



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**CONVERTIRSE EN MADRE DURANTE LA
GESTACIÓN: DESARROLLO CONCEPTUAL Y
VALIDACIÓN DE UN NUEVO INSTRUMENTO
PARA SU MEDICIÓN**

Jhon Henry Osorio Castaño

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Medellín, Colombia

2020



Convertirse en madre durante la gestación: desarrollo conceptual y validación de un nuevo instrumento para su medición

Jhon Henry Osorio Castaño

Tesis o trabajo de grado optar al título de

Doctor en Enfermería

María de los Ángeles Rodríguez Gázquez. Doctora en Salud Pública

Gloria Carvajal Carrascal. Doctora en Enfermería

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Medellín, Colombia

2020

Parte de los resultados de la investigación de esta tesis han dado lugar a los siguientes productos académicos.

Artículos

Osorio-Castaño JH, Carvajal-Carrascal G, Rodríguez-Gázquez M. Preparation for Motherhood during Pregnancy: a Concept Analysis. Invest. Educ. Enferm. 2017; 35(3):295-305. DOI: 10.17533/udea.iee.v35n3a06

Osorio Castaño JH, Carvajal Carrascal G, Gázquez Rodríguez MA. Apego materno-fetal: un análisis de concepto. Rev haban cienc méd. 2019; 18(6):969-982. Disponible en:<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2629>

Eventos académicos

Osorio Castaño Jhon Henry. Preparación para la maternidad durante la gestación: un análisis de concepto. XXIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Universidad El Bosque. Bogotá. Octubre 11 al 13 del 2017.

Jhon Henry Osorio Castaño. Gloria Carvajal Carrascal. Maria de los Ángeles Rodríguez Gázquez. Compromiso con la maternidad durante la gestación: un análisis de concepto. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. La Habana. Cuba. Noviembre 8 al 11 del 2018.

Jhon Henry Osorio Castaño. Gloria Carvajal Carrascal. Maria de los Ángeles Rodríguez Gázquez. Apego materno-fetal: un análisis de concepto. XXIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Universidad de Cartagena. Cartagena. Mayo 29 al 31 de 2019.

Este trabajo está dedicado a todas las mujeres que quieren ser madres, a las que no, pero entregarán todo para serlo y a todos esos futuros hijos que llegarán para enseñar lo que significa convertirse en madre.

Tabla de contenido

Lista de tablas	5
Lista de figuras	6
Lista de anexos	7
Resumen	8
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	12
3. Justificación	19
4. Objetivos	21
4.1. Objetivo general	21
4.2. Objetivos específicos	21
4.3. Hipótesis	21
5. Marco epistemológico	22
6. Marco teórico	24
6.1. La maternidad dentro de las políticas de salud sexual y reproductiva	24
6.2. La maternidad en el sistema de atención en salud	25
6.3. Cambios durante la gestación	27
6.4. Teorías acerca de la maternidad	28
6.4.1. Logro del rol materno	28
6.4.2. Adopción del rol materno	29
6.4.3. Convertirse en madre	30
6.5. Factores que se asocian al proceso de convertirse en madre	31
6.6. Compromiso, apego materno-fetal y preparación para la maternidad durante la gestación	33
6.6.1. Compromiso con la maternidad	34
6.6.2. Apego materno-fetal	36
6.6.3. Preparación para la maternidad	39
7. Metodología	42
7.1. Primera fase: análisis de conceptos	42
7.2. Segunda fase: elaboración del instrumento	44
7.3. Tercera fase: validación del instrumento	44
7.3.1. Validación de contenido	44
7.3.2. Validación de constructo	44
7.3.3. Técnicas de recolección de la información	46

7.3.4.	Plan de análisis	47
7.3.4.1.	Análisis factorial exploratorio	48
7.3.4.2.	Análisis de confiabilidad	49
7.4.	Consideraciones éticas	49
8.	Resultados	51
8.1.	Análisis de conceptos	51
8.1.1.	Análisis del concepto de preparación para la maternidad durante la gestación	51
8.1.1.1.	Definiciones a partir de diccionarios	51
8.1.1.2.	Usos del concepto en la literatura	52
8.1.1.3.	Conceptos relacionados	55
8.1.1.4.	Caso modelo	56
8.1.1.5.	Caso límite	57
8.1.1.6.	Caso contrario	57
8.1.1.7.	Referentes empíricos	57
8.1.2.	Análisis del concepto de compromiso con la maternidad durante la gestación	58
8.1.2.1.	Definiciones a partir de diccionarios	58
8.1.2.2.	Usos del concepto en la literatura	58
8.1.2.3.	Conceptos relacionados	60
8.1.2.4.	Caso modelo	61
8.1.2.5.	Caso límite	61
8.1.2.6.	Caso contrario	62
8.1.2.7.	Referentes empíricos	62
8.1.3.	Análisis del concepto de apego materno-fetal	63
8.1.3.1.	Definiciones a partir de diccionarios	63
8.1.3.2.	Usos del concepto en la literatura	63
8.1.3.3.	Conceptos relacionados	64
8.1.3.4.	Caso modelo	66
8.1.3.5.	Caso límite	67
8.1.3.6.	Caso contrario	67
8.1.3.7.	Referentes empíricos	67
8.2.	Elaboración del instrumento	69
8.3.	Validación de contenido	70
8.4.	Validación facial	73
8.5.	Validación de constructo	75
8.5.1.	Resultados del modelo final del instrumento	79
8.6.	Análisis de confiabilidad del instrumento	83
9.	Discusión	87
9.1.	Análisis de conceptos	88
9.1.1.	Preparación para la maternidad durante la gestación	88
9.1.2.	Compromiso con la maternidad durante la gestación	91

9.1.3. Apego materno-fetal	93
9.2. Validación del instrumento Convertirse en madre durante la gestación	96
9.2.1. Dimensión apoyo y presencia del compañero	97
9.2.2. Dimensión preparación altruista	99
9.2.3. Dimensión apego cognitivo	102
10. Conclusiones	106
Referencias bibliográficas	108
Anexos	125

Lista de tablas

Tabla 1. Comparación teorías de enfermería relacionadas con la maternidad.	46
Tabla 2. Métodos para desarrollar y analizar conceptos.	47
Tabla 3. Resultados de la búsqueda y proceso de exclusión de las fuentes bibliográficas según concepto	60
Tabla 4. Referentes empíricos relacionados con la preparación para la maternidad durante la gestación	67
Tabla 5. Referentes empíricos relacionados con el apego materno-fetal	76
Tabla 6. Características de las mujeres participantes en la validación facial de la versión 1.2 del instrumento para medir el apego materno-fetal, el compromiso y la preparación para la maternidad durante la gestación	83
Tabla 7. Características socio-demográficas de la muestra de estudio	86
Tabla 8. Resumen AFE del instrumento	87
Tabla 9. Resultados pruebas de adecuación muestral	89
Tabla 10. Comunalidades de los ítems de la versión final del instrumento en la solución inicial y rotada del AFE del modelo de 21 ítems	89
Tabla 11. Análisis factorial	90
Tabla 12. Matriz de factores rotada	91
Tabla 13. Matriz de correlaciones de los factores	92
Tabla 14. Valores del alfa de Cronbach del instrumento total y por dimensiones si se elimina un ítem	93
Tabla 15. Prueba de Wilcoxon en dos mediciones para el puntaje por ítem, dimensión y total del instrumento	94
Tabla 16. Puntaje mínimo y máximo del instrumento y las dimensiones	95
Tabla 17. Estadística descriptiva de los puntajes de la versión final del instrumento	95

Lista de figuras

Figura 1. Resumen conceptual de la preparación para la maternidad durante la gestación.	55
Figura 2. Resumen conceptual del compromiso con la maternidad durante la gestación	60
Figura 3. Resumen conceptual del apego materno-fetal	65
Figura 4. Flujograma de la elaboración del instrumento hasta su versión final	69
Figura 5. Flujograma de participación de jurados expertos en la validación del instrumento	70

Lista de anexos

Anexo 1. Carta de invitación expertos para evaluación del instrumento	125
Anexo 2. Aval Comité de Ética. Facultad de Enfermería	126
Anexo 3. Formato de solicitud de autorización institucional para desarrollo del proyecto	128
Anexo 4. Carta de respuesta Prosalco IPS	130
Anexo 5. Consentimiento informado	131
Anexo 6. Operacionalización de variables encuesta de caracterización	133
Anexo 7. Frases elaboradas a partir de los atributos identificados en cada análisis de concepto.	141
Anexo 8. Versión 1.0 del instrumento con 183 ítems	146
Anexo 9. Versión 1.1. del instrumento con 77 ítems	151
Anexo 10. Características de los jurados participantes en la validación de contenido del instrumento	156
Anexo 11. Resultados de la calificación de la pertinencia, claridad y precisión, valor estadístico V de Aiken y decisión tomada en las rondas de validación	157
Anexo 12. Datos de las mujeres participantes en la validación facial del instrumento	166
Anexo 13. Versión 1.3 del instrumento con 69 ítems y sujeto a validación factorial	169
Anexo 14. Instrumento Convertirse en madre durante la gestación	175

Resumen

Objetivo: desarrollar conceptualmente y validar un nuevo instrumento para la evaluación del compromiso con la maternidad, el apego materno-fetal y la preparación para la maternidad durante el período de la gestación a partir de la teoría de Ramona Mercer. Metodología: estudio de validación de pruebas realizado en tres fases: análisis de conceptos, diseño y validación de un instrumento. Para el análisis de conceptos se utilizó el método de Walker y Avant. Se diseñó instrumento a partir de los atributos identificados en la fase de análisis y se realizó validación de contenido con expertos, validación facial a través de prueba piloto y para la validez de constructo se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE), adicionalmente, se hizo cálculo de la consistencia interna del instrumento. Resultados: se definieron conceptualmente los constructos de apego materno-fetal, preparación para la maternidad y compromiso con la maternidad durante la gestación. El modelo final del AFE obtuvo un KMO de 0.88 y mostró tres factores que explicaron el 68.1% de la varianza: apoyo y presencia del compañero, preparación altruista y apego cognitivo. La consistencia interna global obtenida a través del alfa de Cronbach fue de 0.90. Conclusiones: se amplió el primer estadio de la teoría Convertirse en Madre de Ramona Mercer a través del desarrollo conceptual de los constructos que lo componen. El instrumento Convertirse en Madre durante la gestación mostró ser válido y confiable y permitió que emergiera la dimensión apoyo y presencia del compañero no contemplada por Mercer en su teoría y desapareciera el compromiso con la maternidad.

Palabras clave: enfermería materno-infantil, relaciones materno-fetales, estudios de validación, salud materno-infantil, conducta materna, gestación, análisis factorial estadístico, reproducibilidad de resultados, encuestas y cuestionarios, psicometría, teoría de enfermería.

Abstract

Objective: to develop conceptually and validate a new instrument to assess the commitment with the motherhood, the maternal-fetal bonding and the preparation for motherhood during pregnancy from Ramona Mercer's theory. Methodology: validation study carried out in three phases: analysis of concept, design and validation of an instrument. For the analysis of concepts, the Walker y Avant method was used. An instrument was designed based on the attributes identified in the

analysis phase and content validation was carried out with experts, facial validation through a pilot test and exploratory factor analysis (EFA) was used for the construct validity. Additionally, the calculation of the internal consistency of the instrument. Results: concepts of maternal-fetal attachment, preparation for motherhood and commitment to motherhood during pregnancy were conceptually defined. The final model of EFA obtained a KMO of 0.88 and showed three factors that explained 68.1% of the variance: support and presence of the partner, altruistic preparation and cognitive bonding. The overall internal consistency obtained through Cronbach's alpha was 0.90. Conclusions: The first stage of Ramona Mercer's theory of becoming mother was broadened through the conceptual development of the constructs that comprise it. The instrument Becoming a Mother during pregnancy proved to be valid and reliable and allowed the dimension of support and presence of the partner not contemplated by Mercer to emerge in her theory and the commitment to motherhood to disappear.

Key words: maternal-child nursing, maternal-fetal relations, validation studies, maternal and child health, maternal behavior, pregnancy, factor analysis statistical, reproducibility of results, surveys and questionnaires, psychometrics, nursing theory.

1. Introducción

La transición hacia la maternidad es considerada la transición más importante en la vida de la mujer (1) y debe ser considerada un componente fundamental dentro de la concepción de la maternidad saludable promulgada por la Organización Panamericana de la Salud como un aspecto del desarrollo humano y un derecho de cada mujer. (2)

La gestación, período en el que se inicia la transición hacia la maternidad, trae consigo no solo cambios físicos y fisiológicos, sino también cambios sociales y psicológicos. Se considera que el principal cambio psicológico y social de la mujer gestante es el proceso de convertirse en madre. (3) Este proceso genera transformaciones en la vida de la mujer y en el núcleo familiar y debe estar propiciado por prácticas que contribuyan con la auto-eficacia, la auto-confianza, la seguridad, la armonía, la satisfacción y la vinculación afectiva de la madre con su hijo que favorezcan el desarrollo de relaciones más armónicas y saludables a largo plazo en la vida del nuevo ser. (4)

De acuerdo a Ramona Mercer (4), las mujeres que se convierten en madres transitan por cuatro estadios: compromiso, apego y preparación que se da durante la época de la gestación; aprendizaje, conocimiento y restauración física durante el postparto mediato; normalización, hasta los primeros seis meses e integración de la identidad materna que se continua en la vida de la nueva madre. De acuerdo a Mercer (4) y a Nelson, (5) el primer estadio del proceso de convertirse en madre tiene implicaciones relevantes en la transición hacia la maternidad y en la medida en que la mujer logra prepararse, comprometerse y desarrollar el apego materno-fetal, transitará de una manera más saludable hacia los otros estadios.

Dada la importancia del proceso de convertirse en madre en la vida de las mujeres, se hace fundamental que los profesionales de la salud que brindan cuidados prenatales, entre ellos, los enfermeros, empiecen a integrar dentro de su práctica, la valoración y la intervención de componentes que contribuyan a la preparación para la maternidad, al compromiso con la maternidad y al desarrollo del apego materno-fetal. Para lograr esto, es indispensable contar con un desarrollo teórico que permita clarificar que significan estos constructos y con instrumentos que permitan medirlos.

