres, no parece que se plantearan en ningún momento renunciar a

la maternidad, más bien esta intermitencia parece corresponderse con sus valores, sus objetivos de vida, la preparación y la disposición actual, así como la relación con la pareja y las ideas de familia que tienen (Stanford et al., 2000). Así encontramos que algunas mujeres de este grupo mostraron cierta dificultad de aceptar el dejar de realizar o de realizar plenamente sus actividades laborales y profesionales, debido a los cambios fisiológicos y físicos del embarazo, lo cual está en relación a lo que Nanzer (2009) explica con respecto a la vivencia del embarazo y la maternidad como un proceso de renuncias y pérdidas relacionadas con la identidad profesional, la autonomía, entre otros aspectos. Quizá esto refleja el conflicto que muchas veces se les plantea entre configurar los roles y logros del ámbito público como trabajo y carrera profesional y a la vez empezar a configurarse en el ámbito privado como puede ser en la maternidad, la lactancia y quehaceres de la casa (Lupton, 2000, Güney-Frahn, 2020). Esta dificultad que presentan estas participantes también podría estar relacionada a lo que Rokech (2007) menciona sobre el proceso que implica para la mujer el embarazo de ir experimentando la separación de sus actividades rutinarias, y también sociales, especialmente durante los primeros meses del embarazo.

VI.2.1.3. *Percepción de la pareja y la figura de sus madres*

Legazpe (2016) encuentra que una mayor educación en las mujeres genera un retraso en el inicio de la vida en pareja, así como también el espaciamiento entre convivencia y maternidad. Asimismo, la estabilidad en la relación de pareja y en la convivencia favorecerían la visualización del inicio de su maternidad, evaluando el funcionamiento interno de la diada que conforman para la crianza de un bebé (Zabin, et al., 2000). Estos requerimientos reflejan con precisión sus

necesidades y prioridades en relación a la etapa de la crianza, los cuales se enlazan con los propuestos por Stern (1997).

En las participantes con TRA está la expectativa explícita de una crianza igualitaria, donde exista una coparticipación de ambos progenitores, lo cual es más esperable en mujeres con mayor grado de educación (Dzwonkowska-Godula y Brzezinska, 2012).

En relación a la figura de sus madres, en el grupo de mujeres con TRA, surge la necesidad de colocar anticipadamente límites a las funciones que sus madres quieren asumir, lo cual está vinculado a un proceso de separación-individualización que su mismo rol de madres les demanda. Sin embargo, Charles et al. (2001) encuentran que este proceso se verá condicionado por las relaciones previas de interdependencia entre madre e hija, pudiendo favorecer o no la autonomía de las mujeres y generando relaciones basadas en el apoyo mutuo o dependencia respectivamente. En el grupo de mujeres con TRA se observa una mayor tendencia a la autonomía, aunque cierta competencia implícita con sus madres por los roles que cada una aspira o siente que le corresponden en relación al nuevo bebé. Adicionalmente, enmarcando este aspecto a un análisis macro acerca de la participación de los abuelos en la crianza, Bordone et al. (2016) menciona que la presencia de los abuelos tiene relación directa con la presencia o no de servicios públicos de guardería y de la amplitud de los permisos parentales, si bien este grupo tiene acceso a ambas condiciones, al parecer lo que prima es el deseo de experimentar su maternidad con la pareja.

VI.2.1.4. *Dificultades perinatales*

Los embarazados por TRA médicamente se asocian a mayor incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales (Madrazo, 2020), por lo que no resulta

inusual que las mujeres experimenten de manera cíclica diferentes sensaciones y/o emociones como ilusión, expectativa, ansiedad, miedo, preocupación e incertidumbre, antes y durante el embarazo (Lequerica, 2013; Seger, 2003) con una intensidad posiblemente mayor que el promedio de mujeres, debido a lo incierto del éxito de la intervención de fertilización (Armstrong y Pooley, 2005; Jabbari, et.al, 2017). Esta preocupación tiene base real y médica por lo que la pérdida perinatal cobra mayor relevancia en sus mentes y tendría relación directa con una merma o interferencia significativa en la elaboración de diferentes procesos psíquicos como las representaciones mentales, tanto de ellas como madres como de sus bebés.

VI.2.2. Modelo sobre el bebé

VI.2.2.1. *Ausencia de la Representación Mental del bebé*

Las mujeres con TRA vivenciaron transversalmente la incertidumbre del éxito o fracaso de la fertilización, lo cual de cierta manera se enlaza directamente con la ausencia de representaciones del feto, tanto física como caracterológicamente, desde etapas tempranas del embarazo. La presencia de estas representaciones está relacionada con sentimientos como la esperanza, el temor, la expectativa, los cuales contribuyen al apego prenatal que se establece entre madre-bebé y que se hacen evidentes mediante representaciones mentales y a la construcción de su identidad como madre (Ammaniti et al., 1992; Guarino et al., 2010; Ilicali y Fisek, 2004; Mercer y Ferketich, 1994). Al respecto, en el estudio de Lumley (1982), con mujeres primíparas, se identificó que aquellas mujeres que sentían como una persona al feto en las primeras semanas de embarazo lograban

una implicación afectiva mayor con el feto y el establecimiento de una relación con éste en su imaginación.

Esta ausencia de representaciones también resulta ser una suerte de mecanismo de defensa, donde aparece una representación vacía (Agostini et al., 2009) tanto del bebé como de ella como madre, como una manera de abordar y afrontar las experiencias subjetivas ante las posibles amenazas, especialmente del primer trimestre, facilitando la anulación del miedo de que el embarazo no avance.

A pesar de todo, no deja de ser relevante que siendo una población que suele tener más ecografías éstas no hayan favorecido la formación de representaciones mentales del bebé. Posiblemente la ecografía para ellas cumple más una herramienta de detección o diagnóstico que una oportunidad de ver y conocer al bebé, por lo mismo el modo de participación del equipo sanitario podría ser de gran ayuda al guiar la mirada simbólica de la madre al ver las imágenes que muestra la ecografía (Mitchell, 2004). Contraponiéndose a esta postura, algunas investigaciones (Baillie et al. 1999; García, 2002; Schönholzer et al. 2001) mencionan que a pesar de la emoción que podría experimentar la mujer al ver a su bebé en la imagen ecográfica, no se ha evidenciado que ésta tenga efectos ni de inmediato ni a largo plazo sobre el vínculo que se podría tejer entre madre y bebé. También presentan la hipótesis que en los grupos de alto riesgo (anomalías en el feto) el ver al bebé colocaría a la mujer en un estado de vulnerabilidad que podría generar mayor ansiedad en la mujer. A pesar de todo ello, igualmente deja entrever que la tarea de los servidores sanitarios de esta atención va más allá del diagnóstico y las intervenciones clínicas y que debe incluir la atención a los aspectos psicológicos y también, de manera prospectiva, al vínculo que se genere entre la madre y el bebé (Dykes y Stjernqvist, 2001).

VI.2.3. Modelo sobre su propia madre**VI.2.3.1. *Necesidad de revertir y limitar aspectos de la imagen de la madre***

En relación a la figura de sus madres, en el grupo de mujeres con TRA, hallamos que la representación se encuentra preservada pero un tanto compleja, donde conviven el afecto y la valoración hacia su figura materna con una crítica consciente a ciertos patrones de vinculación recibidos. Por una parte está el reconocimiento de los efectos en su self de la dinámica que tuvieron con su figura materna y a la vez el deseo expreso de no replicarlos en su propio ejercicio materno.

Desde una perspectiva psicoanalítica, este tipo de elaboración mental se comprende como parte de los procesos de reorganización psíquica que ocurren durante el embarazo, especialmente en mujeres que han atravesado experiencias complejas hacia la maternidad, como es el caso de quienes recurren a la reproducción asistida (Maehara et al., 2022; Rujas Bracamonte et al., 2021). El embarazo en estos contextos no solo reactiva fantasías y expectativas intensas, sino que también invita a una revisión profunda de las propias experiencias como hija, de los modelos parentales recibidos y del deseo de construir una identidad materna diferenciada (Foti et al., 2023; Pellerone et al., 2023).

Este proceso se enmarca en lo que la literatura reciente denomina ruptura intergeneracional consciente: la capacidad de la futura madre de tomar distancia crítica respecto de los patrones vinculares heredados, en un intento de no reproducir aquellos aspectos que percibe como disfuncionales o emocionalmente restrictivos (Field et al., 2024; Dour et al., 2024). En particular, la presencia de discursos centrados en el miedo y la sobreprotección ha sido ampliamente asociada

con un aumento en la sensibilidad a la ansiedad en los hijos, evidenciando así los mecanismos de transmisión intergeneracional del miedo (Askew & Field, 2023).

Por lo tanto, el deseo explícito de revertir lo vivido con sus figuras maternas puede interpretarse como parte de un movimiento psíquico fundamental en la reorganización subjetiva del embarazo: el de construir una función materna diferenciada, que integra aspectos valorados de su historia pero que también toma distancia crítica para posibilitar nuevas formas de vínculo.

Por lo mismo, surge la necesidad de colocar anticipadamente límites a las funciones que sus madres quieren asumir, lo cual está relacionado al proceso de separación-individualización que su mismo rol de madres les demanda. Sin embargo, Charles et al. (2001) encuentra que este proceso se verá condicionado por las relaciones previas de interdependencia entre madre e hija, pudiendo favorecer o no la autonomía de las mujeres y generando relaciones basadas en el apoyo mutuo o dependencia respectivamente. En esta muestra se observa una mayor tendencia a la autonomía, aunque cierta competencia con sus madres por los roles.

En las participantes de este grupo se puede observar una tensión característica en la transición a la maternidad: la ambivalencia entre la necesidad de apoyo y el deseo de autonomía. Así, la figura materna para las nuevas madres aparece como una presencia significativa pero también potencialmente intrusiva, lo cual coincide con hallazgos de investigaciones recientes que señalan que, en contextos de reproducción asistida, las mujeres pueden experimentar un agudo sentido de propiedad y protección respecto a su rol materno, en parte como resultado del esfuerzo emocional y médico invertido en lograr el embarazo (Gameiro et al., 2021; Hammarberg et al., 2017).

Las representaciones mentales de estas futuras madres, como plantea Ravaldi et al. (2021), se ven influidas por un entramado de expectativas, propias y ajenas, que demandan una reformulación del lugar que ocupan los otros significativos (pareja, familia, red de apoyo). En este sentido, la necesidad de marcar límites con la madre puede ser comprendida como un intento de proteger una identidad materna en proceso de consolidación, evitando que se vea desplazada o diluida en dinámicas familiares anteriores (Lee et al., 2023).

Además, en mujeres que han atravesado procesos de infertilidad, la construcción del vínculo con su bebé y la identidad materna que está en construcción puede estar particularmente cargada de simbolismo, reforzando la necesidad de definir con claridad los contornos de su nuevo lugar (Malone et al., 2019). En esta línea, la decisión de que sea su pareja, y no su madre, quien las acompañe en sus procesos de ser madre se inscribe no solo como madre, sino como parte de un proyecto parental compartido, resguardando así una visión de maternidad que no quede subsumida bajo roles tradicionales.

VI.2.4. Representaciones mentales culturales de la maternidad

Encontramos que en este grupo la representación que tienen de cómo las perciben socialmente está directamente relacionado con lo que se puede desprender de su edad, como por ejemplo el momento de elección para ser madres vinculado a especialmente lograr metas profesionales y laborales (Kemkes-Grottenhaler, 2003). Sin embargo, muchas mujeres también identifican factores que escapan a su control, como la posibilidad de tener una pareja adecuada o vivir una relación estable al momento de tomar la decisión de buscar un embarazo (Cooker, 2012).

Estudios más recientes corroboran esta tendencia. En un estudio realizado en España, se identificó que las mujeres que retrasan la maternidad tienden a estar en relaciones estables, contar con estudios universitarios y empleos formales, aunque también enfrentan mayores dificultades reproductivas y niveles más altos de ansiedad al momento del embarazo (González-Rábago et al., 2019). Del mismo modo, Martín-García y Baizán (2023) señalan que las transiciones tardías a la adultez, como la formación de pareja o la independencia económica, están estrechamente ligadas al aumento del uso de técnicas de reproducción asistida, aunque no siempre con resultados exitosos, dado el efecto negativo de la edad sobre la fertilidad.

En una revisión reciente sobre la vivencia de la maternidad, muchas mujeres relatan sentirse presionadas por mandatos sociales contradictorios: por un lado, se espera que sean madres jóvenes para cumplir con ideales de fertilidad natural, pero por otro, deben cumplir ciertos “requisitos previos” como estabilidad económica, emocional y profesional para considerarse aptas para la maternidad (Rocca-Ihenacho & Watts, 2024). En esta línea, se ha observado que el deseo de lograr estas condiciones ideales conlleva postergaciones que no siempre son enteramente voluntarias, lo que intensifica el malestar cuando deben recurrir a tratamientos médicos para concebir (Nachtigall et al., 2023).

Asimismo, ha habido un cambio progresivo en la percepción social de la maternidad tardía. Benzies (2006) ya advertía que comenzaba a disminuir el rechazo hacia mujeres que postergaban la maternidad, especialmente cuando se las percibía como emocional y económicamente preparadas. Este giro continúa vigente: se ha documentado que las percepciones sociales hacia las edades “límite” para ser madre varían entre países y generaciones. Curiosamente, en

contextos donde el uso de técnicas de reproducción asistida es más común, como es el caso de España, las personas tienden a ser más estrictas en cuanto a la edad “adecuada” para la maternidad (Ní Bhrolcháin et al., 2021).

Finalmente, en mujeres que han logrado el embarazo mediante tratamientos de fertilidad, la representación mental de la maternidad aparece atravesada por la tensión entre el deseo de cumplir ideales sociales y la vivencia personal del proceso. Aquellas que reportan mayor presión social para cumplir con los tiempos “normativos” de la maternidad también experimentan niveles más altos de malestar emocional, especialmente cuando factores como la edad avanzada, la falta de pareja o la necesidad de asistencia médica se vuelven inevitables (Provoost et al., 2023).

VI.3. GRUPO 3: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS CON EMBARAZOS IMPREVISTOS

VI.3.1. Modelo de si misma

VI.3.1.1. *Deseo de querer ser madre*

En el grupo de mujeres con EI se evidenció la presencia tanto de deseos como de conductas ambivalentes frente al hecho de quedarse embarazada. Mencionaron no desear ser madres aún, al menos no de manera consciente, sin embargo, mantenían una intermitencia o incluso ausencia del uso eficaz del método anticonceptivo, a pesar de ser sexualmente activas. Al respecto las investigaciones de Schwarz et al. (2007) y Yoo et al. (2014) hallan que la preexistencia de sentimientos ambivalentes con respecto al embarazo puede incrementar el riesgo del mal uso o no uso de los anticonceptivos. También estas ambivalencias pueden explicar la vivencia de extrañeza frente a la noticia del

embarazo y de entrar en un estado de conmoción, pues resulta ser un momento crítico, tanto para ellas, como para su entorno familiar y para su pareja, si esta permaneciera en la relación, pues se visualizan asumiendo una maternidad frente a la cual no se sienten preparadas. Esta dificultad partiría de movimientos internos, intrapsíquicos, puesto que la maternidad exigiría de ellas proceso de reestructuración y reorganización de su identidad (Stern, 1997), algo que al ser imprevisto puede ser vivido por la mujer inicialmente como un ataque a su ser, lo cual a su vez puede producir que no se decante por continuar con su embarazo.

VI.3.1.2. *Percepción de la pareja y la figura de sus madres*

Diferentes estudios (Legazpe, 2016; Zabin, 2000) mencionan la importancia que tiene para la mujer el experimentar estabilidad tanto en su relación de pareja como en la convivencia, puesto que son aspectos que contribuyen a que la mujer se plantee el inicio de su maternidad, aún incluso siendo un EI, puesto que el trasfondo del análisis de esa variable es el analizar el funcionamiento interno con su pareja para la crianza de un bebé. En este grupo de estudio encontramos que ninguna mujer convivía con su pareja, y que al comunicar la noticia del embarazo predominaron las amenazas de abandono de continuar con el embarazo o el abandono explícito por parte de la pareja, lo cual ahondó la experiencia de soledad situacional del embarazo, que en este tipo de embarazos suele experimentarse de manera más fehaciente, además las mujeres mostraron menor propensión a hablar y/o informar sobre la experimentación de sentimientos de soledad (Lee et al., 2017; Rokach, 2004; Rokach, 2007).

Al respecto, considerando que una relación de pareja positiva ofrece a la mujer un mayor grado de protección frente a este sentimiento de soledad (Kent-Marvick et al, 2000), vemos que la vivencia por la que pasan las mujeres de

esta grupo es más bien de experimentar un bajo apoyo social y afectivo, lo cual podría favorecer a la aparición de representaciones negativas del bebé y de ella misma como madre (Pajulo et al, 2001, Krause, 2014), favoreciendo a su vez que antepongan otros aspectos como la preocupación de cómo afrontar lo que implica el embarazo, cómo asumir la carga económica de la crianza y también la ausencia de la figura paterna para su bebé, las cuales fueron las principales preocupaciones mencionadas por las mujeres. Por tanto, consideramos que proporcionar información sobre ayudas reales y concretas a las mujeres embarazadas podría amortiguar este aspecto, sin embargo, el hecho de haberse suprimido en España el proporcionar esta información incrementa su estado de vulnerabilidad, lo cual por ende incrementa la posibilidad de decidir no continuar con el embarazo.

Desde el ámbito sanitario, a pesar que los proveedores de atención sanitaria podrían alertar a las gestantes sobre los diferentes cambios hormonales que afectaría su estado de ánimo y a su comportamiento, en general no advierten a las mujeres sobre la posibilidad de experimentar sentimientos de soledad. Según Rokach (2007) la mujer embarazada esperaría de sus círculos más cercanos apoyo y atención, especialmente de la pareja, sin embargo, la ausencia de ello podría precipitar sentimientos de alienación y de pérdida. Quizá en las poblaciones donde exista una soledad con sustentos reales, como puede ser este grupo, el papel del sanitario se vea amplificado a incluir un trabajo no sólo de información sino también de soporte emocional.

VI.3.2. Modelo sobre el bebé**VI.3.2.1. Muerte Perinatal**

En el grupo de participantes con EI, no se presenta un miedo en sí a la muerte perinatal, sino una preocupación más profunda asociada a la decisión de continuar o no con el embarazo. Esta decisión suele vivirse en un contexto de alta presión externa, familiar, social o institucional, que genera una intensa desorganización emocional, dificultando la posibilidad de una deliberación reflexiva. Estudios recientes confirman que la toma de decisiones en embarazos no planificados está marcada por tensiones emocionales, conflictos de valores y sentimientos ambivalentes, especialmente cuando las mujeres sienten que no cuentan con tiempo, apoyo o libertad real para decidir (Carrière et al., 2023).

Para hacer frente a este proceso que puede resultarles intolerable Speckhard y Mufer, (2003) postulan la presencia de un mecanismo de defensa disociativo, donde se anulan las emociones para llevar a cabo una acción, sin embargo, en un segundo momento los sentimientos se conectan y pueden sentir el efecto de la decisión acompañados por sensaciones de vacío, tristeza o culpa (Speckhard & Rue, 2003; Gonzalez-Ramos et al., 2023). Sin embargo, en este grupo, pese al hecho de estar considerando el aborto, si había conciencia y reconocimiento de la vida existente en sus embarazos y un cierto vínculo con el bebé, lo que las hacía más vulnerables para tomar la decisión, lo cual resulta ser la motivación principal para la búsqueda de asesoramiento y ayudas.

Esta conciencia prenatal del vínculo con el bebé, incluso en embarazos no planificados, ha sido señalada por investigaciones recientes como uno de los factores clave que motivan la búsqueda de asesoramiento, contención emocional y apoyo comunitario, más allá de las orientaciones meramente clínicas

(Gonzalez-Ramos et al., 2023; Upadhyay et al., 2020). La literatura también sugiere que, si bien muchas mujeres que atraviesan EI pueden tener inicialmente una baja claridad respecto a su deseo gestacional, las condiciones del contexto —como el juicio social, el miedo al futuro o la falta de apoyo— juegan un papel decisivo en su proceso de representación mental del embarazo y la maternidad (Carrière et al., 2023).

VI.3.2.2. *Ausencia de la Representación Mental del bebé*

La presencia de las representaciones del bebé en la mente de la madre está vinculada con sentimientos que contribuyen al apego prenatal entre madre-bebé, que a la vez fomentan la construcción de una identidad como madre (Ammaniti, et al, 1992; Guarino et al., 2010).

Por el contrario, la ausencia de representaciones mentales del bebé resultan ser una suerte de mecanismo de defensa de la madre, lo que Agostini et al. (2009) denomina la aparición de una representación vacía tanto del bebé como de ella misma como madre, que podría considerarse como una manera de afrontar las experiencias subjetivas y facilita la anulación de la reactivación de conflictos emocionales con su figura materna que el embarazo eclosiona, lo cual podría ser una explicación bastante plausible de lo que vivencian estas participantes.

Por otra parte, se ha insistido acerca de lo decisivo que podría resultar la visualización de imágenes de la ecografía del bebé para la población de mujeres que se encuentran en la tesitura de continuar o no con sus embarazos. Sin embargo, existe una gran polémica al respecto, pues existen sectores que consideran que este ofrecimiento es una agresión hacia la decisión que se plantea la mujer y que la atención médica debería centrarse exclusivamente en la preferencia de la mujer (Blaylock et al., 2024), otros estudios mencionarían que las

mujeres que solicitan un aborto no consideran realizarse una ecografía por diferentes motivos como que no lo consideran necesario y temas de privacidad, entre otros (Podolskyi et al., 2023). Mientras que otro sector considera que debería proponer a la mujer la posibilidad de elegir por sí mismas realizarse una ecografía, sin que ello condicione su decisión final (Cappiello et al., 2014; Graham et al., 2020; Wiebe, 2009). Por su parte, Baillie (1999) en la revisión que realiza encuentra que, en los grupos de riesgo -considerados aquellos en los que el feto venía con una posible anomalía-, la ecografía aumentaría la vulnerabilidad de aumentar los niveles de ansiedad en la mujer. Si bien las mujeres de este grupo no mencionaron la presencia de posibles problemas en el feto, consideramos que podrían ser considerados casos de riesgo, en la medida que se encuentran en el interin de tomar una decisión con respecto a continuar o no con sus embarazos, encontrando que en los casos que tuvieron acceso a realizarse una ecografía, ésta fue decisiva para continuar. De este modo, lo que acontece es como lo menciona Arteaga (2002) un proto-encuentro, donde se desplegaran una serie de emociones en la madre. Así, Upadhyay et al. (2017) halló en su estudio, que se realizó en uno de los estados donde hay la obligatoriedad legal de mostrar y describir a la mujer la ecografía del bebé, un pequeño porcentaje, aunque significativo aumento de embarazos que continuaron sus embarazos.

En estos casos la realización de una ecografía rebasaría los objetivos iniciales de control médico, detección y/o diagnóstico, puesto que resultaría más un medio visual para que la mujer vea al bebé, es decir que la ecografía funcione como una herramienta que pone en relieve el adentro y el afuera del cuerpo de la mujer, donde además el modo de participación del sanitario sea sostenedor y que guíe la mirada de la madre a ver al bebé (Gudex et al., 2006; Mitchell, 2004). Este aspecto deja entrever que la tarea de los servidores sanitarios debería ampliarse y acoger

otras variables como por ejemplo los aspectos afectivos, psicológicos y emocionales que favorecen la posible la aparición de representaciones mentales del bebé y de ella como madre a partir de la imagen (Dykes y Stjernqvist, 2001; Goeneet et al, 2014).

En la participantes con EI, hallamos también que el estado de conmoción inicial, por el que atravesaron debido a la noticia del embarazo, no facilitó el surgimiento inicial de las representaciones mentales vinculadas con su maternidad, ni tampoco de las representaciones del bebé. Por el contrario, las anuló. Al respecto, Wilkerson (1996) menciona que la formación de la identidad materna como también el logro del rol materno es un proceso continuo y gradual que requiere, entre varios otros procesos, la aceptación del embarazo. Así también encontramos que Agostini (2009) menciona que, si bien las representaciones maternas pueden estar desde tempranas etapas del embarazo, estas se intensifican entre el cuarto y séptimo mes de embarazo (Stern, 1991) y sobre el octavo mes se vuelven menos activas, y considerando que las mujeres fueron entrevistadas con embarazos con menos de 14 semanas, resulta factible que las construcciones de tales representaciones hayan estado presentes pero débiles aún. Sin embargo, consideramos que de existir espacios concretos de asesoramiento donde se le da toda información de ayudas a la maternidad y de haberse mantenido legislativamente el tiempo de tres días de reflexión, permitiría que la mujer tomara una decisión con mayor libertad al tener más información y mayores opciones, y dando así tiempo a que las representaciones mentales del bebé vayan apareciendo.

VI.3.3. Modelo sobre su propia madre

Frente al abandono de la pareja reaparece la figura materna de la gestante quien se convierte en la figura principal de soporte de la nueva madre y quien asume el rol protector, con lo que se genera una oportunidad para la mujer de resignificar sus experiencias y la posibilidad de resolver conflictos generados por antiguas identificaciones ambivalentes con la figura materna (Raphael-Left, 2001). En general, se observa una marcada tendencia de las gestantes a un comportamiento de mayor dependencia y sumisión a su figura materna, donde ellas mismas reportan lo que sería una reactivación de deseos de dependencia y la necesidad de apoyo; a la vez que la búsqueda de autonomía (Babetin, 2020, Zartler et al. 2020). A la vez, surge en la mujer el temor de replicar con su bebé el vínculo materno que tuvo con su madre, sin embargo, Illicali (2003) halla que las mujeres pueden realizar un proceso de diferenciación, especialmente al inicio de su maternidad.