Debido a que Mercer en su propuesta teórica del proceso de convertirse en madre no define cada uno de los estadios, ni los conceptos que los conforman y adicionalmente, no desarrolla instrumentos que permitan medirlos en la práctica o la investigación, se hace indispensable ampliar los supuestos teóricos del primer estadio del proceso y el diseño de un instrumento que favorezca el cuidado prenatal de los cambios psicológicos y sociales por parte de los profesionales de la salud, especialmente, los enfermeros.

Por lo tanto, esta investigación tuvo como propósitos analizar los conceptos de compromiso con la maternidad, preparación para la maternidad y apego materno-fetal durante la gestación de la teoría Convertirse en Madre de la enfermera Ramona Mercer y realizar el proceso de diseño y validación de un nuevo instrumento para medirlos y que pueda ser utilizado en la práctica, en la investigación y la docencia.

2. Planteamiento del problema

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (6) el porcentaje de mujeres en edad fértil proyectadas para el año 2018 en Colombia representa el 30.3% del total de la población. Este porcentaje da una idea de la cantidad de mujeres que podrían experimentar en cualquier momento una gestación y muy probablemente una maternidad. De otro lado, la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015 de Profamilia (7) indicaba que la tasa global de fecundidad pasó de 2,2 hijos en el año 2010 a 2,0 en el 2015. Esta encuesta estima unos 410.000 embarazos cada año. En el caso de Medellín, la tasa global de fecundidad presenta una disminución pasando de 1,8 en el 2008 a 1,5 en 2010 (8).

Este contexto demográfico previo hace parte de la salud sexual y reproductiva como una dimensión que reviste gran importancia al configurarse como prioridad en diferentes políticas y planes de salud. La Organización de Naciones Unidas (ONU) (9) plantea dentro de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible el mejoramiento de la salud materna, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (10) contempla como una de sus dimensiones la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos y dentro de esta dimensión el componente de atención integral en salud sexual y reproductiva; finalmente, en el año 2014 se publica la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos (11) como estrategia para operacionalizar esta misma dimensión del Plan Decenal de salud Pública. Un común denominador en cada uno de estos planes y políticas es la maternidad saludable que ha sido reconocida en cada región del mundo como un aspecto del desarrollo humano y desde los derechos sexuales y reproductivos como el disfrute del más alto nivel de salud posible (12).

Dentro de cada uno de los planes y políticas mencionados previamente se identifican resultados que dan cuenta únicamente de aspectos físicos y biológicos de este proceso. Para la ONU (9) la meta es reducir la mortalidad materna en un 75%; en el Plan Decenal de Salud Pública (10) se pretende disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, aumentar el uso de métodos anticonceptivos, disminuir la mortalidad materna evitable e incrementar el número de controles prenatales y; la Política Nacional de Sexualidad (11) contempla garantizar la atención de los procesos reproductivos a través del acompañamiento y vigilancia del proceso, detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención.

De igual forma, las guías de atención en salud de la gestante contemplan recomendaciones para los cambios físicos y biológicos de la gestación y de una forma limitada para los aspectos psicológicos y sociales del proceso de maternidad. La Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo (13) solo establece como recomendaciones la medición durante los controles prenatales del riesgo psicosocial a través de variables como el estrés materno, la ansiedad, los trastornos del sueño, el pobre apoyo de la red social y la depresión por su relación con complicaciones maternas y perinatales.

En la Guía de Cuidado de Enfermería en la Detección del Riesgo Psicosocial (14) los aspectos abordados incluyen el desplazamiento, el apoyo familiar y social, el estrés laboral, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, la depresión, las etnias, los trastornos de la conducta alimentaria y el riesgo de suicidio y en la Guía de Cuidado de Enfermería en el Control Prenatal (15) solo se evalúan las prácticas de autocuidado durante la gestación.

Pero como indica Maldonado (3) la gestación trae consigo tareas psicológicas y sociales entre las que se cuenta la transición hacia la maternidad que involucra una serie de modificaciones y ajustes en el pensar: anticiparse a las características que se desean tener como madre, darle forma a su hijo no nacido, ajustar relaciones; en el sentir: construir el apego materno-fetal, resolver conflictos propios y con otros, contar con una red de apoyo; y en los hábitos de la vida diaria: realizar actividad física, cambiar patrones de alimentación, suspender consumo de sustancias que puedan ser nocivas durante la gestación.

Uno de los principales cambios durante la gestación es la transición hacia la maternidad que involucra como componentes importantes la construcción del apego con el nuevo ser y el verse enfrentada a la tarea de ser madre. Otro cambio importante en la esfera social de esta transición es la necesidad de apoyo: principalmente económico y emocional pero que se irán transformando en la medida que se vayan viviendo otras experiencias como el parto y el postparto. (4)

La transición hacia la maternidad, como principal cambio psicológico y social durante la gestación no es abordado en los diferentes planes, políticas y guías de atención, lo que supone que tampoco está contemplado la valoración de los elementos que constituyen esta transición como el apego materno-fetal, la

preparación para ser madre, el compromiso con la maternidad, la responsabilidad y el aprendizaje de la tarea de ser madre. (5).

En el proceso de transición hacia la maternidad, como indica Maldonado (3) la mayoría de las veces un embarazo puede interpretarse como un suceso positivo y de felicidad, pero aún bajo este imperativo la etapa gestacional conlleva cambios que la futura madre debe afrontar para garantizar una transición adecuada ya que de acuerdo a Meleis (1) y a Mercer (4) ser madre es una de las principales transiciones de desarrollo en la vida de la mujer que además tiene implicaciones trascendentes para la vida del hijo y de ella como madre en aspectos emocionales, afectivos, psicológicos y relacionales.

Teniendo en cuenta la importancia del fenómeno de convertirse en madre en la vida de la mujer, de su familia y su red de apoyo más cercana; este proceso ha sido explicado desde distintas teorías entre las que se encuentran *El Logro del Rol Maternal* propuesta por la enfermera Reva Rubin en 1967 (16) como un proceso en el que las mujeres logran una identidad del rol materno. Para esta autora este proceso comienza durante la gestación y tiene varios estados sucesivos denominados replicación, des-diferenciación, fantasía e identidad materna.

Posteriormente en la década de los 80, la enfermera y teórica Ramona Mercer (4) planteó la teoría de mediano rango de enfermería denominada *Adopción del Rol Materno* en la que propone que las mujeres en su transición al rol maternal experimentan cuatro estadios progresivos y continuos llamados anticipación, formal, informal y personal. Este último estadio se entiende dentro de esta teoría como la identidad materna y la mujer experimenta una sensación de armonía, confianza y satisfacción.

En 1987, la psicóloga Elle Galinsky (17) elaboró la teoría denominada *Los Seis Estadios de la Paternidad*. Para esta autora la tarea de ser padres se desarrolla y crece en la medida que los hijos lo hacen. Ella contempla los siguientes estadios: la creación de imágenes, la crianza, la autoridad, la interpretativa, la interdependiente y la partida.

El psiquiatra Daniel Stern (18) también propuso en 1998 una teoría denominada *La Constelación de la Maternidad* en la que concibe que con el nacimiento de un bebé las mujeres pasan a una nueva y única organización psíquica que determinará nuevas acciones, nuevas sensibilidades, fantasías, miedos y deseos.

En el año 2004, Mercer (4) realiza una modificación del nombre de su teoría como respuesta a los aportes de la investigación cualitativa al fenómeno y la denomina *Convertirse en Madre*, además del constructo principal también modifica sus cuatro estadios iniciales y los renombra de la siguiente manera: a) compromiso, preparación y apego; b) conocimiento, práctica y preparación física; c) normalización e d) integración de la identidad materna.

En la teoría de Rubín y la propuesta inicial de Mercer se logra observar una similitud en la etapa de la gestación cuando las mujeres fantasean con su rol de madres, que para Mercer se da durante la anticipación y para Rubín durante la fase de replicación. Así mismo, se identifica que para ambas teorías el comportamiento de la madre durante los primeros meses con su bebé está basados más en las expectativas de los demás y en el conocimiento que se haya acumulado a partir de las experiencias escuchadas de otras mujeres que ya han sido madres. Para Rubín esta es la etapa de des diferenciación y para Mercer es la etapa formal. Ambas teorías junto con la teoría de *Convertirse en Madre* del año 2004 coinciden en que el último estado del proceso de ser madre es la identidad materna, fenómeno que posibilita la integración a la vida de la mujer de una nueva relación y de una nueva identificación con las tareas, las responsabilidades y los compromisos de ser madre.

En la propuesta de Ramona Mercer del año 2004, se propone una transformación de su teoría inicial de *Adopción del Rol Materno* que empieza por nombrar de manera diferente el fenómeno al pasar de una tarea de rol con las implicaciones psicológicas y sociales que tiene la asunción de roles como la temporalidad, a una construcción más expansiva como lo es *Convertirse en Madre*; proceso que, de acuerdo a esta misma autora, no termina, sino que se transforma y se extiende durante toda la vida. En consonancia con esta nueva denominación de la teoría, se proponen estadios diferentes para alcanzar este proceso transformador: el compromiso, la preparación, el apego, el conocimiento, la práctica, la recuperación física y la normalización, que surgen como categorías nuevas que son el inicio explicativo de la experiencia de convertirse en madre. Y se indica que son el inicio porque ninguno de estos conceptos está explicado en la nueva propuesta de Ramona Mercer y de ahí que se considera que este vacío conceptual es la puerta

de entrada al desarrollo de esta tesis doctoral para contribuir a la ampliación y mejor comprensión mínimamente del primer estadio de la teoría conformado por el compromiso, la preparación y el apego materno-fetal. De ahí entonces se asume como se ha indicado desde el inicio de este documento que el fenómeno central de interés en esta tesis es el primer estadio del proceso de Convertirse en Madre.

Teniendo en cuenta entonces que durante la gestación se inicia el proceso de convertirse en madre, Choi (19) estableció en su estudio en mujeres chinas que una mejor adaptación psicológica y social en el embarazo se relaciona con un más apoyo social, alta auto-eficacia, alto compromiso y baja incertidumbre. Para Mercer (20) los factores que determinan esta transición son la edad de la madre, la percepción de la experiencia del nacimiento, separación temprana del hijo, estrés social, el sistema de apoyo, el auto-concepto y la personalidad de la madre, la enfermedad materna, las actitudes, el temperamento y las enfermedades del recién nacido, la cultura y el nivel socioeconómico. Un estudio (21) más reciente indica que sentirse cómoda con la maternidad durante el período de gestación se correlaciona con la confianza materna y la satisfacción.

Adicionalmente, se ha identificado que un embarazo no deseado puede actuar como moderador negativo de la transición hacia la maternidad (22). Esta situación puede ser crítica para Colombia, donde la ENDS 2015 (7) resalta que el 50.5% de los embarazos ocurridos en los cinco años previos no fueron deseados. Según Maxson (22) las mujeres con embarazos no deseados pueden tener niveles de depresión y de estrés percibido más altos, soporte paterno negativo y más baja auto-eficacia y apoyo social. De igual forma se plantea que la responsabilidad que se genera para con el hijo puede desencadenar sentimientos de impotencia, culpa, pérdida, cansancio, ira y resentimiento en la mujer (20).

Igualmente, como menciona Meleis (1) una extensiva planeación ayuda a crear una transición tranquila y saludable, en este caso, hacia la maternidad. Se ha observado que una adecuada transición hacia la maternidad permite a las madres la construcción de un vínculo que comunica al hijo comodidad, protección y amor lo que favorecerá en la adolescencia y la edad adulta la modificación y construcción de nuevos vínculos significativos, lo que indica que un adecuado vínculo influye directamente en la salud mental de los hijos (23).

Se ha dicho hasta el momento que convertirse en madre se inicia durante la etapa de gestación. De acuerdo a Mercer (4) y a Nelson (5) en este período la mujer experimenta una fase denominada compromiso, apego y preparación. Esta fase se inicia cuando la mujer se embaraza, el embarazo se confirma y la mujer decide continuar con este. Según Mercer (4) en esta fase las mujeres utilizan dos estrategias: prepararse y lidiar con la realidad.

El compromiso se inicia durante el embarazo a través de la búsqueda de información y cuidado para la mujer y el bebé y como menciona Nelson (5) tiene tres componentes importantes: tomar la decisión de ser madre, sentir el apego materno y aceptar la responsabilidad que conlleva ser madre. Para Mercer (4) esta primera etapa tiene implicaciones de largo alcance ya que la participación activa de la mujer en esta fase se ha relacionado con una transición positiva hacia la maternidad. De igual forma, para Lederman (24) un gran compromiso y un involucramiento activo son esenciales para una exitosa transición, además, como indica Rocca (25) el compromiso es un importante factor en la continuación de la gestación.

Esta primera fase del proceso de convertirse en madre como ya se mencionó está constituida por tres conceptos o constructos de los cuales el compromiso con la maternidad y la preparación para la maternidad durante la gestación no han sido desarrollados conceptualmente. Situación diferente se presenta para el concepto de apego materno-fetal, que ha sido desarrollado desde la década de los 80 a partir de la definición de la enfermera Mecca Cranley (26) y el diseño de un instrumento para medirlo. A partir de ahí se han hecho otras aproximaciones conceptuales y se han validado otros instrumentos; pero la definición conceptual de este constructo no se ha hecho bajo ningún método conocido de análisis de concepto; por lo tanto, como indican Chinn y Kramer (27), si el concepto es importante para enfermería, el desarrollo de conocimiento empírico depende del esfuerzo diligente para especificar tan preciso como sea posible la conexión entre el concepto abstracto y la experiencia humana actual.

Adicionalmente, Walker y Avant (28) indican que para que un concepto sea sólido y fuerte debe ser claramente nombrado y definida su función dentro de la teoría para que quien lo vea, o lea pueda entender exactamente que está siendo descrito, explicado o predicho.

Es precisamente debido a la trascendencia del proceso de convertirse en madre y a la necesidad de la adecuación de la experiencia a los constructos definidos que varios autores desde diversas disciplinas han elaborado y validado instrumentos que permitan abordar desde la medición este fenómeno. La mayoría de los instrumentos han sido diseñados para ser aplicados durante el postparto (29-36) y hasta los cuatro años de vida del hijo (37-41) y otros para ser utilizados durante la gestación (24) (26) (42-46).