VI.3.4. Representaciones culturales de la maternidad

En este grupo de participantes con EI, encontramos que las expectativas culturales sobre la mujer y su maternidad generan una marcada ruptura entre el ideal cultural y su realidad personal. El empoderamiento de la mujer, vinculado culturalmente a la autonomía, el logro profesional y la autodeterminación, no está necesariamente ligado a la posibilidad de ser madre, sino que ésta se plantea como un ataque a este proyecto, provocando que la maternidad se estigmatice y sea vista como un impedimento a la posibilidad de empoderamiento como mujer y crecimiento como persona (Silva-Fernández, Garrosa & Ramiro-Cortijo, 2025). Esta situación explicaría que los EI puedan ser vividos, por las mismas mujeres,

como un ataque por parte del bebé a su proyecto de vida actual y futuro, lo cual también es transmitido en los comentarios y consejos de las personas de su entorno más cercano, familiar, social e incluso sanitario, que refuerzan esa sensación de disyuntiva: o maternidad o crecimiento personal.

Esa disrupción cultural explicaría el shock inicial que muchas experimentan al enterarse del embarazo: no solo por lo inesperado, sino porque está mediado por representaciones sociales que no anticipaban esa posibilidad como compatible con sus planes de vida. Además, estudios recientes indican que este choque se ve amplificado en contextos con presiones fuertes sobre la productividad personal, logros profesionales, independencia económica, etc. (The Early Motherhood Expectations Versus Reality Study, 2023; Qualitative Study of Maternity Healthcare Vulnerability, 2025).

Al respecto, Benzies (2006) halla que las mujeres que tuvieron hijos a temprana edad percibían que la sociedad las veía como “malas madres” por ser jóvenes y no estar capacitadas para criar y también por haber perdido oportunidades de estudio y de obtener mayores adquisiciones materiales. Sin embargo, encontramos que frente a la situación socio-económica laboral de las participantes, donde no tienen claramente un proyecto de vida, ni académico, ni laboral pasan a tener un proyecto de vida alternativo con el embarazo, que una vez que lo aceptan, éste resulta ser una experiencia potencialmente transformadora, como un proyecto que les implica desarrollar una restructuración de su identidad y de sus vidas (Nóblega et al., 2017, Stern et al., 1998; Traverso et al, 1995).

VI.4. GRUPO 4: MATERNIDAD EN PRIMÍPARAS QUE PERTENECEN A UNA COMUNIDAD RELIGIOSA

De manera general, se halla una alta consistencia en el contenido de las representaciones sobre la concepción, la gestación, el parto, la maternidad y la crianza pues a pesar que las mujeres del estudio pertenecen a diferentes parroquias. Creemos que la unicidad de la doctrina de la Iglesia Católica genera esa similitud de contenido, así como que todas las participantes pertenecen a comunidades neocatecumenales. Con respecto al tiempo invertido en las entrevistas por parte de las participantes podría denotar que resultó siendo una oportunidad para articular la vivencia de su embarazo, lo que nos lleva a hipotetizar el gran impacto intrapsíquico que tiene el embarazo y su necesidad de ser elaborado (Raphael-Leff, 2001).

VI.4.1. Modelo sobre sí misma**VI.4.1.1. *Deseo de querer ser madre***

La alta tasa de fertilidad entre las mujeres casadas de las comunidades del CN es una característica que se integra a la representación prenatal de la maternidad que presentan las mujeres de este grupo. A su vez, esta representación de la maternidad se ve retroalimentada de otras figuras cercanas y/o significativas como pueden ser las mujeres de su familia nuclear y extensa, tanto de su lado familiar como del lado de su marido, y las mujeres de su comunidad, las cuales guardan en sus vidas una centralidad de la religiosidad, la cual tiene conexión con la experiencia de múltiples embarazos, lo que para Ingersoll-Dayton et al. (2002) aumenta la religiosidad de las personas. Este hallazgo es similar al encontrado por Brañas y Neuman (2007) sobre el efecto que tiene la exposición a la religiosidad sobre la formación en la infancia de un "gusto

por los niños" por parte de las mujeres, que más tarde se traduce en el número de hijos que tienen.

Por otra parte, hallamos que al igual que en otras religiones, como los mormones y las comunidades ortodoxas judías, la maternidad y la crianza de los hijos entre las mujeres del CN es primordial, tanto para la familia como para la sociedad. Sin embargo, al menos en las representaciones de estas participantes no aparece la maternidad como parte del deber-mandato religioso de reproducirse, ni tampoco está la idea de contribuir a la nación, como sí lo están en las mujeres judías y musulmanas, o mormonas que están apegadas a cumplir las leyes bíblicas (Callister et al., 1999). Tampoco corresponde a la idea de un plan de salvación personal, sino que la maternidad la conciben como un regalo divino que les podría ser encomendado, o no, para cuidar y transmitir la fe, lo cual corresponde a un principio que se transmiten generacionalmente en el CN, en relación a la maternidad.

VI.4.1.2. Ausencia de control

Si bien el grupo de estudio está conformado por mujeres primíparas, donde la mayoría experimentó expectativas e ilusión ante la noticia del embarazo también experimentaron sorpresa, lo cual resulta aparentemente contradictorio ante su postura de estar abiertas a la vida desde el inicio del matrimonio, lo que implica la elección de comportamientos específicos relacionados a la fertilidad como por ejemplo la no utilización de ningún método anticonceptivo. Sin embargo, esta sorpresa en parte corresponde a la existencia de la incertidumbre sobre su propia capacidad de poder quedarse embarazada; a excepción de una participante, las demás participantes no presentaban un motivo objetivo para dicha duda. Sin embargo, la experiencia de infertilidad de alguna(s) mujer(es) de

su entorno familiar, social y/o su comunidad, influía en esta vivencia y también en parte a que el concebir es un regalo de Dios donde no depende exclusivamente de ellas el quedarse o no embarazadas.

Así mismo, tomando en cuenta que en las grandes religiones la maternidad está bien valorada, debido a que entre otros motivos está considerada en el desarrollo de la fe y es vista como una oportunidad para la perspicacia espiritual, en el grupo de estudio encontramos que la posibilidad de no poder tener hijos, desde la perspectiva femenina de su fecundidad, puede ser vivida con estrés y sufrimiento, pero es también concebida y aceptada como parte de la voluntad de Dios.

Por otra parte, con respecto a la proscripción del uso de anticonceptivos de la doctrina de la Iglesia Católica, se entiende que cada pareja puede optar por ignorar o no este aspecto, en el grupo de estudio de mujeres se halló en su verbalización un entendimiento diferenciado de su elección por no usar ni medios ni de métodos anticonceptivos, que al parecer no pasa por el sentimiento de temor ni por la de obligación a seguir un mandato, más bien se halló un entendimiento desde la lógica de no ser dioses de sus vidas, y en las mujeres específicamente en el área de la maternidad esto se manifestaría con no determinar ni cuándo ni cuántos hijos tener, sino estar a la voluntad de Dios, lo cual está concatenado a la creencia de la existencia de una historia que Dios tiene para cada una de las personas.

VI.4.2. Modelo sobre el bebé**VI.4.2.1. Familia Numerosa**

Dentro del Camino Neocatecumenal el precepto cristiano de *estar abierto a la vida* suscita entre las mujeres una expectativa, a nivel prospectivo, de tener una familia numerosa. Por lo mismo, se establece paralelamente una forma diferente de vivir las relaciones matrimoniales, un sistema diferenciado de crianza de los hijos, como también una convivencia diferente.

Las mujeres que provienen de familias numerosas expresan su deseo de reproducir en sus vidas la estructura y dinámica familiar que vivieron. Tanto estas mujeres como las que no provenían de familias numerosas, lo que remarcaban de la maternidad múltiple y de la crianza correspondiente es la tranquilidad con que observan que lo viven tanto las mujeres de su familia como las de su comunidad. Esta imagen aparece como contraria a la que se maneja de las familias numerosas en la población general, pudiendo preconcebirlas con una dinámica con altos niveles de estrés familiar, desorganización, entre otros. Sin embargo, Bossard (1956) consideran que las familias con menos hijos viven la crianza como mayor estrés pues están abocadas a educar para conseguir logros y salir adelante, esta meta, por decirlo de alguna manera, en las familias numerosas parece difuminarse ya que resulta difícil controlar todo de los hijos y en esa misma medida se explica dos aspectos mencionados por las mujeres: que se genera mayor libertad para los hijos y la confianza en la ayuda de Dios y que tiene una historia para cada uno (Bjorck y Lazar, 2009, Fiala et al., 2002).

Por su parte, Pirutinsky (2015) menciona a partir de sus hallazgos con familias numerosas judías, que el tamaño de la familia no tenía asociación con

mayor estrés de los padres, lo que podría explicarse por la amortiguación que le da el valor religioso a la vida familiar.

La dinámica que ven en las familias numerosas de sus homólogas, sean de su grupo familiar o de su comunidad, es algo que valoran y les atrae, la cual está circunscrita en general a lo que engloba la idea cristiana de *dar la vida* para que otro la gane, que es el darse al otro. Esto se asemejaba a la conceptualización que realiza Mahoney (2003) sobre la santificación, donde los aspectos de la vida familiar cotidiana pueden experimentarse como sagrados, como la crianza de los hijos la cual requiere ineludiblemente sacrificios personales de los padres, y que tanto en las cargas como en los placeres de la crianza se ve una oportunidad de comprensión del amor, la paciencia y el compromiso de Dios.

Con respecto a las mujeres que provienen de familias numerosas al haber estado vinculadas a lo que implica convivir con bebés y/o niños pequeños en casa antes de convertirse en padres, sienten que les ha proporcionado una preparación para el impacto emocional de tener un bebé (Raphael-Leff, 1991), y también una prospección de sí mismas a nivel funcional, como en el bañarlos, alimentarlos, etc.

VI.4.2.2. *Muerte Perinatal*

Las mujeres de este grupo verbalizaron el experimentar las mismas ansiedades, miedos, preocupaciones e incertidumbres que en general sienten las mujeres durante el embarazo, en relación a su bienestar y el del bebé. En este grupo de estudio, las preocupaciones estaban focalizadas hacia los posibles riesgos para sus bebés durante el desarrollo de su embarazo, especialmente durante el primer trimestre (Armstrong y Pooley, 2005; Jabbari, et.al, 2017). La ausencia de verbalización de otro tipo de preocupaciones, como por ejemplo hacia

su propio bienestar físico-emocional, durante el embarazo, el parto, o post-parto, podría desprenderse de la representación de *dar la vida por el otro*. Así también el hecho en sí de ser primíparas, hace que no cuenten con la experiencia personal, ni positiva ni negativa, generando que se centren en lo más tangible, que es el bienestar el bebé.

Si bien todas las mujeres del estudio informaron que la principal fuente de su temor a una pérdida perinatal y/o abortos espontáneos provenía de la experiencia de otras mujeres de su entorno cercano, lo que configuraba en ellas un imaginario y un miedo a la posibilidad real de que les pudiera ocurrir (Sadler y Rivera, 2015), a la vez todas eran conscientes que contaban con las experiencias reales de afrontamiento de las mujeres de su familia y especialmente de las mujeres de su comunidad, que habían atravesado por estas experiencias, y que sus vivencias, experiencias posteriores a la pérdida y sus modos de afrontamiento les proporcionan la visión que se puede salir del sufrimiento que genera esta pérdida, incluso atravesando por procesos de reevaluación de sus supuestos y creencias religiosas, que les puede proporcionar un entendimiento mayor y potencialmente constructivo (Bakker y Paris, 2013).

Las potenciales dificultades durante el embarazo son situaciones, que al igual que en otras religiones son entendidas y procesadas desde la fe, como hechos que corresponden a la voluntad de Dios (Hamama-Raz et al., 2014; Teman, Ivry y Bernhardt, 2010). Este entendimiento también resulta ser una suerte de mecanismo de defensa, con el cual se aborda y afronta las experiencias subjetivas de miedo ante las posibles amenazas, especialmente del primer trimestre, facilitando la experimentación de tranquilidad a lo largo del embarazo, al concebir que ellas no tienen absoluto control en el avance o la interrupción natural de su embarazo, lo cual merma su sensación de incertidumbre (Philipov y

Berghammer, 2007). Por lo cual, vemos que el impacto de su religiosidad sobre la salud mental de la madre es positivo, en situaciones hipotéticas o fantaseadas, reduciendo las respuestas de estrés desde la etapa prenatal frente a la posibilidad de pérdida (Clements y Ermakova, 2012).

Por otra parte, las participantes de este grupo conciben al feto, desde el primer momento de su concepción, como un ser vivo y una persona e indiferentemente de que prospere o no el embarazo, este aspecto podría estar enlazado o verse reflejado en las representaciones que todas presentan del feto tanto física como caracterológicamente desde etapas tempranas del embarazo, las cuales tienen que ver con la presencia de diversos sentimientos como la esperanza, el temor, la expectativa (Ammaniti et al., 1992). Además, este aspecto especialmente para una mujer primípara contribuye al apego prenatal que establece la madre con su bebé que se hace evidente mediante representaciones mentales (Ilicali y Fisek, 2004) y a la construcción de su identidad como madre (Guarino et al., 2010), ya que su sentir de ser madre de un hijo prevalece, aún incluso de un hijo que no naciera o que no naciera vivo, lo que en su representación sería que estuviera en el cielo (Bardos et al., 2015).

Además, dentro del significado espiritual del embarazo y del nacimiento de un bebé (Mahoney et al. 2003), donde Dios ha hecho a la pareja de padres partícipes, como co-creadores, resta el sentimiento de posesión del bebé, que les permite tener una visión diferente de afrontamiento ante una posible pérdida perinatal. Por lo que estar embarazadas es más un regalo de Dios que un derecho sobre el cual ellas deciden. Todas estas creencias resultan ser protectoras frente a la ansiedad y estrés que puede generar las diversas incertidumbres que genera el estar embarazada, especialmente durante el primer trimestre.

VI.4.3. Modelo sobre su propia madre

Hallamos que para las participantes que provienen de familias del CN, la representación predominante de ser madre, es la figura de su propia madre, pues es un modelo que sirve de base especialmente para reproducirla, tanto en la idea de embarazarse tempranamente como la de tener varios hijos. Vemos que esta figura materna condensa en su vida personal los preceptos cristianos de estar *abierto a la vida y dar la vida por el otro*, lo cual genera una resignificación positiva de la figura de su madre en esta etapa donde ellas también serán madres, por lo que se ven encaminadas a replicar estos preceptos en su propia maternidad, vemos por tanto lo que Pearce y Axinn (1998) hallaron con respecto a la transmisión generacional de la religiosidad por medio de la maternidad. Hallamos que todas las nuevas madres albergan admiración por esta figura materna, por haber acogido ambos preceptos cristianos y llevarlos tanto en su maternidad como en su crianza, haciendo que preserven en las nuevas madres una figura materna internalizada suficientemente buena (Winnicott, 1962)

En las participantes que no provenían de familias de comunidad, la representación más potente sobre la maternidad provienen igualmente de la figura de sus madres, pero se halla que dichas representaciones, previas a entrar al CN, tuvieron reformulaciones en base a lo que la iglesia y el CN les transmitieron de su ser mujer y sobre la maternidad y que ven concretado en la maternidad de las mujeres de su comunidad, que resulta ser un factor que influye en su deseo de imitar o al menos de tener el deseo de imitar (Berghammer, 2012).

VI.4.4. Representaciones culturales de la maternidad**VI.4.4.1. *Aportación y Soporte de la Comunidad***

Actualmente en las sociedades occidentales hay una tendencia a vivir la maternidad en soledad, debido a la falta del apoyo intergeneracional femenino (Raphael-Leff, 2009) o en parte debido a la disminución o la transformación del apoyo intergeneracional femenino (Silva-Fernández, Garrosa & Ramiro-Cortijo, 2025) donde las nuevas madres no desean contar íntegramente con las figuras femeninas disponibles, como la de sus madres, posiblemente por la idea de una posible exigencia-denigración real o fantaseada de lo que implica su función materna. Así si bien por una parte esta elección le proporciona libertad, para elegir algún grupo de apoyo fuera de la familia, por otra la expone a la vulnerabilidad propia de su estado, especialmente siendo primíparas.

Los hallazgos de Salari et al. (2023) indican que las redes de apoyo emocional, instrumental e informativo juegan un papel crucial en la vivencia de la embarazada; en ellas las mujeres valoran la cercanía de otras mujeres embarazadas o madres, el compartir experiencias que normalizan lo que sienten, y también el soporte práctico del entorno familiar; pero cuando estas redes faltan, las mujeres reportan sentimientos de aislamiento, vergüenza, miedo al juicio y déficit en la posibilidad de hablar de lo que realmente sienten

En el grupo de mujeres de estudios, si bien todas cuentan con una pareja, de la cual pueden recibir apoyo, encontramos que perciben que cuentan también con el apoyo tanto de su familia nuclear y extensa como también de su comunidad, especialmente de las mujeres. Por una parte, el apoyo familiar es percibido como amplio y activo, proclive a brindarle la ayuda y el descanso que la madre requiere, y por otra parte la aportación de la comunidad tiene que ver con la

transmisión intergeneracional de información, no intencionada, de las mujeres de su comunidad que han pasado por varias experiencias de embarazos, con las cuales se identifican y de las que pueden esperar apoyos diversos (Armstrong y Pooley, 2005, Berghammer, 2012; Philipov y Berghammer, 2007). Estas mujeres al compartir sus vivencias en torno a sus embarazos, como parte del compartir sus experiencias de fe en todos los aspectos de sus vidas, dotan de manera indirecta a las mujeres jóvenes de información relevante sobre ~~de~~ la gestación, el embarazo, el parto, la crianza, así como otros temas relacionados como la ausencia de control sobre los hijos, las pérdidas perinatales, la des-idealización de la maternidad, la libertad de expresar lo que sienten y piensan del embarazo y los modos de crianza diferenciados que se generan en las familias numerosas, que contribuyen significativamente a la construcción de sus representaciones prenatales acerca de la maternidad, que de alguna manera favorecen a la anticipación e identificación de diferentes aspectos que pudieran vivir, así como los diferentes modos de afrontarlos.

Por otra parte, sí bien hace ya un tiempo se ha empezado a investigar de manera amplia sobre la denominada “saludable ambivalencia materna” (Donath, 2016; Raphael-Leff, 2009), ésta aún se encuentra estigmatizada en y por la sociedad, generando que las mujeres no se sientan libres de hablar de lo que sienten en relación a su bebé y las implicancias de su maternidad, lo cual tiene repercusiones negativas en la experiencia de la sensación de soporte emocional. Sin embargo, las mujeres de este grupo reportan que en su experiencia de pertenecer a una comunidad les ha permitido expresar libremente lo que van sintiendo y experimentando antes, durante y después del parto, sin sentirse juzgadas, permitiéndoles normalizar lo que experimentan en estas etapas, principalmente porque el resto de mujeres al haberlo experimentado pueden

empatizar con ellas (Armstrong y Pooley, 2005). Todos estos aspectos dotan a las mujeres jóvenes de la comunidad de aspectos que resultan saludables psicológicamente, pues sus embarazos lo viven de manera más informada, de manera menos individualizada y con la posibilidad de sentirse acompañadas por pares.

Con respecto a las ayudas estatales a la maternidad, como se mencionó antes, la variable económica, no es una variable que interfiera para tener hijos, sin embargo, de los cuatro grupos este es el que tiene mayor información de las ayudas existentes tanto para la maternidad como para la familia, esto debido básicamente al cooperativismo que existe dentro de las comunidades del CN.

VII – CONCLUSIONES

VII - CONCLUSIONES

Consideramos que la profundización en el conocimiento de la configuración de las representaciones mentales de la maternidad en diferentes grupos de mujeres, específicamente en las diferentes modalidades de embarazarse, proporciona una información valiosa y útil, tanto para ampliar el conocimiento de los procesos psicológicos por los que transcurre la mujer antes y durante el embarazo así como para favorecer la formulación de políticas sociales integrales para las mujeres embarazadas, además de proporcionar información a considerar en el desarrollo de programas de salud mental durante el periodo de la maternidad, que en general no se proporciona a esta población de mujeres.

Un aspecto novedoso de la presente investigación es que plantea la posibilidad real de diferenciar tempranamente en cada gestante perfiles de representaciones prenatales de la maternidad, las cuales se enfrenta a una situación particular durante la gestación. Es decir, la heterogeneidad de la maternidad se establece desde mucho antes del embarazo, también como parte de la preexistencia de representaciones mentales individuales y culturales de la maternidad, la cual potencialmente puede marcar un vínculo materno-filial desde la etapa prenatal.

En el grupo de participantes que programaron sus embarazos de manera natural, hallamos que sin dejar de ser consciente de su estado se da un proceso mental como de anulación consciente de la representación mental del bebé, específicamente durante el primer trimestre, a modo de evitar desarrollar un

apego ante una posible pérdida, para lo cual generarían diversas argumentaciones como por ejemplo no considerarlo aún como un ser vivo o un bebé. Es importante mencionar que el proceso que se da no es de negación del embarazo sino una anulación circunscrita a las representaciones mentales del bebé, lo cual se aproximaría al objetivo de un mecanismo de defensa para no configurar la imagen del bebé, sin embargo, el nivel de consciencia que tiene este proceso restaría una de las características fundamentales de un mecanismo de defensa en sí, como es el aspecto inconsciente. Por otra parte, las participantes también presentaban la vivencia de angustia ante la ausencia de conocimientos de lo que implicaba tanto física como psicológicamente estar embarazada. Así, a la vez, que las participantes desearon y programaron el embarazo de manera natural, y a su vez también planteaban más necesidad de tener conocimientos científicos de lo que se suele vivenciar a nivel físico y psicológico en el embarazo y de la crianza, lo que las llevaba a buscar diversos canales de información y aunarse a grupo de pares en situación de embarazo para consultar acerca de los diferentes síntomas y signos del embarazo que podrían experimentar, más no así consideraban a los servidores sanitarios como principal fuente de consulta, especialmente para tratar temas de tipo emocional y psicológico (Rodríguez, 2015). En estas participantes la representación de la figura de sus madres era positiva y las mujeres presentaban el deseo de replicar dicho vínculo con sus bebés.

Con respecto a las mujeres que tuvieron un tratamiento de fertilización, todas fueron derivadas por el sistema público de salud a las correspondientes clínicas privadas con un diagnóstico desconocido de esterilidad, lo cual resultó, para gran parte de las participantes, una variable desfavorable para el afrontamiento del proceso de fecundación, debido a que le surgían dudas acerca

de si debían o no someterse a todos los procedimientos. Un aspecto transversal en toda las participantes de este grupo fue la ausencia de representaciones mentales del aspecto físico y caracterológico de su bebé, inclusive a pesar de haber tenido más ecografías que el promedio de mujeres con embarazos espontáneos, probablemente debido a que sus mentes estaban focalizadas e interferidas por la incertidumbre del éxito o fracaso del proceso del tratamiento de fertilización, a la vez presentaban una falta de consciencia de esta ausencia de representaciones, lo que revelaría la importancia de apoyo y/o acompañamiento psicológico de los servidores de fertilización.

En el grupo de mujeres con EI se evidencia la presencia tanto de deseos como de conductas ambivalentes frente al hecho de quedarse embarazada, además de una subestimación de su capacidad de quedarse embarazadas y una escisión entre sexualidad y embarazo. Se halló en todas las participantes de este grupo la experimentación de sentimientos de extrañeza frente a la noticia del embarazo y estados de shock, a pesar de manifestar ser activamente sexuales y sin necesariamente usar sistemáticamente un método anticonceptivo. Este estado de shock inicial impactó negativamente sobre la construcción del imaginario del bebé en sus representaciones mentales, el cual estaba ausente. Posteriormente, después de tomar la decisión de continuar con el embarazo se inició una paulatina construcción de los aspectos físicos y caracterológicos del bebé en sus mentes. En este grupo, en todos los casos, el inicio de sus embarazos se da con el abandono explícito de la pareja ante la noticia del embarazo, lo cual ahonda la experiencia de soledad situacional que las mujeres suelen experimentar tanto en el embarazo como en la crianza. Este bajo grado de compromiso de la pareja, la presencia acentuada de este sentimiento de soledad en las participantes no sólo genera

interferencias y/o bloqueos en la formación de cualquier representación mental del bebé sino también de ella como madre ya que priman otros aspectos como la preocupación de cómo afrontar en sí el embarazo, el aspecto económico de la crianza y también la ausencia de la figura paterna para su bebé. En casi la totalidad de los casos las mujeres relataron no tener una buena relación con sus madres, por lo que las representaciones de la maternidad de las participantes están teñidas de manera no necesariamente positivas por sus propias experiencias como hijas, lo que hace que de manera anticipada ellas no desean repetir patrones de crianza.