Por su parte, los constructos más medidos han sido la auto-eficacia materna (29) (36-37) (41) (47-49) basados en la teoría de la auto-eficacia de Bandura (50) quien propone que este aspecto es un juicio sobre la capacidad de desempeñar ciertas tareas; el apego materno-fetal (26) (32-33) (40) (44) (51) cuyo fundamento ha venido de los aportes teóricos de Bowlby (52) acerca del vínculo entendido como una relación emocional cercana entre dos personas que se prodigan mutuo afecto y que mantienen el deseo de estar juntos. Además de estos dos constructos, se han desarrollado instrumentos para medir aspectos como la identificación con el rol (45), la adaptación psicosocial al embarazo (24) (43), el estado funcional (38) (53), la interacción (31) (54), el auto-cuidado (42), la satisfacción (34), la sensación de seguridad (35), la responsabilidad (55) y la calidad de vida (56).

De los instrumentos diseñados para ser aplicados durante el período de gestación se encuentran:

- Pregnancy Self-Evaluation Questionnaire (24) que mide el constructo de adaptación psicosocial al embarazo y fue diseñado por la enfermera Regina Lederman en 1998. De este instrumento existe una versión corta diseñada y validada por Lin (43) en China en el 2008.
- Prácticas de autocuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal (42) que evalúa las prácticas de autocuidado y fue elaborado por las enfermeras colombianas Carmen Ruiz, María Teresa Fajardo y Judith Velandia en el año 2006.
- Maternal Fetal Attachment (26) que igualmente mide el apego materno-fetal y fue elaborado por la enfermera Cranley en 1981.
- Antenatal Emotional Attachment (44) que mide el constructo de apego materno-fetal y fue diseñado por el médico John Condon en 1993.

- Feelings of Motherliness, Conception of the Fetus as a Person, Appropriateness of Fantasies about the Baby-to-be (45) son tres escalas en una que evalúan el constructo de identificación con el rol de la maternidad y fueron desarrolladas por la enfermera Barbara Lippincott en 1980.
- Prenatal Maternal Expectations Scale (46) mide el concepto de expectativas y fue diseñada por los psicólogos Coleman, Nelson y Sundre en 1999.

En la revisión de la literatura no se identificaron instrumentos que hayan sido diseñados y validados; así como traducidos al español para medir los conceptos de compromiso con la maternidad y preparación para la maternidad propuestos en la teoría de convertirse en madre de Ramona Mercer a pesar de que es la única teórica en enfermería que ha abordado el proceso de forma completa e integral y de que esta teoría presenta consistencia interna, relevancia social y teórica, parsimonia y más importante aún, capacidad de prueba (57).

Es claro entonces que la maternidad saludable es importante dentro de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y que las adecuadas condiciones biológicas y físicas durante la gestación no son suficientes para dar cuenta del bienestar de las futuras madres, adicionalmente; es durante el embarazo que se inicia la transición hacia ser madre y lograr un compromiso, apego y una adecuada preparación puede garantizar un tránsito saludable, por lo tanto, se requiere incluir dentro de la atención de las embarazadas por parte de enfermería instrumentos que hayan validado estos constructos para adecuarlos a la experiencia de las mujeres y de esta forma valorarlos para definir posteriormente intervenciones que favorezcan la transición hacia la maternidad que se inicia durante la gestación.

Derivado de todo este contexto problemático que devela la necesidad de suplir con nuevo conocimiento científico los vacíos aquí identificados, surge la pregunta: ¿cuáles son los atributos y las dimensiones que constituyen el compromiso con la maternidad, el apego materno-fetal y la preparación para la maternidad de la teoría Convertirse en Madre de Ramona Mercer durante la gestación?

3. Justificación

Las diferentes políticas, programas y guías de atención alrededor de la maternidad formuladas desde una perspectiva estrecha que consideran que solo la salud física impacta positivamente resultados como la morbilidad obstétrica y la mortalidad materna, no contemplan intervenciones o recomendaciones que favorezcan los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la transición hacia la maternidad. Este tránsito de acuerdo a varios autores (1) (4) inicia durante la gestación y el proceso de convertirse en madre se dará favorablemente si en el período de embarazo la mujer logra comprometerse, apegarse y prepararse para ser madre.

La relevancia social de esta tesis radica en que les da importancia a otros componentes de la salud de la gestante diferentes a los físicos y biológicos y que deben ser incluidos en diferentes políticas, planes o programas orientados a la salud materna. Reconoce a las mujeres gestantes como un grupo poblacional trascendente dentro de las políticas públicas de salud por los riesgos inherentes a la gestación, pero se centra en la principal tarea de toda mujer que transita por el embarazo y es el proceso de convertirse en madre. Un tránsito saludable hacia la maternidad favorece a la mujer porque le genera auto-confianza, eficacia, seguridad, armonía y satisfacción y al hijo porque a través del vínculo creado, el compromiso y la preparación de la madre (58); será el receptor de infinito afecto que permitirá fomentar una mejor salud mental y la creación de relaciones más armónicas con los demás (23).

De otro lado, las mujeres gestantes podrán ser valoradas en aspectos que para la mayoría de los profesionales pasan desapercibidos y es su experiencia en la transición hacia ser madres. Este proyecto permitió desarrollar una herramienta de orden práctico para enfermería que podrá ser utilizada en las consultas rutinarias de atención a las mujeres embarazadas y que favorecerá la identificación temprana de irrupciones en el tránsito hacia la maternidad lo que posteriormente permitirá la formulación de intervenciones enfermeras.

Es relevante teóricamente porque pretendió comprobar la adecuación teórica de la fase de compromiso, apego y preparación del proceso de convertirse en madre de la teoría de Ramona Mercer a la experiencia de las mujeres gestantes de la ciudad de Medellín. Siguiendo a Chinn y Kramer (27) los conceptos o constructos son abstracciones de lo que puede ser observado en la experiencia y requieren

validación empírica para asegurar su adecuación en la representación de la actual experiencia humana; en consecuencia, esta investigación pretendió refinar definiciones operacionales para los conceptos propuestos en la teoría y por consiguiente refinar las relaciones teóricas, ya que el hecho de que estos conceptos no puedan ser medidos directamente no significa que no existan o que no puedan ser evaluados.

Adicionalmente, generó un producto de aplicación práctica y contextual como lo es un instrumento. A pesar de que en la literatura existen varios, la mayoría se encuentran en idioma inglés sin ser validados en ningún otro idioma y los referentes teóricos para su elaboración se derivan de teorías psicológicas o sociales. Como lo plantea Carvajal (59) es clave diseñar y validar instrumentos de enfermería contextualizados culturalmente y no terminar en una traducción o adaptación lingüística.

Finalmente, es relevante para la Enfermería porque pretende contribuir a la práctica profesional. Como indica Durán, “la razón de ser de la enfermería es la práctica y todo conocimiento de enfermería debe tender a solucionar los problemas de la práctica” (60). De igual forma, es importante para la disciplina porque favorece el desarrollo de indicadores empíricos como formas de cuantificar datos y permiten la adecuación operacional de la teoría a los componentes teóricos y conceptuales de la misma tal como lo propone Fawcett (57) en su sistema Conceptual-Teórico-Empírico.

Así mismo, se contribuirá a la medición como un asunto central y una necesidad inherente a la disciplina. Si se toma en cuenta que enfermería basa parte de su conocimiento en las prescripciones e intervenciones de cuidado, medir se convierte en una acción fundamental desde lo epistemológico para fortalecer el cuerpo propio de conocimientos y la visibilidad institucional, social y científica como profesión, como disciplina y como ciencia (27). Por lo tanto, para garantizar el desarrollo, evolución y permanencia de una ciencia es indispensable medir fenómenos de interés a través de la cuantificación con el propósito de describirlos, explicarlos, predecirlos, controlarlos para al final brindar un cuidado con calidad y favorecer la autonomía profesional.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Desarrollar conceptualmente y validar un nuevo instrumento para la evaluación del compromiso con la maternidad, el apego materno-fetal y la preparación para la maternidad durante el período de la gestación a partir de la teoría de Ramona Mercer.

4.2. Objetivos específicos

- Analizar los conceptos de compromiso con la maternidad, apego materno-fetal y preparación para la maternidad durante la gestación propuestos en la teoría convertirse en madre de Ramona Mercer.
- Evaluar la validez y la confiabilidad de un nuevo instrumento para la medición del compromiso con la maternidad, el apego materno-fetal y la preparación para la maternidad durante la gestación.

4.3. Hipótesis

- El instrumento tiene un nivel de confiabilidad igual o mayor a 0.8
- La V de Aiken en la validez de contenido obtiene un resultado igual o mayor a 0.7 en todos los ítems.
- Existe correlación entre los ítems (medida por el test de Bartlett y la medida de Kaiser Meyer Olkin) para realizar un análisis factorial.

5. Marco epistemológico

Convertirse en madre es un proceso que abarca constructos que son abstractos y por lo tanto están mediados por el lenguaje, y son precisamente a través del lenguaje que pasan a ser parte de la realidad de las mujeres que lo experimentan (61).

Según Parra (62) la idea central de la filosofía positivista establece que fuera de los sujetos existe una realidad totalmente hecha, acabada, y plenamente externa y objetiva y que lo cognoscitivo es como un espejo que la refleja dentro de sí. Desde esta postura, ser objetivos, como principio de la tradición cuantitativa es copiar bien esa realidad sin deformarla y el acercamiento a la verdad consiste en la fidelidad de esa imagen interior a la realidad que representa. Siguiendo con esta misma autora se alude que los empiristas establecen como base de todo su principio de verificación que una proposición o enunciado debe ser verificable en la experiencia y en la observación, argumento que responde al objetivo de esta propuesta de investigación.

Visto desde la operacionalización de los constructos, el enfoque apropiado para abordar el fenómeno es el cuantitativo, toda vez que esta tradición siguiendo a Ortiz (63) utiliza técnicas de la medición por la necesidad de comprobar empíricamente los hechos sociales. Y adiciona este autor, el enfoque cuantitativo intenta formular principios generales que permitan generar escenarios donde puedan ser aplicados los resultados a la mayor población posible.

Como indica Creswell el objetivo de una investigación desde la corriente cuantitativa “es desarrollar generalizaciones que contribuyan a la teoría y que permitan obtener mejores predicciones, explicaciones y comprensiones de un fenómeno. Estas generalizaciones se mejoran si la información y los instrumentos usados son válidos y confiables” (64). Por lo tanto, el método elegido para el abordaje del fenómeno está circunscrito en la medición desde un diseño no experimental. La medición se hará desde una estrategia transversal y este punto cobra relevancia por ser la enfermería desde el punto de vista de Polifroni (65) una ciencia aplicada y profesión práctica lo que implica la aplicación práctica de las teorías al quehacer de la enfermera.

De otro lado, el propósito de la propuesta investigativa es comprobar teoría. Como menciona Duran de Villalobos (66) una vez que las teorías han sido construidas, es posible validarlas para descubrir cuál es la precisión del fenómeno y las relaciones descritas por la teoría. Así entonces, en palabras de la misma autora “la investigación para probar teoría suele entenderse dentro de la lógica deductiva” (66) ya que se inicia con un planteamiento derivado de una teoría que es general y abstracta. Pero quien mejor puede plantear este asunto de la comprobación sería Popper (67) con su falsacionismo o su teoría del método deductivo de contrastar. Como indica este autor el método deductivo inicia una vez que han sido planteada una nueva idea, hipótesis o sistema teórico; de estos se extraen conclusiones que se comparan entre sí y con otros enunciados con el objeto de hallar relaciones lógicas.

De acuerdo a Fawcett (57), las visiones de mundo o filosofías de enfermería se orientan a responder la pregunta ¿Qué es la enfermería? Las visiones de enfermería abarcan los reclamos epistemológicos acerca del fenómeno de interés de los fenómenos de enfermería. Estos reclamos proveen alguna información acerca de cómo algo puede ser aprendido en el mundo y como los fenómenos básicos pueden ser aprendidos.

De acuerdo a las visiones de mundo propuestas por Fawcett (57) la que más se ajusta a la propuesta de investigación es la de interacción recíproca. En esta visión los seres humanos son vistos dentro de un contexto de totalidad, son activos y las interacciones con otros seres y el ambiente son recíprocas, el cambio es una función de múltiples factores, es probabilístico, puede ser continuo, la realidad es multidimensional, depende del contexto y es relativa.

Teniendo en cuenta la totalidad en la que son vistos los seres humanos en esta visión, se considera que convertirse en madre durante el período de la gestación como fenómeno de estudio no se desliga del contexto y de una realidad multidimensional. Desde esta perspectiva, la filosofía positivista ofrece la alternativa de explicar esa realidad de una forma objetiva teniendo en cuenta diferentes factores que pueden incidir en ella como el contexto. Adicionalmente, el cambio que puede ser probabilístico como característica de la visión integrativa-recíproca, puede ser abordado desde la filosofía positivista, toda vez que los métodos derivados de esta filosofía, incluyen aquellos que pueden medir el cambio en el tiempo, como los instrumentos o escalas y que se ajustan de manera adecuada al fenómeno de convertirse en madre que cambia y se afecta por el contexto. Agrega Fawcett (57) que bajo la visión interacción-recíproca, los fenómenos objetivos y

subjetivos pueden estudiarse a través de métodos cualitativos y cuantitativos, con énfasis en observaciones empíricas, métodos de control y técnicas de análisis inferencial que derivan de una perspectiva positivista.

Por otro lado, desde los conceptos del metaparadigma de enfermería Mercer (4) plantea que la madre como persona se considera una entidad independiente en interacción con el niño y su compañero u otra persona significativa; la madre influye y se deja influir por ambos y por el ambiente. El entorno se relaciona con el modelo ecológico de Bronfenbrenner esquematizado en tres círculos concéntricos que representan un microsistema conformado por la relación madre-hijo-padre, un mesosistema representado por las organizaciones sociales más cercanas a la madre como la escuela, el trabajo; entre otras; y un macrosistema que hace alusión a lo cultural y político que determina y afecta el proceso de convertirse en madre.