De manera general, se halló en el grupo de comunidades religiosas que sus representaciones mentales de la maternidad prenatales se vinculan directa y predominantemente con sus experiencias respecto a sus propias madres, surgiendo como categorías más relevantes “la apertura a la vida” y “dar la vida”, los cuales son preceptos religiosos que se remiten principalmente a las etapas del embarazo y de la crianza respectivamente. En las mujeres no provenientes de familias pertenecientes a las comunidades religiosas, el contraste con la propia madre servía tanto para rechazar como para reproducir aquello que se alinea o no con sus creencias religiosas en relación a la maternidad, la gestación y la crianza. Se halló que la influencia de la situación socioeconómica y laboral de los matrimonios son variables que no les condicionan ante el hecho de tener más prole. Las mujeres provenientes de familias numerosas, mencionaron auto-percibirse con conocimientos de los aspectos que involucran el embarazo y la crianza, debido a la exposición a los relatos de las mujeres embarazadas tanto de su familia como de su comunidad, así como la experiencia de cooperar en la crianza de sus hermanos menores desde edades tempranas, así mismo mencionan que sus principales fuentes de consulta con lo relacionado al embarazo son las

mujeres de su comunidad, no sólo de los aspectos físicos sino también emocionales, proporcionándoles un soporte integral en la etapa de embarazo.

En general consideramos que la maternidad no parece ser un periodo en la vida de la mujer donde la sociedad acompañe a la mujer sino por el contrario se desentiende, la niega y en la dinámica de funcionamiento la sociedad parece no darle una preferencia, por lo que la mujer puede experimentar mayor soledad y/o se recluye para vivirla de manera individual o exclusivamente en pareja.

Un aspecto a reflexionar es acerca de las aristas públicas y privadas de la maternidad. Consideramos que en esta última década se han dado grandes modificaciones acerca de los aspectos sociales y legales que enmarcan la maternidad y también del aborto, tales modificaciones han terminado por difuminar el límite entre lo privado y lo público de la maternidad. Por una parte, encontramos recelo por parte de las mujeres a que su maternidad sea comunitaria, familiar, prefiriendo experimentarla y vivirla en pareja, entre pares o incluso sola. Sin embargo, por otra parte, hallamos que la intención de tener hijos no depende exclusivamente de las decisiones y preferencias de los individuos sino también de los contextos instituciones, de los sistemas sociales, legales y políticos que han influenciado sobre la población, posiblemente como nunca antes lo habían hecho, sobre lo que los demás opinan de la maternidad. Es decir, que muy a pesar del recelo de las mujeres porque su maternidad se circunscribe a un ámbito privado, las representaciones sociales han tenido y tienen un impacto poderoso en la construcción y reconstrucción de las representaciones mentales individuales de la maternidad. La aparente ambivalencia con la que las mujeres viven su maternidad sobre estos dos ámbitos, parece borrarse y que la afirmación que la maternidad, como una empresa pública “exhaustiva e incesante” es clara.

VIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE --- INVESTIGACIÓN

VIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que en el presente estudio se halló, por grupo, una consistencia bastante sólida en el contenido de los relatos de las mujeres, consideramos que por su naturaleza cualitativa y por el criterio de saturación que se vio conveniente usar, no se pudo contemplar un mayor número de mujeres por perfil, lo cual puede ser considerado como un limitante para transpolar los resultados a grupos más grandes. Consideramos que un aporte de la presente investigación es la relevancia que tiene una variable que, por lo general, no aparece contemplada, que es la de origen de concepción del embarazo. Pues tanto para la etapa de reclutamiento como para la de análisis de contenido puede aportar un mayor entendimiento, al correlacionarse con otras variables del estudio.

La ausencia de estudios previos sobre las representaciones prenatales de la maternidad en el contexto español, no permite una comparación de datos nacionales. Por ello, los hallazgos de esta investigación deben considerarse como resultados iniciales que precisan ser profundizados en posteriores estudios. En esta línea, consideramos importante la realización de estudios longitudinales que brinden una mayor explicación.

Sobre el instrumento, consideramos que si bien la entrevista semiestructura que se elaboró nos permitió acceder a información bastante personal y vivencial, donde se pudo recoger información de pensamientos y sentimientos de las mujeres también facilitó generar una relación más cercana y sostenedora con las mujeres embarazadas, considerando que en esta etapa presentan una sensibilidad e incluso vulnerabilidad específica debido al embarazo, si se podría

complementar con la aplicación de otros instrumentos, como cuestionarios de vínculo materno-filial, que permitirían una consolidación de datos. También consideramos que para próximas investigaciones pueda incluirse la evaluación de las representaciones maternas en la etapa postnatal, por medio de una entrevista y observación del vínculo madre-bebé, y así realizar un análisis prospectivo de lo hallado en esta investigación. Si bien, en la actualidad existe un interés por estudiar las variables que favorezcan el entendimiento de las variables que participan en el vínculo de apego seguro madre-bebé, como algo normativo de la crianza, vemos que el estudio del estado de la madre puede dar luces.

Así también, con respecto al marco teórico que se usó para la elaboración de la entrevista, solo se tomaron en cuenta cuatro de los ocho modelos “de-estar-con” propuestos por Stern, por estar los tres primeros más vinculados a la mujer y el último por la influencia ineludible que tiene el marco cultural. Sin embargo, consideramos que habría que profundizar en el último modelo “Modelo sobre los fenómenos familiares o culturales” pues resultaría enriquecedor para indagar sobre los aspectos que la sociedad actual emite, en términos de maternidad y embarazo, y analizar la profundidad en la pueden estar interfiriendo en la construcción y evocación de representaciones prenatales ligadas a la maternidad.

Con respecto al acceso de las participantes de los diferentes grupos, es relevante mencionar que las mujeres del primer y segundo grupo al ser reclutadas en un espacio de la sanidad pública, mostraron cierta reticencia inicial a participar en la investigación, y también hubo otras mujeres que decidieron no participar debido a que consideraban que su embarazo era un “espacio” muy privado, tanto para ella como para sus parejas. Una posible explicación a esta reacción de las mujeres es el espacio netamente medicalizado donde se dio el ofrecimiento y

reclutamiento. Por lo que se sugiere ver modos de abordar a las mujeres de tal manera que resulte más amable y distante al ámbito médico.

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbagnano, N. (2019). *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica
- Adsera, A. (2006). Marital fertility and religion in Spain, 1985 and 1999. *Population Studies*, 60(2), 205-221. <https://doi.org/10.1080/003247206006848>
- Agostini, F., Monti, F., Fagandini, P., Duncan De Pascalis, L., La Sala, G., y Blickstein, I. (2009). Parental mental representations during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. 37(4), 320-327. <https://doi.org/10.1515/JPM.2009.062>
- Alarcón, C., Romero, S., Villagran, M. Cabello, P. & Padilla, B. (2024). Aborto espontáneo de primer trimestre. El duelo invisible. *Musas*. 9(1), 27-44. <https://doi.org/10.1344/musas2024.vol9.num1.2>
- Alkolombre, P. (2008). *Deseo de hijo. Pasión de hijo: Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Alon, I., Guimon, J., y Urbano-Garrido, R. (2019). Regulatory responses to assisted reproductive technology: a comparative analysis of Spain and Israel. *Journal, Assisted Reproduction and genetics*. 36(8), 1665-1681. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01525-7>
- Ammaniti, M. (1991). Maternal Representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*. 12(3), 246-255.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., y Zapino, F. (1992). Representation and Narrative During Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*. 13(2). 167-182.

- [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199223\)13:2<167::AID-IMHJ2280130207>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199223)13:2<167::AID-IMHJ2280130207>3.0.CO;2-M)
- Ammaniti, M., Tambelli, R. y Odorisio, Fl. (2012). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: the use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.21357>
- Anderso, B. (2017). Regional and Cultural Factors in the decline of Marital Fertility in Europa. In: Coale, A., Johnson, A. y Watkins, S. *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400886692>
- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Revista Latinoamericana*. N. 18, 41-73.
- Armstrong, T., y Pooley, A. (2005). Being Pregnant: A Qualitative Study of Women's Lived Experience of Pregnancy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20(1), 4-24.
- Arteaga, M. (2002). Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento. Embarazos únicos normales, gemelares y únicos patológicos. [Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2003/tdx-1030103-173009/mam2de2.pdf>
- Arteaga, S., Caton, L., y Manchikanti, A. (2019). Planned, unplanned and in-between: the meaning and context of pregnancy planning for Young people. *Contraception*. 99(1). 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.012>
- Askew, C., & Field, A. P. (2023). Parent to offspring fear transmission via modeling in early life: A systematic review and meta-analysis. *Clinical*

-
- Child and Family Psychology Review*, 26, 289–308.
<https://doi.org/10.1007/s10567-023-00448-1>
- Babetin, K. (2020). The birth of a mother: A Psychological Transformation. *Journal of prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 34(5), 1-15.
https://apppahjournal.birthpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-34/issue-5/vwmfBdzE.pdf
- Baillie, C., Hewinson, J., y Mason, G. (1999). Should ultrasound scanning in pregnancy be routine? *Reproductive and Infant Psychology*. 17(2), 149-157.
<https://doi.org/10.1080/02646839908409094>
- Bakker, J.K., y Paris, J. (2013). Bereavement and Religion Online: Stillbirth Neonatal Loss, and Parental Religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(4), 657-674. <https://doi.org/10.1111/jssr.12066>.
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S.A., y Williamns, Z. (2015). A National Survey on Public Perceptions of Miscarriage. *Obstetrics and Gynecology*, 125(6), 1313-1320.
<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000859>
- Barrett, G.y Wellings, K. (2002). What is a “planned pregnancy”? Empirical data from a British study. *Social Science and Medicine*. 55 (4), 545-557.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00187-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00187-3)
- Barrett, G., Shawe, J., Howden, B., Patel, D., Ojukwu, O., Pandya, Pr. y Stephenson, J. (2015). Why do women invest in pre-pregnancy health and care? A qualitative investigation with women attending maternity services. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15(236).
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0672-3>
- Behringer, J., Reiner, I. y Spangler, G. (2011). Maternal Representations of past and current attachment relationships, and emotional experience across

- the transition to motherhood: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*. 25(2), 210-219.
- Bein, C., Mynarska, M. y Gauthier, A. (2021). ¿Do the cost and benefits of children matter for religious people? Perceived consequences of parenthood and fertility intentions in Poland. *Journal of Biosocial Science*. 1-17. <https://doi.org/1017/S0021932020000280>
- Benzies, K., Tough, S., Tofflemire, K., Frick, C., Faber, A., y Newburn-cook, Ch. (2006). Factor Influencing Women's Decisions About Timing of Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 35(5), 625-633. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00079.x>
- Berghammer, C. (2012). Church attendance and childbearing: Evidence from a Dutch panel study, 1987–2005. *Population Studies: A Journal of Demography*. 66(2), 197-212. <https://dx.doi.org/10.1080/00324728.2012.655304>
- Beres, D., y Joseph, E. (1970). The concept of mental representation in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 51, 1-9.
- Bion, W. R. (1962). *The psycho-analytic study of thinking: A theory of thinking*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. (2023) *Learning from Experience*. Routledge. (Obra original publicada en 1962)
- Bjorck J. y Lazar, A. (2009). Religious Support, Motives for having large families, and psychological functioning among religious jewish mother. *Journal Religion and Health*. 50 (1), 177-194. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9294-2>
- Blatt, S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personally configurations and their implications for psychopathology and

-
- psychotherapy. En: *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology y health*, 229-335. Chicago: University of Chicago. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-O)
- Blatt, S. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11749-000>
- Blaylock, R., Lohr, P., Hoggart, L. y Lowe, P. (2024). Patient experiences of undergoing abortion with and without and ultrasound scan in Britain. 50(3), 178-184. <https://doi.org/10.1136/bmj-srh-2023-202116>
- Blázquez, M. & Montes, J. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi*. 14. 81-92. <https://aldizkaria.ankulegi.org/ankulegi/article/view/28>
- Bleandonu, G. (1994). *Wilfred Bion, His life and work 1897-1979*. Free Association Books.
- Bloom, K.C. (1998). Perceived Relationship with father of the baby and maternal attachment in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 27(4), 420-430. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02666.x>
- Blum, H. (2017). The mother's mental representation of her infant. *International Forum of Psychoanalysis*. 26(1), 64-69. <http://dx.doi.org/10.1080/0803706X.2016.1184311>
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité: cours du Collège de France, 2000-2001*. Le Seuil: Raisons d'agir.
- Bordone, V., Arpino, B. y Aassve, A. (2016). Patterns of grandparental child care across Europe: the role of the policy context and working mothers' need. *Ageing and Society*. <https://dx.doi.org/10.1017/S014468X1600009X>

- Brañas, P. y Neuman, Sh. (2007). Parental religiosity and daughters' fertility: the case of Catholics in southern Europe. *Household Economics Review*. 5, 305-327. <https://doi.org/10.1007/s11150-007-9011-4>
- Bretel, C. (2017). Representaciones mentales sobre la maternidad en un grupo de madres primerizas de Lima Metropolitana. *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas*. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622077/BRETEL_TC.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Bretherick, KL, Fairbrother, N., Harbord, S., y Robinson, W. (2010). Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertil Steril*. 93. 2162-2168. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.064>
- Brose, N. (2006). Against the flow of time? On the influence of religious affiliation and religiosity on the birth of children and the perception of the benefit of children. *Zeitschrift für Bevö Ikerungswissenschaft*. 31(2), 257-282.
- Burkimsher, M. y Zeman, K. (2017). Childlessness in Switzerland and Austria. In: Kreyenfeld, M y Konietzka, D. (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences* (pp.115-138). Springer Open. 10.1007/978-3-319-44667-7
- Callister, L., Semenik, S., y Foster, J. (1999). Cultural and Spiritual Meanings of Childbirth. Orthodox Jewish and Mormon Women. *Journal of Holistic Nursing*. 17(3), 280-295. <https://doi.org/10.1177/089801019901700305>
- Capiello, J. Merrell, J. y Rentscheler, D. (2014). A qualitative study of women's decision to view or not view and ultrasound image before early medication abortion. *Women's Health Issues*. 24 (4), e413-e418. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.04.004>

Carrière, R., Girard, L. C., Gagnon, M. M., Bélanger, C., & Rousseau, M. (2023).