La salud para Mercer se considera un objetivo deseable para el hijo y el cuidado durante la época de fecundidad y crianza que está influenciado por variables maternas e infantiles.

La enfermería es una profesión que mantiene una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el proceso de convertirse en madres. Esta profesión tiene la responsabilidad de promover la salud de familias y niños.

Estos conceptos metaparadigmáticos son tenidos en cuenta en esta tesis por cuanto lo que se buscaba era saber que elementos de la mujer y del contexto se relacionaban con el proceso de convertirse en madre y desde ahí, el análisis de los conceptos brindaba una herramienta fundamental porque permitía identificar los atributos que conformaban cada concepto y en su estructura se esperaba que dieran cuenta de los conceptos de persona, o sea, la mujer y del ambiente o contexto.

De otro lado, la salud y la enfermería puestos en esta tesis, se relacionan con lo que se considera debe ser el resultado de esta primera fase del proceso de convertirse en madre a partir de la conceptualización de los tres constructos: compromiso con la maternidad, preparación para la maternidad y apego materno-fetal y la forma en que la enfermera debe valorar e intervenir en las mujeres gestantes para contribuir a mejorar estos tres elementos del proceso de convertirse en madre.

6. Marco teórico

6.1. La maternidad dentro de las políticas de salud sexual y reproductiva

Este componente reproductivo reviste gran importancia al configurarse como prioridad en diferentes políticas y planes de salud nacionales e internacionales. La ONU planteó dentro de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (9) mejorar la salud materna donde las metas planteadas incluyeron la disminución de la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (10) contempla como una de sus dimensiones la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos. En el componente de prevención y atención integral se plantearon como objetivos garantizar el más alto nivel de la salud sexual y reproductiva y desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención pre-concepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos (11) como estrategia para operacionalizar la misma dimensión del Plan Decenal de Salud Pública se hizo oficial en el 2014. Dentro de las estrategias y acciones planteadas se identifica algunas que se relacionan con el tema de la atención reproductiva como la promoción de los mejores servicios de salud sexual y reproductiva posibles con base en evidencia, organizar la prestación de los servicios que incluyan los componentes de la atención para la aproximación al ser humano en su condición de integridad.

Por otra parte, dentro de todas estas políticas y planes se ha entendido la maternidad como segura o saludable. Este concepto ha sido reconocido en cada región del mundo como un aspecto del desarrollo humano y desde los derechos sexuales y reproductivos, como el disfrute del más alto nivel de salud posible (12). Está relacionado exclusivamente con asuntos patológicos derivados de asuntos físicos o biológicos para evitar un único desenlace que es la mortalidad materna, y así se concluye según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) (2) cuando incluye como pasos para que una maternidad sea saludable un efectivo cuidado prenatal, un adecuado control del trabajo de parto, un seguimiento oportuno del

postparto, empoderar a la mujer y brindar servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y con calidad.

6.2. La maternidad en el sistema de atención en salud

El Artículo 43 de la Constitución Política de Colombia de 1991 (68) reza que toda mujer durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado. La Ley 100 de 1993 (69) definió en el sistema de seguridad social en salud en el Artículo 157 que las mujeres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia tendrán prioridad para ser afiliadas al régimen subsidiado de salud. En el Artículo 166 define la atención materno infantil indicando que dentro del plan obligatorio de salud a las mujeres embarazadas se les cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia materna.

Posteriormente, la Ley 1122 del 2007 (70) reformó algunos elementos de la Ley 100 e indicó en su Artículo 33 que el Gobierno Nacional debía definir el Plan Nacional de Salud Pública e incluir acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna. Dicho Plan Nacional de Salud Pública fue posteriormente sustituido por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En el año 2014 se realiza una nueva reforma a la salud por medio de la Ley 1438 del 2014 (71) y en su Artículo 17 menciona la atención preferente e indica que el plan de beneficios incluirá una parte diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades por ciclos vitales e incluye la primera infancia desde la gestación hasta los seis primeros años de vida. La Ley Estatutaria 1751 del 2015 (72) convierte a la salud en un derecho fundamental y prescribe en su Artículo 11 que las mujeres en estado de embarazo gozarán de especial protección y se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante este periodo y con posterioridad al mismo.

En relación a la dinámica de atención a las mujeres gestantes, el primer acercamiento se dio con la Norma Técnica para la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo normada por medio de la Resolución 412 del 2000 (73). Como actividades del control prenatal se contempla dentro de la anamnesis la valoración de condiciones psicológicas y sociales tales como la tensión emocional, el humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de pareja y si el embarazo fue deseado o planeado. En las actividades educativas que se contemplan adicionales a las demás actividades de atención se incluye el fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.

Años más tarde, saldrían las primeras guías de práctica clínica para la atención de los eventos obstétricos más prevalentes. Entre estas guías se desarrolló la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (74). En esta se contemplan recomendaciones para los cambios físicos y biológicos de la gestación y de una forma limitada para los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la maternidad. Para estos últimos cambios, la Guía propone valorar el riesgo psicosocial entendido este como aspectos relacionados con el estrés y la depresión y utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial.

Así mismo, en la Guía de Cuidado de Enfermería en la Detección del Riesgo Psicosocial (14) los aspectos abordados incluyen el desplazamiento, el apoyo familiar y social, el estrés laboral, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, la depresión, las etnias, los trastornos de la conducta alimentaria y el riesgo de suicidio y propone como intervenciones de enfermería la identificación de los factores de riesgo que puedan llevar a cada una de estos aspectos. Diseñaron un instrumento de detección del riesgo a la cual le realizaron pruebas de confiabilidad y validación de contenido, pero no se reportan los resultados estadísticos. En ninguno de los aspectos abordados se visualiza la transición a la maternidad.

De igual forma, la Guía de Cuidado de Enfermería en el Control Prenatal (15) incluye la aplicación de un instrumento para valorar el autocuidado durante la gestación, denominado “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal” pero no se ven reflejadas dentro de las recomendaciones actividades enfocadas a acompañar a la mujer en el proceso de convertirse en madre.

Finalmente, el Modelo Integral de Atención en Salud planteado en la Política de Atención Integral en Salud, dispuso la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud. La resolución 3280 del 2018, definió la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal en la que contempla como intervenciones individuales, el control prenatal y los cursos de educación y preparación para la maternidad y la paternidad. (75)

6.3. Cambios durante la gestación

La gestación se entiende como el proceso de crecimiento y desarrollo del feto al interior del útero de la mujer y el embarazo es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Durante este período se producen cambios significativos a nivel fisiológico, metabólico e incluso anatómico en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. (3) A pesar de esta diferencia, se utiliza de manera indiscriminada el término gestación o embarazo.

Desde una perspectiva antropológica, la gestación se considera una época de crecimiento rápido, de transformación y del más arriesgado desarrollo que pueda tener una persona en la vida. Lo que suceda durante este periodo que tendrá efecto cognitivo y psicosocial posteriormente, está influenciado por el contexto social en el que se desarrolle. Este período está relacionado con la salud de la madre, las costumbres culturales en relación a la salud y a la enfermedad y otros diferentes comportamientos. (Miranda, L. Aproximación antropológica a la cultura prenatal: conceptos y teorías para una aplicación en el País Vasco. Zainak. 2012. 35:215-236)

Para la psicología, la gestación representa la propia historia de vida de la mujer en relación a la maternidad, ya que, en este proceso, se ve nuevamente como hija y como receptora de deseos y actos generados por su madre. Adicionalmente, se considera que la mujer durante la gestación al pensar en su hijo, en sus expectativas como madre y sobre todo en el deseo de tenerlo, genera la apertura de un espacio psíquico dentro de ella en el que dará cabida a un nuevo ser. (Rio M, Guerra H. Abordaje psicoanalítico de la relación madre-hijo durante el embarazo y la forma en que esta afecta el desarrollo psicoafectivo del niño. Tesis. Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Bogotá. 2016)

Según Maldonado et al (3), la gestación trae consigo dos cambios principales: los físicos y biológicos y los psicológicos y sociales. Dentro de los cambios físicos estos pueden ser fisiológicos y anatómicos y se dan para responder a las necesidades metabólicas incrementadas durante este período y por las necesidades de desarrollo del feto. Se cuentan dentro de los principales cambios biológicos: los cardiovasculares como el incremento del volumen cardíaco entre el 20% y el 30%, los respiratorios como el elevamiento del diafragma, los cambios endocrinos como la secreción de prolactina para la preparación a la lactancia materna, los hematológicos como el incremento de los glóbulos rojos, los renales como el incremento del tamaño de los riñones y los gastrointestinales como el retardo en el vaciamiento gástrico, náuseas, vómito y estreñimiento (76).

Quizás uno de los cambios más importantes para las mujeres durante la gestación es la modificación en su imagen corporal. De acuerdo a la metasíntesis de Hodgkinson (77) las mujeres perciben que el cuerpo embarazado está fuera de su control y transgrede los ideales socialmente construidos de los cuales ellas tratan de proteger su imagen corporal. De otro lado, el embarazo representa para Attrill (78) un reto mayor para la función psicológica de la mujer. Los cambios psicológicos durante el embarazo se han descrito como tareas del desarrollo. Para esta autora, estos cambios incluyen relacionar el feto como parte suya y posteriormente la separación de este, verse como madre y prepararse para el parto.

Los cambios psicológicos que se presentan en la etapa de gestación incluyen también la ansiedad. Según Deklava (79) puede desarrollarse por el temor a lo desconocido, el estrés y sensación de desarraigo. Así mismo, dentro de los cambios psicológicos se plantean cambios en el auto-concepto de la mujer, ya que para Darvill (80) las mujeres sienten que han perdido algo de control sobre sus vidas y esta sensación al parecer se da durante el primer trimestre de gestación.

Agrega esta autora, que el territorio desconocido del embarazo crea una necesidad de un mentor que ayude a guiar a la mujer durante esta transición hacia la maternidad. Situación que se ve confirmada por el estudio de Teeffelen (81) donde las mujeres expresan la necesidad de un soporte profesional cuando están en la transición hacia la maternidad. De acuerdo a los resultados del estudio de esta autora, las mujeres quieren soporte emocional e informativo de las enfermeras que incluya la evaluación de cambios físicos y psicológicos durante la gestación. Igualmente, agrega que las mujeres expresan un fuerte deseo de ser informadas

durante la gestación de cómo prepararse psicológica y físicamente para el parto, la recuperación o postparto y la maternidad.

Como indica Maldonado (3) la gestación trae consigo tareas psicológicas y sociales entre las que se cuenta como la más importante la transición a la maternidad. Esta transición involucra una serie de modificaciones y ajustes en el pensar, en el sentir y en los hábitos de la vida diaria. El proceso de la maternidad que inicia durante la gestación cobra relevancia ya que de acuerdo a Maldonado (3) la mayoría de las veces un embarazo puede interpretarse como un suceso positivo y de felicidad, pero aún bajo este imperativo la etapa gestacional conlleva cambios que la futura madre debe afrontar para garantizar una transición adecuada, entre los que se cuenta creer que es un período de sólo alegría.

6.4. Teorías acerca de la maternidad

El ser madre ha sido explicado por distintas teorías. Entre estas se encuentran El Logro del Rol Materno propuesto por la enfermera Reva Rubin (16), La Adopción del Rol Materno planteada por la enfermera Ramona Mercer (4), Convertirse en Madre de Ramona Mercer (4) como una evolución de su anterior propuesta teórica, La Constelación de la Maternidad elaborada por el psiquiatra Daniel Stern (18) y los seis estadios de la paternidad de Ellen Galinsky (17). Se abordarán solo aquellas relacionadas directamente con la propuesta de investigación.

6.4.1. Logro del rol materno.

En 1967 la enfermera Reva Rubin (16) planteó su teoría del Logro del Rol Materno como un proceso en el que las mujeres logran una identidad del rol maternal. Para esta autora este proceso comienza durante la gestación y tiene varios estadios sucesivos que denominó imitación, juego de roles, fantasear, introyección-proyección-rechazo e identidad. Según Rubin, las mujeres se mueven de buscar información y observaciones imitadoras a buscar información de modelos expertos, asumiendo roles y fantaseando acerca de ella misma como madre. Las mujeres introyectan los comportamientos observados de otras, proyectan como estos comportamientos serían en ellas y rechazan los comportamientos que juzgan como inapropiados para ellas. Un ideal de ellas mismas como madres es construido desde su extenso trabajo psicológico y social durante el embarazo y postparto y a través de este ideal o de esta imagen la identidad materna es incorporada dentro de su

propio sistema. Un trabajo de duelo acompaña el proceso de los roles o partes de su vida que son incompatibles con la maternidad y que son abandonados.

Posteriormente, indicó que la identidad materna debía ser entendida como una incorporación inseparable en la personalidad completa de la mujer, por lo tanto, es más que un rol que puede ser incorporado o retirado una y otra vez. Indicó que la importancia de las tareas durante la gestación es establecer la matriz cualitativa de comportamientos maternos que incluyen asegurar un pasaje seguro para ella y el bebé, buscar aceptación y soporte para ella y el bebé, unión a su hijo y entrega de sí misma. Más adelante, esta autora modificó dos de sus conceptos iniciales del proceso. Reemplazo los conceptos de imitación y juego de roles por replicación y los de introyección-proyección y rechazo fueron reemplazados por el concepto de desdiferenciación.

6.4.2. Adopción del rol materno.

En la década de los 80 y los 90 la enfermera y teórica Ramona Mercer (4) planteó la teoría de mediano rango de enfermería denominada Adopción del Rol Materno en la que propuso que las mujeres en su transición al rol maternal experimentan cuatro estadios progresivos y continuos denominados anticipación, formal, informal y personal. La anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos del embarazo. El estadio formal empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación.

Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre. El estadio informal inicia cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros. El estadio personal o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol y es caracterizado por una sensación de armonía, confianza, satisfacción en el rol maternal y vínculo hacia su hijo. Ella siente una congruencia entre ella y como los otros aceptan su desempeño en la maternidad.

Para Mercer La Adopción del Rol Materno es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y gratificación con el rol. Por su lado la identidad materna la define como una visión interiorizada de sí mismas como madre.

La teoría de Mercer tuvo influencias de otras teorías como la del Rol de Mead (82), la del Núcleo del Yo de Turner (83) y uno de los más importantes fue el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (84). Adicionalmente, su modelo adoptó los círculos de Bronfenbrenner (85) para explicar cómo el macro-sistema, el meso-sistema y el micro-sistema influyen en el proceso de adopción del rol materno. El micro-sistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés.

El micro-sistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal. El meso-sistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el micro-sistema. Las interacciones del meso-sistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño. El meso-sistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata. El macro-sistema por su parte hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia particular transmitida.

El macro-sistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno origina el macro-sistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macro-sistema.

Mercer realizó varios estudios (4) (20) en los que pretendió identificar las variables asociadas a la adopción al rol materno. Entre las variables estudiadas incluyó la edad de la madre, percepción de la experiencia del nacimiento, separación temprana entre el hijo y la madre, estrés social, apoyo social, rasgos de personalidad, auto-concepto, actitudes hacia la crianza, percepciones del niño, tensión del rol y estado de salud. También identificó algunas variables relacionadas con el hijo que pueden afectar el rol materno como el temperamento, la apariencia, la sensibilidad y el estado de salud.

6.4.3. Convertirse en madre.

En el año 2004 Mercer (4) realiza una modificación del nombre de su teoría y la denomina Convertirse en Madre y, además modifica sus cuatro estadios iniciales y los renombra de la siguiente manera: a) compromiso, preparación y vínculo; b) conocimiento, práctica y recuperación física; c) normalización e d) integración de la identidad materna. Para Mercer, aunque el último estadio de la adopción del rol materno es lograr la identidad materna, la transformación dinámica y el involucramiento de la mujer como persona no son capturados por la teoría de adopción del rol pues no incluye la expansión continuada del ser como madre.

En esta nueva teorización se reafirma que la transición a la maternidad es un intenso compromiso y un involucramiento activo que comienza antes o durante la gestación, cuando las mujeres comienzan su preparación a través de la búsqueda de información y el cuidado de ella y el bebé.

Para Mercer (4) los tiempos para alcanzar los tres últimos estadios son altamente variables y son influenciados por variables maternas y del hijo y el contexto del ambiente social. Por su lado, el estadio de compromiso, vínculo y preparación en el cual la mujer empieza su trabajo de convertirse en madre tiene grandes implicaciones. El involucramiento activo de la mujer durante esta etapa ha sido consistentemente vinculado a una adaptación positiva a la maternidad.

La madre gasta mucho tiempo en el conocimiento, aprendizaje y recuperación física ya que está aprendiendo acerca de su recién nacido y buscando semejanzas, integridad y funcionamiento de sus partes corporales. Ella estudia las respuestas de su hijo a ella y a los otros, y es a través de la práctica del ensayo y el error como ella aprende el confort y el cuidado para su hijo.

En la etapa de normalización, la mujer comienza a estructurar su maternidad para ajustarla dentro de ella y su familia de acuerdo a sus experiencias pasadas y metas futuras. Ella se ajusta a los cambios en las relaciones con su pareja, su familia y sus amigos. Muchas reestructuraciones cognitivas ocurren y ella aprende claves de su hijo y que es lo mejor para este y se acomoda a su nueva realidad.

En el logro de la identidad materna, la mujer ha establecido un conocimiento íntimo de su hijo tanto que ella se siente competente y confiada en sus actividades de madre y siente amor hacia su hijo; en otras palabras, ella se ha instalado como madre. La mujer experimenta una transformación de su ser convirtiéndose en madre y su ser se expande para incorporar una nueva identidad y asumir la responsabilidad por su hijo y el mundo futuro del mismo.

6.5. Factores que se asocian al proceso de convertirse en madre

Teniendo en cuenta que durante la gestación se inicia el proceso de convertirse en madre, Choi (19) buscó identificar cuáles variables entre la incertidumbre, el apoyo social, la autoeficacia y el compromiso explicaban mejor la adaptación psicológica y social en el embarazo en mujeres chinas y concluyó que un alto apoyo social, una alta auto-eficacia, un alto compromiso en el embarazo y una baja incertidumbre se asocian con una mejor adaptación social y psicológica durante la gestación.

De acuerdo con Mercer (20) los factores que se relacionan con esta transición son la edad de la madre, la percepción de la experiencia del nacimiento, separación temprana del hijo, estrés social, el sistema de apoyo, el autoconcepto y la personalidad de la madre, la enfermedad materna, las actitudes, el temperamento y las enfermedades del recién nacido, la cultura y el nivel socioeconómico.

Para Mercer (4) los patrones de autorreporte de comportamientos maternos, sentimientos de vínculo hacia el bebé y competencia materna no difieren por grupos de edad, aunque sus niveles de logro del rol materno difieren. El estudio de Tyrlik (86) indica que la edad, la relación con el compañero, las experiencias previas de gestación, planear la gestación se relacionan significativamente con las emociones positivas durante el primer mes de gestación. Al sexto mes, adicional a los factores mencionados, el apoyo social y la evaluación subjetiva del estado de salud también se relacionaron con las emociones positivas. Agrega el autor que las emociones positivas fueron menos frecuentes en las mujeres sin compañero y en las mujeres que no se sentían saludables. La mejoría más alta entre el primer mes y el sexto mes se observó en el grupo de mujeres que no habían planeado su gestación y sin compañero y le peor mejoría se observó en el grupo de mujeres sin apoyo social.

De igual forma, Scolari (87) identificó en su estudio de gestantes adolescentes que la prevalencia de estrés emocional fue del 32.6% y estuvo asociado a la clase social baja, malas relaciones con la madre, no aceptación de la gestación por el padre y

ausencia de apoyo familiar durante la gestación. Así mismo reporta que la prevalencia de baja auto-estima fue de 15.4% y estuvo asociada a una mala relación con la madre y no tener una persona confidente.

Mortazavi (88) observó en su estudio de estado psicológico materno durante la transición a la maternidad que la multiparidad, el cuidado de otros miembros de la familia, los problemas financieros y la ansiedad acerca de la salud personal y del feto fueron los predictores de los problemas de salud psicológicos en el tercer trimestre. Un estudio realizado en Japón por Nakamura (21) indica que el confort con la maternidad durante el período de gestación se correlaciona con la confianza materna y la satisfacción especialmente en mujeres primíparas. Entre los dominios específicos de las escalas aplicadas, esta autora identificó que la sub-escala de madre en el confort se correlacionó con la sub-escala de habilidades en el postparto.

También se ha identificado que un embarazo no deseado puede actuar como moderador negativo de la transición a la maternidad. Según Maxson (22) las mujeres con embarazos no deseados tuvieron niveles de depresión y de estrés percibido más altos, soporte paterno negativo y más baja auto-eficacia y apoyo social.

Así mismo, Goto (89) indicó en su estudio en mujeres japonesas y vietnamesas que los factores que se asociaron a la ausencia de confianza maternal fueron ser madres por primera vez y una gestación no planeada en las mujeres japonesas y ser adolescente en las mujeres vietnamitas. Pero los efectos de las gestaciones no deseadas también se observan en los hijos a lo largo del tiempo.

Para Russo (90) un niño que no fue deseado durante la gestación tiene un alto riesgo de desenlaces negativos en la vida adulta como problemas mentales, una baja probabilidad de tener una familia segura, pobre desenlace en la escuela y rechazo por los compañeros; además de comprometerse en comportamientos criminales y tener matrimonios inestables.

Igualmente se ha observado que una adecuada transición permite a las madres la construcción de un vínculo que comunica al hijo confort, protección y amor lo que favorecerá en la adolescencia y la edad adulta la modificación y construcción de nuevos vínculos significativos, lo que indica que un adecuado vínculo influye

directamente en la salud mental de los hijos (23). De acuerdo al estudio de Goto (89) una alta autoeficacia se asoció de manera significativa con la reducción del riesgo de no tener confianza maternal en la crianza de los hijos.

De acuerdo a Meleis (1) una extensiva planeación ayuda a crear una transición tranquila y saludable. Al mismo tiempo esta teórica considera tres indicadores que permiten dar cuenta de una transición saludable: primero; una sensación subjetiva de bienestar que incluye un afrontamiento efectivo, un manejo de las emociones y una sensación de dignidad, integridad personal y calidad de vida; segundo; maestría en los nuevos comportamientos que denota logro en las habilidades del rol desempeñado y confort con los comportamientos requeridos en la nueva situación. La maestría tiene varios componentes entre los que se cuentan la auto-confianza y la competencia; y tercero; un bienestar en las relaciones interpersonales que incluye la adaptación e integración familiar, mayor aprecio y cercanía e interacciones significativas.

6.6. Compromiso, apego materno-fetal y preparación para la maternidad durante la gestación

Convertirse en madre se inicia durante la etapa de gestación. De acuerdo a Mercer (4) y a Nelson (5) en este período la mujer transita una fase denominada compromiso, apego materno-fetal y preparación. Se inicia cuando la mujer se embaraza, el embarazo se confirma y la mujer decide continuar con este. Según Mercer (4) en esta fase las mujeres utilizan dos estrategias: prepararse y enfrentarse con la realidad.

El compromiso inicia durante el embarazo con la preparación a través de la búsqueda de información y cuidado para la mujer y el bebé y, según Nelson (5) tiene tres componentes importantes: tomar la decisión de ser madre, sentir el vínculo materno y aceptar la responsabilidad que conlleva ser madre.

Para Mercer (4) esta primera etapa tiene implicaciones de largo alcance ya que la participación activa de la mujer en esta fase se ha relacionado con una transición positiva hacia la maternidad. De acuerdo a Lederman (24) un gran compromiso y un involucramiento activo son esenciales para una exitosa transición y como indica Rocca (25) el compromiso es un importante factor en la continuación de la gestación.

6.6.1. Compromiso con la maternidad.

Para Brickman (91), el compromiso tiene tres elementos, uno positivo, uno negativo y un vínculo entre ambos. Cuando el elemento negativo es saliente, la manifestación psicológica es la persistencia, mientras que para el elemento positivo es el entusiasmo. La persistencia es un comportamiento que se caracteriza porque las personas continúan a pesar de su sensación de estar haciendo sacrificios; por su parte el comportamiento de entusiasmo es caracterizado porque las personas promulgan sin ambivalencia el costo de sus comportamientos. Para este autor, el compromiso es conceptualizado dialécticamente unido a cambios cognitivos y afectivos y además argumenta que este se desarrolla a lo largo del tiempo en cinco estadios; el desarrollo del compromiso sigue unos patrones característicos en los cuales una motivación positiva temprana e irreflexiva es retada y eventualmente reemplazada por diferentes formas de motivación que integran los elementos negativos del desafío.

De otro lado, el compromiso ha sido un constructo empleado en literaturas diferentes para describir los sentimientos que alguien tiene acerca de una relación o acerca de una actividad en la que ha tomado lugar. El compromiso para Felson (92) suena más envolvente y hace un mejor trabajo que lo hecho por sus correlatos semánticos de participación, interacción y comunicación interpersonal. Fredricks (93) considera que el compromiso es de naturaleza multifacética y la literatura lo configura en tres vías: a través de los comportamientos que se basa en la idea de la participación; por medio de las emociones que engloba reacciones positivas y negativas y a través de la cognición que se fundamenta en la idea del involucramiento e incorpora la atención y la complacencia de realizar el esfuerzo necesario para comprender ideas complejas y dominar habilidades difíciles.

Cabe señalar que en el terreno de la maternidad Nelson (5) indicó en su metasíntesis que el compromiso emergió como el proceso social primario en la transición a la maternidad. La metasíntesis reveló que solo a través de hacer un compromiso con los cuidados maternos, experimentando la presencia del niño y estando activamente involucrada en el cuidado infantil hace que una mujer se abra a sí misma la oportunidad de crecer y ser transformada.

Entre los estudios incluidos varios autores utilizaron la palabra compromiso para describir la transición a la maternidad. Esta autora en su metasíntesis delimitó cinco categorías temáticas con 13 temas subyacentes. La primera categoría temática fue

el compromiso y este está configurado de acuerdo al análisis de Nelson por el hecho de tomar la decisión de ser madre, sentir el vínculo con el bebé y aceptar la responsabilidad (5).

Tomar la decisión de ser madre se identificó como una característica definitoria en el compromiso personal hacia la maternidad. El compromiso con la maternidad comienza con la decisión de convertirse en madre a través de una gestación planeada o la adopción o por la decisión de continuar una gestación no planeada. El compromiso de una mujer con la maternidad parece estar reforzado en el postparto temprano por el crecimiento de la experiencia del apego materno-infantil (5).

Por su parte, los sentimientos de responsabilidad comienzan durante la gestación y tienden a precipitarse por los hitos que hacen que el bebé parezca más real tales como una ecografía, las patadas del bebé en el vientre o si la gestación estuvo amenazada. Las mujeres sienten que ellas deben cuidarse por el bien de sus hijos y prepararse para el trabajo de parto, el parto y la maternidad usando una variedad de recursos. La llegada de un niño dependiente a la vida de la mujer estimula un sentimiento mayor de responsabilidad que el que había iniciado en la gestación (5).

DeLuca (94) midió el compromiso con la gestación como mediador de las prácticas en salud de mujeres gestantes de alto riesgo. En su estudio definió cinco ítems que configuraban el compromiso e identificó que el compromiso se relacionó con mejores prácticas de cuidado prenatal cuando la gestación fue deseada y concluyó que este se mantuvo como el predictor más fuerte de las prácticas de cuidado prenatal.

6.6.2. Apego materno-fetal.

La vinculación entre una madre y su hijo puede ser entendida en dos vías. Una denominada vínculo que es el que desarrolla el niño orientado hacia su madre y otra es el apego materno-fetal que es el que construye la madre hacia su hijo no nacido, aunque es común encontrar en la literatura un uso inespecífico de ambos constructos. En inglés el concepto para referirse al primer caso es “attachment” y en el segundo caso es “bonding”.

El comportamiento de vínculo ha sido definido por Bolwby (95) como buscar y mantener proximidad de otro individuo. Ninguna forma de comportamiento está acompañada por el más fuerte sentimiento que el comportamiento de vínculo. El vínculo es para autor el que desarrolla el niño hacia su madre y tiene seis patrones de comportamiento: succionar, aferrarse, seguir, llorar, reir y llamar. Llorar y reir tienden a llamar la atención de la madre hacia el niño y mantenerse cerca de él. El seguir y el aferrarse tienen el efecto de traer el niño hacia la madre y mantenerse cerca de ella.