Decision-making in case of an unintended pregnancy: An overview of what is known about this complex process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2189441>

Castellano, M. (2011). El Concepto de Representación mental como fundamento epistemológico de la Psicología. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*. 6(24), 55-67.

Charles, M., Frank, S., Jacobson, S., y Grossman, G. (2001). Repetition of the remembered past: Patterns of separation-individuation in two generations of mothers and daughters. *Psychoanalytic Psychology*. 18(4), 705-728. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.18.4.705>

Clements, A y Ermakova, A. (2012). Surrender to God and Stress: A possible link between Religiosity and Health. *Psychology of Religion and Spirituality*. 4(2), 93-107. <https://doi.org/10.1037/a0025109>

Coale, A., Johnson, A. y Watkins, S. (2017). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400886692>

Cooker, L. (2012). Childlessness and involuntary childlessness: From stigma to acceptance. *Sociology Compass*, 6(8), 677–689.

Davia, M. y Legazpe, N. (2013). The role of Education in Fertility and Female employment in Spain: A simultaneous Approach. *Journal of Family Issues*. 35(14), 1898-1925. <https://doi.org/10.1177/0192513X13490932>

Dayton, C., Levendosky, A., Davidson, W. y Bogat, A. (2010). The child as held in the mind of the mother: the influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal*. 31(12), 220-241.

- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2012). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de Investigación Cualitativa*. Gedisa.
- Devouceh, E. y Apter, G. (2012). Les représentations maternelles prénatales. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 60, 481-486. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.09.009>
- Dilmaghani, M. (2019). Religiosity, Secularity and Fertility in Canada. *European Journal Population*. 35, 403-428. <https://doi.org/10.1007/s106880-018-9487-z>
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas: Una Mirada radical a la Maternidad y sus falacias sociales*. Reservoir Books.
- Donegan, G., Noonan, M., & Bradshaw. (2023). Parentes experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*. 121. 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673>
- Dour, H. J., Creswell, C., & Hudson, J. L. (2024). The association between parent-to-child fear learning pathways and anxiety sensitivity: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(2), 117–138. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00517-7>
- Drolet, M. (2002). Wives, Mother and Wages: Does timing matter? Statistics Canada, Analytical Studies, *Business and Labour Market Analysis Division Working Paper*. N°186. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.316846>
- Dykes, K., y Stjernqvist, K. (2001) The importance of ultrasound to first-time mothers' thoughts about their unborn child, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19:2, 95-104, <https://doi.org/10.1080/02646830123343>
- Dzwonkowska-Godula, K., y Brzezinska, J. (2012). Gender relations in family –equal parenting. In: Quaiser-Pohl y Enderpohls-Ulpe, M. (Eds.) *Women's Choices in Europe. Influence of Gender on Education, Occupational Career and Family Development*. Waxmann. 199-209. Waxmann: Berlín.

- Flick, U. (2015). El diseño de investigación cualitativa. Ediciones Morata.
- Esping-Andersen, G. (2008). Modelos de sociedad, economía y políticas públicas: Un nuevo contrato de género.
- Esteve, A., Devolder, D., y Domingo, A. (2016). La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!. Centre d'Estudis Demogràfic. https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/2016/163618/Perspectives-Demografiques_CAST_012016.pdf
- Fernández, R. y Fogli, A. (2006). Fertility: The role of culture and family experience. *Journal of the European Economic Association*. 4(2-3), 552-561. <https://doi.org/10.1162/jeea.2006.4.2-3.552>
- Fernández, R. Culture: An Empirical Investigation of Beliefs, Work, and Fertility. *American Economic Journal: Macroeconomics*. 1(1), 146-147. <https://doi.org/10.1257/mac.1.1.146>
- Fiala, W. E., Bjorck, J. P., y Gorsuch, R. (2002). The religious support scale: Construction, validation, and cross-validation. *American Journal of Community Psychology*, 30, 761-786. <https://doi.org/10.1023/A:1020264718397>
- Field, R. S., Mareschal, D., & Hadwin, J. A. (2024). Women's emotional roller coasters during pregnancy as a consequence of infertility: A qualitative phenomenological study. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06158-3>
- Fisher, R., Stanford, J., Jameson, P. y Dewitt, J. (1999). Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. *Journal of family Practice*. 48:117-122. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1999-volume_48/JFP_1999-02_v48_i2_exploring-the-concepts-of-intended-plan.pdf

- Foti, L. F., Karner-Huțuleac, A., & Maftai, A. (2023). The value of motherhood and psychological distress among infertile women: The mediating role of coping strategies. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 9931740. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.9931740>
- Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, 62(5), 891- 905. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>
- Frejka, T. (2008). Religion, Religiousness and Fertility in the US and in Europe. *Europe Journal Population*. 4(5), 5-31. <https://doi.org/10.1007/s10680-007-9121-y>
- Freud, S. (1900). Obras Completas. La interpretación de los sueños. Tomo IV. Amorrortu.
- Fundación Faes (2022). Hacia una política sensata de protección de la maternidad y apoyo a la natalidad en España. En: Papeles Faes. 259
- Fundación RedMadre. Mapa de la Maternidad 2022. https://www.redmadre.es/wp-content/uploads/2023/11/MapaMaternidad22_2023_.pdf
- Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2021). Experiences of transition to motherhood among pregnant women following assisted reproductive technology: a qualitative systematic review. *Human Reproduction Update*, 27(4), 646–665.
- García, J., Bricker, L., Henderson, J., Martin, M., Mugford, M., Nielson, J. y Roberts, T. (2002). Women's views of Pregnancy Ultrasound: A

-
- Systematic Review. *Birth*. 29(4), 225-250.
<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00198.x>
- Garssen, B., Visser, A. y Grieteke, P. (2020). Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 1-17.
<https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>
- Goenee, M., Donker, G., Picavet, C. y Wijssen, C. (2014). Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Family Practice*. 31(5), 564-570.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmu033>
- Gómez, S. (2012) *Representaciones maternas en primerizas que presentan sintomatología depresiva post-parto*. [Tesis de licenciatura Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1197>
- Gonzalez, L. (13 de febrero de 2019). Políticas Pronatalista en España. *Nadaesgratis*:
<https://nadaesgratis.es/admin/politicas-pronatalistas-en-espana>
- González, L. (2013). The effect of a Universal Child Benefit on Conceptions, Abortions, and Early Maternal Labor Supply. *American Economic Journal: Economic Policy*. 5(3), 160-188. <https://dx.doi.org/10.1257/pol.5.3.160>
- González-Rábago, Y., Treviño, J., & Idoiaga, N. (2019). Inequalities in fertility treatment access in Spain: A qualitative study on women's experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4896. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234896>
- Gonzalez-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Collado-Palomares, A., & Casado-Marín, L. (2023). "My biggest fear is that people will forget about him": Mothers' emotional transitions after terminating their pregnancy for

- medical reasons. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13-14), 3967–3980.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16504>
- Gorrita, R., Brito, D., Revelo, Y. y Ruiz, E. (2014). Embarazo deseado y planificado, lactancia previa, aptitud para lactar y conocimientos de las madres sobre lactancia. *Revista Cubana de Pediatría*. 86(3), 289-297. Recuperado en 12 de agosto de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300003&lng=es&tylng=es.
- Goossens, J., Beeckman D., Van Hecke, A., Delbaere, I., y Verhaeghe, S. (2018). Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*. 56. 112-120. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.004>
- Gower, S., Luddington, J., Khosa, D., Thaivalappil, A. & Papadopoulos, A. (2023). Subsequent pregnancy after stillbirth: a qualitative narrative analysis of Canadian families' experiences. *Pregnancy and Childbirth*. 23(208), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05533-5>
- Graham, O., Ankrett, S. y Killick, Sr. (2010). Viewing ultrasound scan images prior to termination of pregnancy: Choice for women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 30(5), 484-488. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.484111>
- Grzenda, W. (2023). Short-term fertility intentions and outcomes: similarities and differences between childless women and mothers. *Journal of Family Studies*. 1-25. <https://doi.org/10.1080/13229400.2024.2347326>
- Guarino, S., Ammaniti, M., y Papaccio, M.(2010). Antenatal attachment and quality of maternal mental representations: Preliminary research with a sample of women in the last three months of pregnancy. *Etá Evolutiva*. 96, 33-41. <https://doi.org/10.1037/t04259-000>

- Güney-Frahn, I. (2020). Neoliberal motherhood during the pandemic: Some reflections. *Gender, work y Organization*. 27(5), 847-856. <https://doi.org/10.1111/gwao.12485>
- Gudex, C., Nielsen, B.L. y Madsen, M. (2006). Why women want prenatal ultrasound in normal pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 27(2), 145-150. <https://doi.org/10.1002/uog.2646>
- Hamama-Raz, Y., Hartman, H., y Buchbinder, E. (2014). Coping with stillbirth among ultra orthodox jewish women. *Qualitative Health Research*. 24(7), 923-932. <https://doi.org/10.1177/1049732314539568>
- Hammarberg, K., Fisher, J., & Wynter, K. (2017). Psychosocial and parenthood-related outcomes of single mothers after assisted reproduction: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 23(5), 644–658.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos de investigación. Paidós.
- Hashiloni-Dolev, Y., Kaplan, A., y Shkedi-Rafid, Sh. (2011). The fertility myth: Israeli student's knowledge regarding age-related fertility decline and late pregnancies in an era of assisted reproduction technology. *Human Reproduction*. 26(11). 3045-3053. <https://doi.org/10.1093/humrep/der304>
- Hera, P. & Téllez, A. (2005). Representación de género y maternidad: Una aproximación desde la antropología sociocultural. En: S. Caporale (Coord.) *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidades. Una visión integradora*. Entinema. 63-102.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Higgins, J., Popkin, R., y Santelli, J. (2012). Pregnancy Ambivalence and Contraceptive use among young Adults in the United States. *Perspectives*

-
- on Sexual and Reproductive Health. 44(4), 236-243.
<https://doi.org/10.1363/4423612>
- Huth-Bocks, A., Theran, S., Levendosky, A. y Bogat, A. (2011). A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant-mother attachment. *Infant Mental Health Journal*. 32(4), 405-428.
- Ilicali, E., y Fisek, G. (2003). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal*. 25(1), 16-27.
<https://doi.org/10.1002/imhj.10082>
- Iliska, M. y Przybyla-Basista, H. (2014). Measurement of women's prenatal attitudes toward maternity and pregnancy and analysis of their predictors. *Health Psychology Report*. 3. 175-188.
<https://rebus.us.edu.pl/handle/20.500.12128/15654>
- Ingersoll-Dayton, B., Krause, N. y Morgan, D. (2002). Religious trajectories and transitions over the life course. *International Journal of Aging and Human Development*. 55(1), 52-70.
<https://doi.org/10.2190/297Q-MRMV-27TE-VLFK>
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (30 de mayo de 2019). Diagnóstico de la mujer joven en la España de hoy.
<https://www.inmujer.gob.es/actualidad/noticias/2019/MAYO/estudiomujerjoven.htm>
- Instituto de Política Familiar (febrero, 2019). Informe Evolución de la Familia en España.
file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Informe%20Evolucion%20de%20la%20Familia%20en%20Espa%C3%B1a_2019_c.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas (2018). Mujeres que han tenido su primer hijo biológico más tarde de lo que consideran ideal, según el motivo más importante y edad

<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p01/e01/l0/yfile=12003.pxyL=0>

INE (2021): Demografía de Europa: estadísticas visualizadas. Edición 2021.

INE (2023). Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB). https://www.ine.es/prensa/mnp_2022.pdf

Jabbari, B., Mirghafourvand, M., Sehhatie, F., y Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. (2017). The Effect of Holy Quran Voice with and without Translation on Stress, Anxiety and Depression During Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 544-554. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0417-x>

Kefalas, M., y Edin, K. (2011). Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage. *University of California Press*. <https://doi.org/10.1017/S002193200300213X>

Kemkes-Grottenhaler, A. (2003). Postponing or rejecting parenthood? Results of a survey among female academic professionals. *Journal of Biosocial Science*, 35, 213 – 226. <https://doi.org/>

Kent-Marvick, J., Simonsen, S., Pentecost, R., y McFarland, M. (2020). Loneliness in pregnant and postpartum people and parents of children aged 5 years or younger: a scoping review protocol. *Systematic Review*.9: 2-5. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01469-5>

Kernberg, O. (1976). Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York:

Aronson.

- Kjelsvik, M., Tveit Sekse, Litleré, A., Aasen, E., Chesla, C., y Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International*. 39(7), 784-807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>
- Klein, M. (1986). Sobre la observación del comportamiento de los bebés. En: *Los progresos del psicoanálisis*. Zahar.
- Klock, S., y Greenfeld, D. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and Sterility*. 73(6), 1159-1164.
- Kvale, S. (2007). Doing interviews. Sage.
- Koren-Karie, N. (2000). Attachment representations in adulthood: relation with parent behaviors. *The Israel journal of psychiatric and related science*. Vol. 37(3), 178-89.
- Krause, K. (2014). Relationship predictors of prenatal maternal representations of the child and parenting experiences one year after birth. (Tesis Doctoral, Eastern Michigan University). Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/86ebc6ec3670376c260ff9e8bcd40aa2/1?pq-origsite=gscholarycbl=18750>
- Kulu, C. y Hannemann, T. (2016). Why does fertility remain high among certain UK-born ethnic minority women? *Demographic Research*. 35, 1441-1488. <https://www.jstor.org/stable/26332117>
- Lahad, K., y Madsen, k.h. (2016). Like having new batteries installed. Problematizing the Category of the “40+ Mother” in Contemporary Danish Media. *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*. 24(3), 181-195. <https://dx.doi.org/10.1080/08038740.2016.1241827>
- Laplanche, J. y Pontalis, j.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Lee, M. (2019). I wish I had known sooner: stratified reproduction as a consequence of disparities in infertility awareness, diagnosis, and management. *Women and Health*. 59(10), 1187-1198. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1593283>
- Lee, K., Vasileiou, K., y Barnett, J. (2017). "Lonely with the mother" An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105317723451>.
- Legazpe, N. (2016). Decisiones de Formación de pareja y maternidad en las mujeres españolas. *Revista de Economía Aplicada*. 72(24). 23-45. <https://www.redalyc.org/pdf/969/96949059002.pdf>
- Lequerica, P. (2013). Repercusiones psicológicas de las técnicas de reproducción asistida. [Tesis de Maestría, Universidad de Oviedo] Repositorio Institucional- Universidad de Oviedo.
- Lobel, M., Hamilton, J. y Cannella, D. (2008). Psychosocial Perspectives on pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*. 2(4). 1600-1623. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00119x>
- Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the fetus among the primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18, 106-109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1982.tb02000.x>
- Lupton, D. (2000). A love/hate relationship: The ideals and experiences of first-time mothers. *Journal of Sociology*. 36(1). <https://doi.org/10.1177/144078330003600104>
- Lykeridou, K., Gourounti, Kl., Deltsidou, A., Joutradis, D., y Vaslamatzis, Gr. (2009). The impact of infertility diagnosis on the psychological status of women undergoing fertility treatment. *Reproductive and Infant Psychology*. 27(3). 223-237.

- Madrazo, J.M., León, Gr., Oliveros, A., Ledesma, J., Morales, I. y Sedeño, V. (2020).
Complication in pregnancies achieved by assisted reproduction. 156(2),
157-164. <https://doi.org/10.24875/gmm.20005370>
- Maehara, K., Iwata, H., Kimura, K., & Mori, E. (2022). Experiences of transition to
motherhood among pregnant women following assisted reproductive
technology: A qualitative systematic review. *JBIE Evidence Synthesis*, 20(3),
725–760. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00545>
- Mahoney, A., Pargament, K., Murray-Swank, A. y Murray-Swank, N. (2003).
Religion and the sanctification of family relationships. *Review of Religious
Research*. 44(3), 220-236. <https://doi.org/10.2307/3512384>
- Mahoney, A. (2010). Religion in Families, 1999-2009: A Relational Spirituality
Framework. *Journal of Marriage and Family*. 72(4), 805-827.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00732.x>
- Mainaly, A., Infanti, J., Bahadur, S., Jacobsen, G., & Larose, T. (2023). Anxiety and
depression in pregnant women who have experienced a previous
perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia. 23, (111). 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>
- Malone, C. M., et al. (2019). The early postpartum experience of previously
infertile mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3),
202–209.
- Martín-García, T., & Baizán, P. (2023). Delayed transitions to adulthood and
assisted reproduction: Educational differences in Spain. *European Journal
of Population*. <https://doi.org/10.1007/s10680-023-09679-7>
- Martínez-Arías, R., Iglesias-Sánchez, P. P., & García-Brazales, M. J. (2024).
Emotional experiences and psychological changes in pregnancy after
assisted reproduction: A phenomenological study. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-024-06158-3>

- McCarthy, M., Houghton, C., & Matvienko-Sikar, K. (2021). Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 811. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04271-w>
- McCourt, Ch. (2017). Social support and childbirth. In Squire, C. (Ed) *The Social Context of Birth*. (3na. ed. pp. 191-214)
- Melender, H. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth issues in perinatal care*. 29(2), 101-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x>
- Melender, H. (2002). Fear and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal Midwifery y Women Health*. 47(4), 256-263. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00263-5](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00263-5)
- Mercer, R. y Ferketick, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research*. 43(1), 38-43. <https://doi.org/10.1097/00006199-199401000-00009>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Informe estadístico de Técnicas de Reproducción 2017. https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/pdf/Informe_estadisticoSEF_2017.pdf
- Mitchell, L.K. (2004). Women's experiences of unexpected ultrasound finding. *Journal of Midwifery y Women's Health*. 49(3), 228-234. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2013.11.004>
- Moberg, D. (2008). Spirituality and Aging: Research and Implications. *Journal of Religion, Spirituality y Aging*. 20(1-2), 95-134. <http://dx.doi.org/10.1080/15528030801922038>

- Molina, J., Barrera, L., Cardozo, M., y Gómez, L. (2002). Significado de la maternidad en adolescentes y adultas jóvenes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2, 51-60.
- Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., Colonnello, E., & Jannini, E. A. (2022). Psychological and relational wellbeing in women undergoing ART: The impact of unmet expectations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12861. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912861>
- Neubauer, B.E., Witkop, C.T. y Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ* 8, 90–97 <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Nachtigall, R. D., Castrillón, D. H., & Becker, G. (2023). Infertility and delayed motherhood: How social context shapes reproductive decision-making. *Fertility and Sterility*, 119(2), 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.005>
- Narenji, F., Nahidi, F., Ebadi, A. y Nasiri, M. (2018). Spiritual health care during pregnancy from iranian mothers'perspective: a qualitative study with content analysis approach. *Mental Health, Religion y Culture*. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1484434>
- Ní Bhrolcháin, M., Beaujouan, É., & Berrington, A. (2021). Childbearing deadline ages: What do people think? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2111. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042111>
- Nóblega, M.; Traverso, P.; Ugarte, A. y Caballero, L. (2017). Factores sociodemográficos explicativos del guion de base segura materno. *Revista de Psicología*. 551-580. <https://doi.org/10.18800/psico.201702.007>

- Oiberman, A. (2009). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*. Universidad de Palermo. <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico5/5Psico%2009.pdf>
- O'Connor, C., Phelan, A., & Coughlan, B. (2023). Expectations versus reality of early motherhood: A qualitative study of first-time mothers in Ireland. *Midwifery*, 125, 103661. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103661>
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., y Piha, J. (2001). Prenatal Maternal Representations: Mothers at Psychosocial Risk. *Infant Mental Health Journal*. 22(5), 529-544. <https://doi.org/10.1002/imhj.1016>
- Pariona, T. (2019). *¿Cronograma establecido? Representaciones de maternidad según mujeres profesionales en Lima*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://doi.org/10.18800/anthropologica.201902.001>
- Pearce, D. & Axinn, W. (1998). The impact of family religious life on the quality of mother-child relations. *American Sociological Review*. 63(6). 810-828. <https://doi.org/10.2307/2657503>
- Pellerone, M., Martinez-Torvisco, J., Razza, S. G., Commodari, E., & Micciché, S. (2023). Precursors of prenatal attachment and anxiety during pregnancy in women who procreate naturally and pregnant women following assisted reproduction technology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 6945. <https://doi.org/10.3390/ijerph20206945>
- Peri-Rotem, N. (2016). Religion and Fertility in Western Europe: Trends Across Cohorts in Britain, France and the Netherlands. *European Journal of population*. 32(2), 231- 265. <https://doi.org/10.1007/s10680-012-9371-z>
- Philipov, D. y Berghammer, C. (2007). Religion and fertility ideals, intentions and behavior: a comparative study of European countries. *Vienna Yearbook of*

-
- Population Research*. 5, 271-305.
<https://doi.org/10.1553/populationyearbook2007s271>
- Pirutinsky, S., Schechter, I., Kor, A. y Rosmarin, D. (2015). Family size and psychological functioning in the Orthodox Jewish community. *Mental Health, Religion y Culture*. 18(3). 218-230.
<https://dx.doi.org/10.1080/13674676.2015.1042851>
- Podolskyi, V., Gemzell-Danielsson, K., Marions, L. y Gomperts, R. (2023). Preabortion ultrasound- a patient perspective. *The European Journal of contraception y Reproductive Health Care*. 28 (5), 268-273.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2023.2249158>
- Provoost, V., Vanassche, S., & Pennings, G. (2023). Expectations, pressures and well-being in women undergoing fertility treatment. *Human Fertility*.
<https://doi.org/10.1080/14647273.2023.2173733>
- Raphael-Leff, J., 2001. *Pregnancy: The Inside Story*. Reprint
- Raphael-Leff, J., 2005. *Parent infant psychodynamics: Wild things, mirrors, and ghosts*. Wiley.
- Raphael-Leff, J., 2009. Maternal Subjectivity. *Studies in the Maternal*, 1(1), pp.1–5.
<https://doi.org/10.16995/sim.159>
- Ravaldi, C., et al. (2021). Becoming mothers in assisted reproduction: a phenomenological study on the experience of pregnancy after infertility. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 213.
- Repokari, L., Punamäki, R., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L. Sinkkonen, J. Almqvist, F., Tiitinen, A., y Tulppala, M. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Human Reproduction*. 20(11). 3238-3247. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei214>

- Riphahn, R.T. y Wijnck, F. (2017). Fertility effects of child benefits. *Journal of Population Economics*. 30, 1135-1184.
<https://doi.org/10.1007/s00148-017-0647-y>
- Rocca-Ihenacho, L., & Watts, K. (2024). Women's reflections on timing of motherhood: A meta-synthesis. *BMC Women's Health*, 24, Article 49.
<https://doi.org/10.1186/s12905-024-03409-0>
- Rodríguez, R. (2015). Aproximaciones antropológicas a la lactancia materna. *Revista de Antropología Experimental*. 15, 407-429. Universidad de Jaén.
- Rokach, A. (2004). Giving life: Loneliness, pregnancy and motherhood. *Social Behavior and Personality*. 32(7), 691-702.
<https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.7.691>
- Rokach, A. (2007). Self-perception of the antecedents of loneliness among new mother and pregnant women. *Psychological Reports*. 100(1), 231-243.
<https://doi.org/10.2466/pr0.100.1.231-243>
- Rujas Bracamonte, S., Serrano Gallardo, P., & Martínez Marcos, M. (2021). Dreaming of motherhood: Experiences of women who have undergone fertility treatment. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(3).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e360678>
- Sadler, M. y Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*. 6.
- Salari, R., Hosseini, M., Kalateh, E. A., & Pourmovahed, Z. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: A qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), Article 782.
<https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Salkind, N. (2000). *Métodos de investigación*. Prentice Halla Hispanoamericana.