El desarrollo del vínculo se da en varias fases: orientaciones y señales con limitada discriminación de la figura; orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas; mantenimiento de la proximidad a una figura discriminada por los medios de la locomoción, así como señales y formación de una relación corregida como meta. Adicionalmente los niños pueden ser clasificados en patrones de vínculo así: seguramente vinculado a su madre, ansiosamente vinculado a su madre y por evitación y ansiosamente vinculados a su madre y resistentes (95) (96).

Así entonces, el tipo de cuidado que un niño recibe de su madre juega un papel fundamental en determinar el camino en el cual su comportamiento de vínculo se desarrolla. Una vez que el niño está fuertemente vinculado a una figura particular, el tiende a preferir esa figura que a otros y tal preferencia tiende a persistir a pesar de la separación (95).

Para Condon (44), el apego en el adulto; que es el que por ende se da en la mujer que va a ser madre; es de naturaleza jerárquica y postula este autor que el núcleo de la experiencia del vínculo es el amor. El segundo nivel comprende cinco experiencias subjetivas que derivan de la experiencia del amor y que median entre esta experiencia central y comportamientos abiertos. El fenómeno en este segundo nivel puede ser considerado como disposición o necesidad de expresar la experiencia central en comportamientos abiertos.

La disposición de conocer se asemeja con una curiosidad acerca de la naturaleza del objeto amado y, en el caso del feto, una necesidad de elaborar las características de su imagen. Esta necesidad encuentra expresiones en los comportamientos de búsqueda de información. La disposición de estar con, representa el deseo de interactuar con el objeto y el disfrute y satisfacción derivada de eso. Los padres expectantes comúnmente interactúan con sus fetos a través de

la palpación o hablándoles. La disposición de evitar la separación o la pérdida se incrementa naturalmente a causa de la aflicción experimentada acerca de tal separación o pérdida. La intensidad de la pérdida será en proporción a la fuerza del vínculo (44).

La cuarta disposición, a saber, proteger el objeto de las influencias que pueden poner en peligro su existencia o causar daño, puede o no ser expresada en comportamientos protectores. La disposición final refleja el deseo de ser capaz de identificar y satisfacer los deseos del objeto. Existe frecuentemente una calidad altruista en tal gratificación, las necesidades del objeto trascienden en importancia las necesidades de uno mismo. La fuerza del apego puede ser estimada por la fuerza o frecuencia de las siguientes experiencias subjetivas: placer en la proximidad, tolerancia, necesidad de gratificación y protección y adquisición de conocimientos (44).

En su método de análisis de concepto basado en principios, Bicking y Hupcey (97) indicaron que el apego materno (bonding) se refiere a la vinculación de la madre al infante y limitado a un dominio afectivo. Es un proceso impulsado por la madre que ocurre principalmente a través del primer año de vida de vida del hijo, pero puede continuar a través de la vida. Es un estado afectivo de la madre; los sentimientos maternos y emociones hacia el niño son los indicadores primarios del vínculo materno. Algunas de las consecuencias maternas de un pobre vínculo materno incluyen ausencia de sentimientos maternos, irritabilidad, hostilidad y rechazo hacia el hijo. El éxito o el fracaso en el establecimiento del vínculo entre la madre y el hijo puede tener efectos a largo plazo para la díada.

Hayes (98) considera que el amor maternal no acompaña automáticamente el nacimiento de un hijo. Una gran parte de este se desarrolla gradualmente como una de las tareas que debe ser lograda durante la gestación y agrega que el cuidado de las enfermeras hacia la madre y el niño se concentra en tratar satisfacer necesidades físicas que no advierten cambios en el proceso de vinculación que puedan requerir intervenciones.

Según Muller (99), el apego es un elemento clave en la experiencia de la gestación ya que tiene algunas características únicas. El apego prenatal fue definido por esta autora como “una relación única y afectuosa que se desarrolla entre una mujer y su

feto". Indica que en este apego existen interrelaciones entre el apego con el compañero, la adaptación a la gestación y el apego hacia el feto.

Cranley (26) plantea también que el apego inicia durante la gestación como resultado de eventos fisiológicos y psicológicos dinámicos. Hay un cambio cualitativo en la relación de la madre con su hijo hasta el tiempo de su nacimiento, pero no significa que este momento sea el inicio de su relación. Por más de cinco meses la mujer ha tenido conciencia física y kinestésica del feto y conocimiento intelectual del mismo. Define el apego durante esta etapa como "el grado en el cual una mujer se ocupa en comportamientos que representan una afiliación e interacción con su hijo no nacido". (26)

La más reciente conceptualización del apego prenatal ha intentado combinar enfoques emotivos, comportamentales y cognitivos visualizados en la definición de Doan y Zimmerman: "el apego prenatal es un concepto abstracto que representa la relación de afiliación entre una madre o un padre y el feto, el cual esta potencialmente presente antes de la gestación, está relacionado con habilidades cognitivas y emocionales para conceptualizar otro ser humano, y se desarrolla dentro de un sistema ecológico" (100). Así mismo, el apego materno-fetal actúa como facilitador de la transición a la maternidad, representando al mismo tiempo, evidencia de la transición en sí misma (101).

De otro lado, se han identificado factores que se relacionan con el apego materno. En la revisión sistemática de 41 estudios sobre apego prenatal, Cannella (102) identificó que las variables psicosociales más estudiadas en relación a este constructo han sido el apoyo social, las relaciones con los demás, la auto-estima y el auto-concepto, la sensación de dominio y variables de salud mental como ansiedad, depresión, estrés, angustia y afrontamiento, concluyendo que se requieren estudios más consistentes que evidencien una correlación entre estas y el vínculo prenatal. De igual forma, algunas variables sociodemográficas como la edad, el número de hijos, el nivel educativo, el nivel de ingresos y la raza han sido estudiadas en busca de relaciones con el constructo, pero la autora concluye lo mismo.

Para Malus, (103) existe una relación entre las actitudes hacia el propio cuerpo durante el embarazo y la calidad del vínculo prenatal. En su estudio con 200 mujeres identificó que las mujeres que estuvieron fuertemente vinculadas con su hijo por

nacer también estuvieron más satisfechas con sus cambios corporales. En su revisión sistemática acerca de los factores que se relacionan con el apego materno-fetal, Alhusen (104) identificó que la ecografía no lo incrementaba, pero si la edad gestacional en la medida en que van apareciendo los primeros movimientos del feto. De igual forma, encontró que la ansiedad durante la gestación y el consumo de drogas ilícitas afectan la vinculación de la mujer con su bebé aún no nacido.

Igualmente, los instrumentos diseñados para medir el constructo de apego materno-fetal están basados en la idea de que la relación con el feto es manifestada en comportamientos, actitudes, pensamientos y sentimientos que demuestran cuidado y compromiso con el feto incluyendo comer bien, abstenerse de fumar y consumir licor, acariciarse el vientre, hablándole al bebe, preparación física, hablando con la pareja acerca del futuro del bebe, eligiendo un nombre y obteniendo información acerca del desarrollo del bebe. Los pensamientos y sentimientos incluyen tratar de imaginar el bebé en desarrollo como luce, tener sentimientos de amor y ternura versus sentirse irritada, sentirse emocionalmente cerca versus emocionalmente distante. (105)

El primer instrumento desarrollado fue el Maternal Fetal Attachment Scale por la enfermera Mecca Cranley (26), posteriormente en 1993, el psicólogo John Condon (44) construyó el Maternal Antenatal Attachment Scale basado en la idea de que el instrumento de Cranley estaba más relacionado con la percepción de la mujer sobre su embarazo y el rol de la maternidad.

Por la misma época, la enfermera Mary Muller (99) desarrolló el instrumento denominado Prenatal Attachment Inventory basado en la adaptación a la gestación y la literatura sobre el vínculo y describe la afiliación con el feto a través de sentimientos y pensamientos. A pesar de ser estos tres instrumentos los más usados, se han construido otras escalas tales como el Prenatal Tool, el Modified Maternal Fetal Attachment, el Antenatal Maternal Attachment Scale y el Pregnancy Involvement List. (105)

6.6.3. Preparación para la maternidad.

Para Meleis (1), la preparación junto con el conocimiento son facilitadores de las transiciones. La preparación anticipada facilita la experiencia de la transición, mientras que la ausencia de esta es un inhibidor. Agrega que el conocimiento es

inherente a la preparación y habla de lo que se espera durante la transición y que estrategias pueden ayudar a manejarla.

En su análisis de concepto de preparación para la maternidad y la paternidad Spiteri et al (106), se enfocaron en la preparación desde antes de la gestación y hasta el primer año de vida del hijo, en el escenario de una gestación deseada entre un hombre y una mujer. Las características definitorias identificadas incluyen: un proceso que involucra organización del propio ser psicológicamente, espiritualmente, físicamente y económicamente; es específico al tiempo y el género; es afectado por las expectativas sociales y culturales; involucra un compromiso continuo que implica resiliencia en tiempos difíciles e involucra un proceso de crecimiento y adaptación.

Adicionan además que los antecedentes del concepto son una auto-evaluación individual para considerar la disposición personal para la maternidad o la paternidad y una comprensión individual y sentir la necesidad de convertirse en un padre o madre. Y como consecuencias del concepto indican que la preparación probablemente tenga un impacto en la vida de los padres, los hijos y la sociedad como un todo y que mejore la calidad de vida de todos los involucrados; les da soporte a los padres para sentirse más competentes durante la transición a la maternidad o paternidad y permite a los padres ser más receptivos a los cambios.

Algunos de los referentes empíricos que plantean son la adaptación al estilo de vida para optimizar los resultados; el compromiso, la auto-organización, preparación material, estabilidad económica y prácticas espirituales. Recomiendan desarrollar mediciones de la preparación por separado para hombres y mujeres.

En su metasíntesis, Nelson (5) menciona que las mujeres gestantes sienten que ellas deben cuidar de sí mismas por la seguridad de sus bebés y por lo tanto se preparan para el trabajo de parto, el parto y la maternidad usando una variedad de recursos. En su integración de resultados, identificó que las mujeres que tienen la intención de experimentar la gestación la reconocieron más tempranamente y comenzaron su preparación para la llegada del bebé más pronto que aquellas que no lo habían planeado.

Aunque también la preparación para la maternidad se ha relacionado con la percepción de las madres acerca de su capacidad para cuidar a su bebé y asumir la responsabilidad de ser mamá. Y es precisamente bajo este imperativo que George (107) identificó en su estudio de teoría fundamentada que la categoría central era la ausencia de preparación en la experiencia de las madres primerizas.

La preparación para la maternidad se inicia durante la gestación como bien se indicó en párrafos anteriores. Así lo confirma Hernández (108) al indicar que la gestación es un proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo en su investigación de corte etnográfico en el que indicó que las mujeres realizan dos prácticas fundamentales durante este período: alistarse para el nacimiento y prácticas alimentarias apropiadas.

Underwood (109) considera después de su estudio con mujeres afroamericanas, que la preparación es la fase inicial del proceso de convertirse en madre y que se inicia en este grupo de mujeres a edades muy tempranas alentadas por familiares mayores e involucra demostraciones del cuidado infantil y las responsabilidades maternas.

Se puede precisar que las políticas, planes, programas de salud y guías de atención relacionadas con la maternidad tienen un foco biomédico y preventivo de las principales complicaciones que pueden derivar del periodo de gestación, pero hay poca orientación psicológica y social y esta situación por lo tanto puede desencadenar un desconocimiento del proceso de convertirse en madre que requiere también de intervenciones que ayuden a las mujeres a transitar por este camino. Queda claramente establecido una asunción de que convertirse en madre pertenece a las esferas privada, familiar y cultural y que, al parecer como imperativo social, no es necesario que una mujer sea valorada e intervenida en torno a la forma en que vive y experimenta su proceso de convertirse en madre; de ahí entonces, que se resalta la importancia de investigar los conceptos de preparación, compromiso con la maternidad y apego materno-fetal como mediadores estructurales de la transición hacia la maternidad en un período como la gestación. Aunque todas estas políticas, programas, planes y guías declaran proveer una atención integral, realmente se quedan solamente en intervenciones de tipo biomédico. Sin embargo, se resalta que los programas de preparación para la maternidad contienen algunos elementos que contribuyen de manera indirecta a la transición a la maternidad al abordar temas como el cuidado de un recién nacido, la preparación para el parto y la interacción con el feto.

Este trabajo busca entonces contribuir al mejoramiento del abordaje de la mujer gestante desde las consultas de control prenatal, hasta los cursos de preparación, brindando herramientas mas completas e integrales para la valoración de la mujer y la posibilidad de formular intervenciones que procuren mejorar el compromiso, fortalecer la preparación y contribuir al apego.

De otro lado, está claramente establecido que uno de los principales cambios de la gestación es la transición hacia la maternidad como cambio psicológico y social y quizás sea el cambio más importante y trascendental de las mujeres toda vez que es para toda la vida. En este sentido, estos cambios psicológicos y sociales que orientan el proceso de convertirse en madre, incluyen de una manera central el compromiso con la maternidad, la preparación para la maternidad y el apego materno-fetal como fenómenos intangibles pero que repercuten significativamente en el proceso como quedo indicado en los diferentes estudios referenciados en este capítulo.

Por su parte, las teorías de enfermería relacionadas con el proceso maternidad, previas a la de convertirse en madre, proveen un marco de referencia importante para la comprensión del fenómeno y la forma de entenderlo a través del tiempo, pero son limitadas en el sentido en que asumen la maternidad como un logro o como un rol, situaciones sociales que no dan cuenta de la experiencia real de la maternidad, porque la maternidad no puede asumirse, ni proyectarse como algo que se logra, porque es una experiencia continua, que transforma y permite el crecimiento del ser; por otro lado, tampoco se puede considerar un rol, porque los roles son temporales, se quitan y se ponen, y ser madres tiene un inicio, pero no un final y en cualquier escenario en el que se mueva o esté habitando la mujer que es madre, llevará consigo su identidad como tal. Por lo tanto, los conceptos propuestos dentro de estas teorías, parecen quedar inmersos dentro de lo planteado por la teoría de Convertirse en madre. Para una mejor comprensión de los conceptos de las diferentes teorías, se provee una tabla comparativa.

Tabla 1. Comparación teorías de enfermería relacionadas con la maternidad.

Teoría	Autora	Año	Conceptos	Definición	Resultado final
--------	--------	-----	-----------	------------	-----------------

Lorgro del rol materno	Reva Rubin	1967	Imitación. Juego de roles. (Replicación) Introyección, proyección y rechazo (Desdiferenciación) Fantasía Identidad materna.	Proceso principal para alcanzar la identidad materna.	Sentido de ser en su rol, acompañado de una sensación de confort acerca de su pasado y su futuro.
Adopción del rol materno	Ramona Mercer	1981	Anticipación. Formal. Informal. Personal.	Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el rol.	Identidad del rol.
Convertirse en madre	Ramona Mercer	2004	Compromiso, preparación y vínculo. Conocimiento, aprendizaje y recuperación física. Normalización. Integración de la identidad materna.	Proceso de transformación y expansión del ser incorporar una nueva identidad y asumir la responsabilidad para su hijo y su futuro.	Conocimiento íntimo de su hijo por medio de la sensación de ser competente y confiada en sus actividades como madre y sentimiento de amor.

Así entonces, la nueva teoría de Convertirse en madre, ofrece un alcance mayor para la comprensión del fenómeno de la maternidad, pero no tiene una conceptualización que permita comprender los diferentes constructos y sus relaciones; así como las variaciones de acuerdo a diferentes realidades y contextos en los que se da el proceso, razón por la cual es imperativo desarrollar y validar los diferentes estadios y conceptos que se proponen en esta nueva teoría.

7. Metodología

Estudio con enfoque cuantitativo, diseño observacional que se realizó en tres fases. Se consideró observacional por cuanto no se hizo ninguna intervención, ni manipulación de variables; solo se observó el comportamiento de las mismas en un escenario natural para los participantes.

Las tres fases contempladas fueron: 1ª análisis de los conceptos: Compromiso con la maternidad, Apego materno-fetal y Preparación para la maternidad durante la gestación; 2ª diseño de un instrumento con los ítems producto del análisis anterior y; 3ª validación del instrumento. Esta última fase se hizo a partir de la teoría clásica del test. Esta teoría es una estrategia para medir constructos que no son observables directamente ya que la información acerca de este constructo se obtiene a través de la medición de las manifestaciones de este. Requiere de algunas asunciones como, por ejemplo, que cada ítem sea un indicador del constructo a ser medido o que responda a un modelo reflexivo, que el tamaño de muestra esté entre 200 y 500, que la escala de puntuación este entre cero y la máxima puntuación y que el énfasis este en el test. Bajo este modelo no hay que cumplir el supuesto de unidimensionalidad del constructo. (110-111)

7.1. Primera fase: análisis de concepto.

En la tabla 2 se visualiza un resumen de los diferentes métodos para analizar conceptos que ayudan a comprender la elección del modelo de Walker y Avant.

Tabla 2. Métodos para desarrollar y analizar conceptos.

Método de análisis	Autor	Propósito	Fases	Observación
Clarificación de conceptos	Catherine Norris	Refinar conceptos que han sido usados sin claridad y acuerdo consciente sobre las propiedades o los significados atribuidos a ellos.	Observar y describir el fenómeno. Sistematizar la observación. Elaborar definiciones operacionales. Producir un modelo. Formular hipótesis.	Requiere de la observación en escenarios y la existencia de un concepto ya usado en la práctica.
Análisis de concepto	Walker y Avant	Hacer más cercano el concepto para ser usado en la investigación y en la práctica clínica.	Seleccionar un concepto. Determinar el propósito del análisis. Identificar todos los usos del concepto. Determinar los atributos. Identificar los casos. Identificar los antecedentes y las consecuencias. Definir los referentes empíricos.	Requiere de una adecuada revisión de la literatura.
Análisis simultáneo de conceptos	Joan Haase, Nancy Leidy, Doris Coward, Teresa Britt, Patricia Penn	Alcanzar claridad en la definición conceptual, mayor entendimiento en el significado de conceptos individuales y los procesos	Desarrollo de un grupo de consenso. Selección de los conceptos a ser analizados. Refinamiento del enfoque de clarificación de concepto.	Requiere del análisis de varios conceptos ya conocidos a través de un grupo de trabajo de expertos en los conceptos.

		que pueden estar detrás de sus antecedentes y desenlaces y la visión dentro de las interrelaciones que exista entre los fenómenos.	Clarificación de los conceptos individuales. Desarrollo de matrices de validación. Revisión de la clarificación de los conceptos individuales. Reexaminación de las matrices de validación. Desarrollo de un modelo de proceso. Sometimiento de los resultados a pares para la crítica.	
Modelo híbrido de desarrollo de concepto	Donna Schwartz, Hesook Suzie Kim	Identificar, analizar y refinar conceptos en la fase inicial del desarrollo de una teoría.	Fase teórica. Fase de trabajo de campo. Fase final analítica.	Requiere trabajo de campo y aplicación de técnicas de análisis cualitativo.
Visión evolutiva de análisis de conceptos	Beth Rodgers, Kathleen Knaf	Clarificación del concepto y su uso actual descubriendo los atributos del concepto como una base para promover el desarrollo.	Identificar el concepto de interés. Identificar y seleccionar un campo adecuado para la recolección de datos. Recolectar datos relevantes. Analizar los datos respecto a características.	Requiere trabajo de campo.

			Identificar un ejemplar del concepto. Identificar implicaciones e hipótesis para promover el desarrollo del concepto.	
Enfoque integrado de desarrollo de conceptos	Afaf Meleis	Desarrollar conceptos desde diferentes puntos de partida.	Sentir y asimilar el fenómeno. Describir el fenómeno. Etiquetar. Desarrollo del concepto. Desarrollo de declaraciones. Explicación de asunciones. Compartir y comunicar.	Requiere de la observación y la construcción del fenómeno que generara el concepto.

Se realizaron los análisis de concepto para los constructos de compromiso con la maternidad, apego materno-fetal y preparación para la maternidad durante la gestación con base en el modelo de Walker y Avant (28). Este modelo se ajusta de manera adecuada al enfoque cuantitativo de estudio dado que para estas autoras los conceptos están relacionados con la realidad que es observable. Argumentan que los conceptos son esencialmente símbolos para los elementos objetivos en el mundo. (28) Adicionalmente, a pesar de que existen varios métodos en la literatura, se eligió este método porque es el más común usado en la enfermería, es uno de los más fáciles de entender y se aconseja para aquellas personas que son nuevas en el proceso de analizar conceptos.

Los pasos que definen estas autoras que se deben seguir para analizar un concepto son:

- Seleccionar el concepto. Estas autoras argumentan que la selección de un concepto debe hacerse bajo los siguientes postulados: que sea de interés

para quien conduce el análisis, que tenga relevancia para la práctica, que exista alguna ausencia de claridad o consenso sobre el mismo y evitar conceptos extremadamente amplios. Para el caso de esta propuesta se definieron el compromiso con la maternidad, el apego materno-fetal y la preparación para la maternidad durante la gestación ya que aún no se encuentran desarrollados dentro de la teoría de convertirse en madre de Ramona Mercer, no existe una claridad sobre los mismos en este proceso y en el período gestacional; adicionalmente, son conceptos de interés para la práctica de la enfermería, especialmente, la enfermería materno-infantil. (4)

- Determinar el propósito del análisis de concepto haciendo énfasis en clarificar el significado de este para favorecer el desarrollo de una definición operacional y posteriormente el diseño de un instrumento. Proponen estas autoras como supuestos de este paso que el propósito puede ser para clarificar un sobreuso de un concepto, pero que aún no ha sido comprendido o es un concepto ambiguo; para distinguirlo de un uso corriente y un uso particular en una teoría o de manera científica; establecer un concepto como fenómeno de interés para la enfermería y que pueda ser reconocido y evaluado en la práctica o; diferenciar el concepto de interés de otros conceptos. Para este estudio en particular los propósitos fueron clarificar el concepto de apego materno-fetal y establecer los conceptos de preparación con la maternidad y compromiso con la maternidad como fenómenos de interés para la enfermería.
- Identificar los usos del concepto a través de la revisión de las definiciones de diccionarios, para esto se realizó una revisión de la literatura que permitió identificar tantos usos de los conceptos como fue posible. Para la realización de la revisión de la literatura se definieron como términos clave en español: compromiso, preparación, apego y gestación. Los términos en inglés incluyeron: commitment, engagement, preparation, preparedness, attachment, bonding and pregnancy.

Las bases bibliográficas donde se ejecutaron las búsquedas fueron: Lilacs/Bireme, Pubmed, EMBASE, Science Direct, Ovid, EBSCO y CUIDEN. Se limitó a artículos originales y revisiones en inglés, español y portugués en texto completo. No se tuvo límite de año de publicación. Se elaboró una base de datos para el registro de los resultados de la búsqueda que incluyó las variables: base de datos, términos utilizados, conectores booleanos, limitadores, total resultados de artículos recuperados, artículos incluidos y excluidos y la razón de su exclusión.

Se definió como criterio de inclusión de los artículos originales y revisiones: que los conceptos definidos hayan sido centrales en la estructura del artículo ya sea porque fueron medidos con algún instrumento o encuesta o porque se realizó un desarrollo conceptual. Se diseñó una base de datos que permitió resumir la información proveniente de los artículos originales y revisiones incluidas que tuvo las siguientes variables: título del artículo, autores, año de publicación, revista, volumen, número, país, tipo de estudio o revisión, concepto abordado, principales resultados, paso del análisis de concepto al que contribuye.

- Determinar los atributos o características definitorias del concepto a partir de los resultados de la revisión de la literatura con un listado de características de los conceptos que posteriormente se refinarán hasta perfilar los atributos de este. Para las autoras, los atributos deben cumplir una característica fundamental, ser defendibles.
- Identificar los casos modelo, límite, relacionado y contrario una vez realizado el paso previo. Para estas autoras el caso modelo contiene todos los atributos definidos en el concepto. El caso contrario no contiene ningún atributo y el caso relacionado tiene algunos, más no todos los atributos del concepto. La construcción de los casos es propia y se hace a partir de la experiencia clínica y/o la revisión de la literatura.
- Identificar los antecedentes y consecuencias, es decir, aquellos eventos o incidentes que deben ocurrir previo al concepto; y las consecuencias como aquellos eventos o incidentes que ocurren como resultado de la aparición del concepto o los desenlaces del concepto. Aclaran las autoras, que los atributos del concepto no pueden ser ni antecedentes, ni consecuencias del concepto.
- Definir los referentes empíricos: se identificaron aquellas clases o categorías del fenómeno actual que por su presencia demuestran la ocurrencia del concepto. Este paso es importante porque a través de estos referentes empíricos pueden ser reconocidos o medidos los atributos del concepto, lo que posteriormente se relacionará con la formulación de los reactivos para la elaboración del instrumento.

7.2. Segunda fase: elaboración del instrumento.

Una vez se desarrollaron los respectivos análisis de concepto, se procedió a listar los atributos de cada uno de ellos en una plantilla de excell, a continuación, a cada atributo se le formularon un listado de afirmaciones que permitieran desglosarlo en partes y que pudieran presentarse en la realidad y experiencia de las mujeres.

Culminado este paso, se continuo con la formulación de los ítems a partir de las afirmaciones previamente redactadas, teniendo en cuenta la redacción y la comprensión de los mismos, así como las reglas básicas para la formulación de preguntas expuestas por Arribas (112), que fueran mutuamente excluyentes, exhaustivos del atributo, con lenguaje comprensible, breves, que no generaran reacciones estereotipadas en las participantes y no formulados en preguntas. Por otro lado se formularon los ítems teniendo presente prevenir los sesgos de cumplimentación como el de error de tendencia central, el de deseabilidad social, entre otros (113). Cada afirmación formulada generó varios ítems que se formularon a partir de lo que cada afirmación pudiese generar como manifestación de la misma en la realidad o experiencia de la mujer.

Adicionalmente, se dispusieron los ítems teniendo en cuenta el modelo conceptual reflexivo para la elaboración del instrumento, es decir, los ítems son manifestaciones o indicadores del constructo (110), de esta forma se garantizó la asunción de la teoría clásica del test. Finalmente, se formularon las opciones de respuesta con una escala de medición tipo Likert de intensidad y frecuencia debido a que los ítems fueron manifestaciones del constructo y su medición implicaba conocer que tan fuerte lo percibía la participante o que tan frecuente lo ejecutaba; y la forma de puntuación de los ítems fue de 1 a 4, siendo 1 la calificación más baja y 4 la más alta, aunque lo más recomendable es utilizar opciones impares a partir de cinco, no está mal, plantear una escala con cuatro opciones.

7.3. Tercera fase: validación del instrumento

7.3.1. Validación de contenido

La primera fue la validez de contenido (114) para cuyo caso se aplicó el modelo Fehring (115) por vía correo electrónico, invitando a participar para la evaluación del

instrumento, como mínimo a cinco expertos que cumplieran con las siguientes características: profesional de enfermería con formación mínima de maestría, con experiencia en el área de atención a la mujer durante la gestación, el parto o el postparto como docente o como enfermera clínica y que tuviera conocimientos sobre la teoría de Convertirse en Madre o Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer. Se realizó envío por correo electrónico de un resumen ejecutivo del proyecto de investigación y el instrumento a evaluar. Esta muestra de al menos 5 expertos se estableció a partir del supuesto de que con esta cantidad es posible lograr un acuerdo mínimo de 0.7 si las evaluaciones promedio de los expertos están por encima de 4.5 en los ítems bajo la perspectiva estadística de la V de Aiken (114).

Igualmente se adjuntó carta (Anexo 1) donde se especificaba la función como experto en la evaluación del instrumento aclarando que su participación era voluntaria, que no obtendría remuneración de ningún tipo y que no se generaría derecho intelectual alguno sobre el producto final, ni sobre las publicaciones que se deriven, pero, su contribución al mejoramiento del instrumento se daría en los créditos respectivos del trabajo final, la sustentación oral y las publicaciones a que diera lugar esta investigación.