- Sadler, J., y Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *The psychoanalytic Study of the Child*. 17, 128-145.
- Schönholzer, S.M., Götzmann, L., Zimmermann, R. y Buddeberg, C. (2001). Psychologische Aspekte der Ultraschalluntersuchung während der Schwangerschaft. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*. 40(3-4), 119-124. <https://doi.org/10.1159/000053012>
- Schwarz, E., Lohr, P., Gold, M., y Gerbert, B. (2007). Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. *Contraception*. 75 (4), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.12.002>
- Sebastian, M.P. (2017). Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. En: Massó, E. Mamar, mythos y lógos sobre la lactancia humana. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 227-238.
- Seger, L. (2003). O impacto emocional da infertilidade nos estágios da reprodução assistida. *Psicologia Conductual*. 11(1), 95-113. Portal Regional da Biblioteca virtual em saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-25924>
- Shapiro, G. (2014). Voluntary Childlessness: A Critical Review of the literature, *Studies in the Maternal* 6:1, [https://mamsie.bbk.ac.uk/documents/Shapiro_SiM_6\(1\)_2014.pdf](https://mamsie.bbk.ac.uk/documents/Shapiro_SiM_6(1)_2014.pdf).
- Silva-Fernández, C. S., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2025). Qualitative Study of Maternity Healthcare Vulnerability Based on Women's Experiences in Different Sociocultural Context. *Nursing Reports*, 15(3), 105. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030105>
- Speckhard, A., y Mufel, N. (2003). ¿Universal responses to abortion? Attachment, trauma and grief responses in women following abortion. *Perinatal*

-
- Psychology and Health*, 18, 3–37.
https://www.researchgate.net/profile/Anne-Speckhard/publication/271195087_Universal_Responses_to_Abortion_Attachment_Trauma_and_Grief_Responses_in_W/links/54bfd4d00cf21674ce9c8c15/Universal-Responses-to-Abortion-Attachment-Trauma-and-Grief-Responses-in-W.pdf
- Speckhard, A., & Rue, V. M. (2003). Complicated mourning: Dynamics of impacted post-abortion grief. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 17(3), 95–112.
- Stanford, J., Hobbs, R., Jameson, P., DeWitt, J., y Fisher, R. (2000). Defining Dimensions of Pregnancy Intendedness. *Mental and Child Health Journal*. 4(3), 183-189. <https://doi.org/10.1023/A:1009575514205>
- Stephenson, J., Patel, D., Barrett, G., Howden, B., Copas, A., Ojukwu, O., Pandya, Pr., y Shawe, J. (2014). How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending Antenatal services and views of health professionals. *PloS One*. 9(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103085>
- Stewart, C. y Hall, J. (2023). Pregnancy Preparation among women and their partners in the UK: How common is it and what do people do?. *Women's Reproductive Health*. 11(2), 429-442. <https://doi.org/10.1080/23293691.2023.2271919>
- Stern, D. (1991). Maternal Representations: A Clinical and Subjective Phenomenological View. *Infant Mental Health Journal*. 12(3), 174-186. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<174::AID-IMHJ2280120305>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<174::AID-IMHJ2280120305>3.0.CO;2-0)
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós.

- Stern, D., Bruschweiler-Stern, N., y Freeland, A. (1998). El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre. Paidós.
- Szewczyk, M.; Hans. S. y Bernstein, V. (2007). Mother's representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*. 28(3), 344-365.
- Szivos, E. & Wendland, J. (2020). L'impact de la connaissance ou non du sexe foetal sur les représentations maternelles prénatales e l'enfant á naitre chez les femmes enceintes primipares. *Psychiatrie de l'enfant*. 1, 151-195
- Tambelli, R., Odorisio, Fl., y Lucarelli, L. (2014). Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at- risk parenting: Exploring the influences on mother-infant feeding interactions. *Infant Mental Health Journal*. 35(4), 376-388.
- Teman, E., Irvy, T. y Bernhardt, B. (2010). Pregnancy as a proclamation of faith: Ultra-Orthodox Jewish women navigating the uncertainty of pregnancy and prenatal diagnosis. *American Journal of Medical Genetic*. 155(1), 69-80. <http://doi.org/10.1002/ajmg.a.33774>
- Testa, M.R. (2014). On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: Individual- and country-level evidence. *Advances in life Course Research*. 21. 28-42.
- The Early Motherhood Expectations Versus Reality Study". (2023). First-time mothers' early motherhood expectations versus reality: Focus group study, Irlanda. [Revista / Journal].
- Traverso, P. y Nóbrega, M. (1995). Maternidad adolescente ¿un problema o la resolución de un problema?: Un acercamiento a las representaciones maternas y significados de la maternidad en jóvenes en contextos de

pobreza.

https://www.researchgate.net/profile/Pierina-Traverso/publication/304039451_Maternidad_adolescente_un_problema_o_la_resolucion_de_un_problema_Un_acercamiento_a_las_representaciones_maternales_y_significados_de_la_maternidad_en_jovenes_en_contexto_de_pobreza/links/57644dee08ae421c44830dac/Maternidad-adolescente-un-problema-o-la-resolucion-de-un-problema-Un-acercamiento-a-las-representaciones-maternales-y-significados-de-la-maternidad-en-jovenes-en-contexto-de-pobreza.pdf

Tyson, Ph., y Tyson, R. (2000). *Teoría psicoanalítica del desarrollo: una integración*. Publicaciones psicoanalíticas.

Upadhyay, U. D., Biggs, M. A., & Foster, D. G. (2020). Certainty and intention in pregnancy decision-making: An exploratory study. *Women's Health Issues*, 30(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.09.002>

Upadhyay, U., Kimport, K., Belusa, E., Jhons, N., Laube, D. y Roberts, S. (2017). Evaluating the impact of a mandatory pre-abortion ultrasound viewing law: A mixed methods study. *Plos One*. <http://doi.org/10.1371/journal.Pone.0178871>

Valles, M. (2007). *Cuadernos Metodológicos. Entrevistas cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Vannier, M., Zelkowitz, P., & Mahfouz, T. (2019). Idealized motherhood and its effect on postpartum depression. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 38(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0167-3>

Velasco, H. y Díaz de Rada Brun, A. (1997). El trabajo de campo. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Trotta.

- Veerman, P. (2014). Religion and Family Life: An overview of current research and Suggestions for Future Research. *Religions*. 5(2), 402-421. <https://doi.org/10.3390/rel5020402>
- Wiebe, E. (2009). Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *The European Journal of Contraception y Reproductive Health*. 14(2), 97-102. <https://doi.org/10.1080/13625180902745130>
- Wilkerson, L.M . (1996). Maternal role attainment among first-time mothers of full term infants and premature infants as a function of planned vs. unplanned pregnancy
- Winnicott, D.W. (1962). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Editoria Laia.
- Yacuzzi, M.L. (2017). El concepto de representación en psicoanálisis: algunas notas para su abordaje. En: Memorias IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/125116>
- Yago, T. y Tomás C. (2014). Variables demográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Revista Española de Salud Pública*, 88: 395-406.
- Yoo, S., Guzzo, K., y Hayford, S. (2014). Understanding the Complexity of Ambivalence Toward Pregnancy: Does it predict inconsistent use of contraception? *Biodemography and Social Biology*. 60(1).46-66. <https://doi.org/10.1080/19485565.2014.905193>
- Zabin, L.S., Huggins, G.R., Emerson, M.R., y Cullins, V.E. (2000). Partner Effects on a Woman's Intention to Conceive: "Not with this partner". *Family Planning Perspectives*. 32(1), 39-45. <https://doi.org/Zabin10.2307 / 2648147>

- Zartler, U., Schmidt, E., Schadler, C., Rieder, I. y Richter, R. (2020). "A Blessing and a Curse" Couple dealing with ambivalence concerning grandparental. *Journal of Family Issues*.
<https://dx.doi.org/10.1177/01925192513x20950786>
- Zhang, L. (2008). Religious affiliation, religiosity, and male and female fertility. *Demographic Research*.18(8), 233-262.
<https://www.jstor.org/stable/26347984>
- Ziegenhain, U. y Jacobsen, T. (1999). Assessing Children's Representational Attachment Models: Links to Mother-Child Attachment Quality in infancy and Childhood. *The Journal of Genetic Psychology*. 160(1), 22-30.
<https://dx.doi.org/10.1080/00221329909595377>
- Zimmerman, D. (1995) *Bion da teoría á práctica*. Arte Medicas.

X – ANEXOS



X - ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

Propósito de la investigación

Se está realizando una investigación acerca de la manera en que las madres primerizas sienten y piensan con respecto a los diversos aspectos que rodean su maternidad, esta investigación está a cargo de la psicóloga Vania Andrea Barriga Torres doctoranda de la Universidad San Antonio de Murcia (UCAM). Gracias al permiso que ha recibido del área de ginecología de este hospital podemos contactar con usted para invitarla a participar.

Procedimientos durante la investigación

En caso que usted decida participar se le aplicará dos materiales, uno para recabar información relevante general que nos permita conocer algunas características, como por ejemplo su edad, su profesión y/o ocupación, entre otros. El segundo material es la realización de una entrevista para conocer con mayor profundidad los aspectos mencionados antes. Ambas serán aplicadas el mismo día. Adicionalmente podría utilizarse una grabadora.

Eventualmente una vez que nazca su bebé, se le consultará sobre la posibilidad de realizar otra entrevista para abordar los mismos temas en la etapa post-natal.

Confidencialidad y anonimato

Toda la información que se recoja será tratada con absoluta confidencialidad y anonimato y no se necesitarán datos como su nombre completo, su dirección, u otro dato que sienta que vulnera su intimidad. En caso que se realizara una grabación de la entrevista, esta solo será de acceso para la persona encargada del estudio y una vez transcrita se destruirá.

Integridad

El estudio no pretende generar ningún daño o perjuicio de las personas participantes.

Participación voluntaria

Tiene pleno derecho a negarse a participar del estudio o a retirarse cuando lo considere.

En función de la información de cada parte, desea participar en la investigación_____

Anexo 2: Guía de entrevista semi-estructurada

Preguntas introductorias:

¿Sabe qué será su bebé?

Desde cuándo pensaba y/o deseaba quedar embarazada?

Actualmente, ¿desea el embarazo?

Modelo sobre el niño

¿Cómo se imagina a su bebé?

¿A quién cree que se parecerá su hijo? (Físicamente)

¿Cómo cree que será su carácter? ¿Hay algo que le hace pensar eso?

¿Qué le hace sentir estar embarazada?

¿Ha habido algún momento donde se halla sentido desapegada a la idea de estar embarazada?

¿Y unida a su bebé? ¿Cuándo?

Modelo sobre sí misma

¿Se imaginó alguna vez ser usted madre?

¿Cómo se sintió ante la noticia del embarazo?

Y al día de hoy ¿cómo lo siente?

Antes de estar embarazada ¿Cómo era su idea de ser madre?

Y ahora que está embarazada ¿Cómo se ve como madre?

¿Tiene algún temor/expectativas/deseos como madre? ¿Cuáles?

¿Qué cosas han cambiado desde la noticia del embarazo?

¿Qué cosas cree que cambiarán con el nacimiento del bebé?

¿Qué implicancias ha tenido saber que está embarazada? (¿en el plano de pareja, familiar, laboral y profesional?

¿Con quienes de su entorno ha podido contar desde que sabe de su embarazo?

¿Hay quienes le han retirado su apoyo, su ayuda en cuanto han sabido de su embarazo? ¿Quiénes?

Modelo sobre su propia madre

¿Vive su madre?

¿Mantiene actualmente una relación/cercanía con su madre?

¿Cómo se recuerda usted como hija?

¿Cómo la recuerda a ella como madre?

¿Cómo era vuestra relación antes de quedar embarazada?

¿Y cómo es desde que sabe de su embarazo?

¿Qué opinión cree que tiene su madre de usted como próxima madre?

Ahora que será madre, al igual que su propia madre, ¿En qué cree que se parecerá a ella? ¿En qué le gustaría diferenciarse de ella?

Una vez nacido el bebé cree que ¿Necesitará ayuda de su madre? ¿En qué actividades?

Modelos sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre

¿Qué idea tiene su familia/ círculo social sobre la maternidad?

¿Ha habido sucesos que generaron esa idea?

¿Cómo cree que es concebida la maternidad en España?

¿Sabe si hay políticas de apoyo a la maternidad?

¿Sabe si hay políticas y/o leyes que la desfavorecen?

¿Como cuáles?

¿Cómo ven su embarazo las personas de su entorno social más cercano?

¿Conoce a alguien de su entorno que haya abortado?

¿En algún momento del embarazo pensó en abortar? ¿Por qué?

Anexo3: Ficha demográfica

I.DATOS PERSONALES.

Edad: _____

Lugar de nacimiento:

Tiempo de residencia en Murcia:

Grado de instrucción:

1. P.I (Primaria incompleta) 2. P.C (Prim. completa) 3.ESO Incompleta) 4.ESO Completa 5. Bachillerato Incompleto 6. Bachillerato Completo 7.Su. I (Superior incompleto) 8. Su.C (Sup.Completa)9. M(Master)

Estado Civil:

1. Soltera 2. Casada.3. Separada 4. Divorciada 5. Viuda

Actualmente tiene pareja: Si No

Tiempo de embarazo:

¿Su embarazo fue planificado?

¿Deseado?

¿A tenido algún aborto? _____