En caso de que la respuesta fuese negativa, se procedió a dar las gracias y se contactó a otros expertos. Cuando fue positiva se esperó que los expertos diligenciaran el formato de evaluación del instrumento que incluyó los siguientes ítems: sencillez, claridad y relevancia de los reactivos (115). Cada experto evaluó cada reactivo asignando un puntaje de 1 a 5 en cada ítem (115); a mayor calificación, es mejor cada uno de los aspectos evaluados. Adicionalmente, los expertos podían escribir todas las observaciones que consideraban pertinentes.

Cuando se obtuvieron los resultados de la evaluación de los expertos, se procedió a realizar las modificaciones a los reactivos de la escala de medición y consecuentemente, se realizó una segunda ronda evaluativa del instrumento cumpliendo con los mismos criterios evaluativos de la primera ronda. Toda vez que la segunda ronda de expertos finalizó se elaboró una nueva versión del instrumento con los nuevos ajustes sugeridos. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 20 mujeres gestantes que correspondieron al 10% de la muestra total esperada para participar en la validación de constructo. Con estas 20 mujeres se evaluó la validez facial a través de la identificación de dificultades en la comprensión de los ítems, de la escala de medición y el tiempo requerido para su diligenciamiento. Se realizaron las modificaciones y este fue el instrumento final que se validó en las gestantes.

7.3.2. Validación de constructo

Para realizar esta validez se eligió un diseño transversal con las siguientes características metodológicas:

- Población: mujeres en proceso de gestación que fueron atendidas en una institución de salud de primer nivel de complejidad de la ciudad de Medellín y con sedes en otros municipios del departamento que para el caso fue la IPS Prosalco, durante los meses de enero a agosto del año 2018.
- Criterios de inclusión: mujeres gestantes mayores de edad, independiente del número de gestaciones y que aceptara participar del estudio.
- Criterios de exclusión: gestantes cuyos instrumentos estuvieran incompletos o con ítems sin información. Dicho criterio fue aplicado durante el análisis de la información.
- Muestra y muestreo: la muestra se estimó como mínimo en 200 participantes de acuerdo a como lo sugiere Kline (116) y otros autores (117). Para una muestra de mínimo 200 participantes se requirió que las comunalidades estuvieran entre 0.4 y 0.7 y que el número de ítem por cada factor fuera entre 3 y 4; pero como mencionan Lloret *et al.* anticipar el tamaño de una muestra para un análisis factorial exploratorio no es fácil porque dependerá de las características psicométricas de los ítems y la matriz de correlación; pero si esta última es una matriz de correlación de Pearson, una muestra mínima de 200 es recomendable (117). Todos los autores coinciden en que una muestra de 200 participantes puede ser suficiente para realizar un AFE, pero difieren en los supuestos para usar una muestra de 200, aclarando que Kline estipula que una muestra de 200 puede ser poca, pero para realizar un AFC, más no para un AFE; y Lloret *et al.* establecen bajo los supuestos ya descritos que es posible realizarlo. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia debido al menor tiempo para la recolección de la información, más económico y para evitar oportunidades perdidas, es decir, que todas las gestantes su pudieran invitar a participar del estudio.

7.3.3. Técnicas de recolección de la información.

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Anexo 2) como una de las primeras instancias de

evaluación independiente, se procedió a solicitar los permisos institucionales correspondientes y se consideraron estas autorizaciones como una segunda instancia de evaluación del proyecto. (Anexo 3 y 4) Se procedió a recolectar la información directamente en las diferentes unidades de atención en los servicios de consulta externa del programa de control prenatal y del curso psico-profiláctico después o antes de que la usuaria hubiese sido atendida por el profesional correspondiente. El tiempo estimado de participación de cada gestante fue de 12 minutos y la información fue recolectada aproximadamente durante 12 meses.

El investigador principal usó una bata blanca y tuvo visible el carnet de la Universidad de Antioquia. Se presentó ante el director o coordinador de cada unidad de atención explicando el propósito de su presencia y las acciones que ejecutaría; evidenciando las autorizaciones respectivas generadas en la sede central de la institución de salud. Para abordar a las gestantes se ubicó en la sala de espera del consultorio de control prenatal o del auditorio y allí se presentó como investigador a cada potencial participante.

A cada gestante se le invitó a participar en el estudio explicando previamente el propósito del mismo, los riesgos, los beneficios, el tiempo estimado y se dispuso la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 5) en los casos en que se aceptó la participación, cuando alguna gestante indicó que no sabía leer o escribir o tuvieran alguna limitación sensorial visual, que para el caso fueron tres participantes en total, se le hizo lectura del consentimiento informado y la firma del mismo se hizo bajo una huella digital y alguna otra señal como una X. Seguidamente, se le hizo entrega del formulario de recolección que incluía: instrucciones, una parte con las variables socio demográficas y la escala. Si no aceptaba participar, se agradecía su interés y se procedía con la selección de una nueva participante.

Se definieron como variables de caracterización sociodemográfica de las participantes: la edad, el estrato socio-económico, el régimen de afiliación a salud, el n° de hijos, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, el barrio de residencia y las semanas de gestación. (Anexo 6)

El instrumento fue auto-administrado para aquellas mujeres que sabían leer y escribir; para aquellas que no pudieran hacerlo, el investigador realizó lectura de cada uno de los ítems y diligenció la respuesta que le indicó la gestante.

Adicionalmente, el investigador estuvo atento a resolver alguna duda relacionada con el diligenciamiento.

Una vez la participante finalizó, se le explicó nuevamente que podía ser contactada posteriormente para realizar una nueva aplicación del instrumento pasados cuatro semanas de la primera medición. Se seleccionó una sub-muestra del 30% (114) de las participantes para una segunda aplicación del instrumento a través de un muestreo aleatorio simple con reemplazo. El contacto se hizo vía telefónica y se acordó con la usuaria el lugar de encuentro para la segunda aplicación la cual tuvo como propósito el cálculo de la diferencia entre la primera y la segunda medición.

7.3.4. Plan de análisis estadístico.

Para la fase de validación de contenido, se realizó el cálculo de la V de Aiken y sus respectivos intervalos de confianza tal como lo establecen Merino y Livia. (118) Para este cálculo se utilizó el promedio del ítem, la calificación máxima y mínima del ítem y el número de jueces. Se estableció como criterio de aceptación del ítem que el límite inferior del IC95% de la V de Aiken no fuera menor de 0.7. Para realizar los respectivos cálculos, se utilizó el programa desarrollado por Merino y Livia con ayuda del software Visual Basic 6.0. (118)

En la fase de validación de constructo, la información recolectada se vació en una base de datos en Excel diseñada para tal fin. Los datos provenientes de las variables medidas en la encuesta y en el instrumento fueron digitados por el investigador principal. Para el control de calidad en la digitación y la prevención de errores en el ingreso de los códigos de la información, la base de datos se creó con el sistema de validación de datos de Excel, una estandarización de los valores que pueden ser ingresados de acuerdo a las categorías de las variables y a la escala de medición de los ítems del instrumento. Al finalizar el ingreso de los datos se procedió a exportar la base al software estadístico SPSS versión 20 para los respectivos análisis. Se aplicó estadística descriptiva de cálculo de distribuciones de frecuencia absoluta y relativa a las variables de caracterización sociodemográfica que fueron cualitativas y para las variables cuantitativas se realizó prueba de normalidad para determinar la medida de tendencia central a utilizar. Estos análisis se realizaron tanto para las mujeres participantes en la validez facial como para las mujeres que participaron en la validez de constructo.

Posteriormente, se hizo un análisis factorial exploratorio a través de la técnica de máxima verosimilitud. La adecuación de la matriz para realizar el análisis fue evaluada con el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), considerándose que el modelo es adecuado si el valor es $\geq 0,5$ y la Prueba de Esfericidad de Bartlett en la que se rechaza la hipótesis nula si $p < 0,05$, que indica interrelación entre variables. (119)

7.3.4.1. Análisis Factorial Exploratorio

Se decidió realizar AFE porque se pretendía identificar el número y composición de los factores comunes o variables latentes necesarios para explicar la varianza común del conjunto de ítems analizados. Por otro lado, dado que los ítems formulados se hicieron bajo un modelo reflexivo, es decir, son manifestaciones de los conceptos subyacentes, metodológicamente, la mejor forma de analizar los datos es a través del AFE, lo que hace que los ítems sean variables dependientes y el factor la variable independiente. Adicionalmente, los ítems no son medidas perfectas del factor común correspondiente, por lo que una parte de la variabilidad del ítem está producida por el factor que mide, pero otra no y esta no se incluye en el proceso de identificación y estimación de los factores comunes, resultado que solo es posible lograr en el AFE. (117)

Para la extracción de los factores se utilizó el criterio del valor propio o eigenvalue que fuera mayor a 1. (117) Luego se realizó la interpretación de la matriz de cargas factoriales para identificar la correlación entre cada ítem y cada factor extraído. Se procedió a realizar una rotación oblicua promax de los mismos con el fin de reducir el número de variables dentro de cada factor y generar una estructura de cargas simples e identificar como se agrupaban los reactivos y proceder a etiquetarlos. Se valoraron las comunalidades, es decir la correlación de un ítem con el resto de ellos antes y después de la rotación para evaluar si había cambios, donde se esperaba que los ítems tuvieran un valor mayor a 0.4.(117) Todo el proceso anterior se aplicó de una manera parsimoniosa y se realizaron los análisis correspondientes hasta la selección del mejor modelo.

7.3.4.2. Análisis de confiabilidad

Se hizo evaluación de la consistencia interna del instrumento por medio del estadístico α de Cronbach, el cual es un coeficiente de correlación al cuadrado que

mide la homogeneidad de las preguntas, promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para evaluar si efectivamente se parecen. (110) Se calcularon coeficientes α para el total de la escala y por subescalas.

Seguidamente, se realizó un cálculo de la diferencia entre la primera y la segunda medición en un subgrupo de participantes con la medida de diferencias de medianas en muestras repetidas utilizando la prueba de Wilcoxon por no tener una distribución normal la puntuación del instrumento y sus dimensiones.

7.4. Consideraciones éticas

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 (120) este estudio se clasificó como una investigación de riesgo mínimo ya que no se realizó ninguna intervención intencionada de variables ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta, pero era probable que se desencadenaran sentimientos encontrados hacia la maternidad derivados del contexto específico de cada gestante. Prevalció como lo indica esta resolución, el respeto a la dignidad y la protección de la privacidad de las participantes teniendo presente que la información recolectada se utilizó solo para fines investigativos, adicionalmente; cada instrumento y encuesta de caracterización fue etiquetada con un código y los datos de identificación y contacto solo estuvieron presentes en el consentimiento informado, mismo que estuvo bajo la custodia del investigador, al igual que los cuestionarios. Por otro lado, la base de datos que se construyó se manejó con códigos numéricos y se guardó una copia de esta en una plataforma virtual donde solo el investigador tuvo acceso con su clave personal. Se explicó a las participantes que en ningún momento se utilizaría información individual y toda la información que se presentara en resultados parciales o finales sería de forma condensada. Se contó con un consentimiento informado para las mujeres que fue explicado previamente a la firma de este y contó con todos los elementos estipulados por la resolución. Adicionalmente, se solicitó por escrito los permisos institucionales correspondientes de acuerdo a los requerimientos indicados en la misma resolución.

En esta investigación se conservaron los principios éticos propuestos en el Informe Belmont (121). El respeto a las personas como agentes autónomos se instrumentalizó a través del consentimiento informado donde se indicó por escrito que los participantes podían retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello acarrearía ningún perjuicio dando con esto valor a las opiniones y elecciones de las personas. Así mismo, el consentimiento informado se convirtió en el

documento informativo de la investigación con lo que la decisión de participar estaba basada en información adecuada. En la misma línea, se garantizó la confidencialidad de los datos al identificar cada encuesta e instrumento con un código numérico. Se obtuvo para todas las participantes un número telefónico para contactarlas posteriormente para una segunda aplicación del instrumento que se hizo bajo los mismos procedimientos de firma de consentimiento informado e identificación numérica de las encuestas y que se encontraba contemplado en la firma del primer consentimiento informado.

El principio de beneficencia entendido como una obligación de no hacer daño y maximizar los beneficios fue operativo en este estudio por medio de la no manipulación de variables, ni juicios en torno a las respuestas brindadas por las participantes en relación a los ítems sobre su compromiso, apego y preparación en la etapa de gestación. Se indicó claramente que, aunque el instrumento pretendía medir un grado de logro en estos tres constructos, el propósito es que se convierta en una herramienta útil para los profesionales de salud y para ellas como sujetos de atención en una transición de su vida que requiere de acompañamiento. Así entonces no se previó ningún riesgo de daño en el desarrollo de esta propuesta, pero si durante el tiempo en que la participante estuviera diligenciando el instrumento se llegase a presentar alguna respuesta o sentimiento encontrado hacia la maternidad, el investigador brindaría el cuidado pertinente consistente en escuchar de forma activa lo que deseaba expresar la gestante y junto a ella dispondría de una serie de acciones que le ayudaran a mejorar su sensación frente a la transición hacia su maternidad. Si se llegase a presentar una situación que sobrepasara las medidas implementadas por el investigador, se procedería a contactar un profesional del área social de la institución para el respectivo manejo.

Con relación a la justicia entendida principalmente con la selección de los sujetos esta estuvo basada en la imparcialidad, es decir, los sujetos participantes, aunque no fueron seleccionados de forma aleatoria, se seleccionaron de forma intencionada, pero sin ningún criterio predeterminado; razón por la cual se procuró que las personas participantes pertenecieran a distintos estratos socioeconómicos. No fue posible garantizar una devolución de los resultados a todas las mujeres participantes del estudio, como tampoco fue suficiente agradecer a todas ellas en las diferentes actividades de difusión de los resultados; pero se procuró hacer devolución a las instituciones de salud y en estas jornadas se invitó a mujeres que desearan participar de los resultados y se esperaba que por cuestiones del azar estuvieran presentes. De otro lado, se declara que no hay ningún tipo de conflicto

de intereses en esta tesis. Este estudio contó con el aval del comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. (Ver Anexo)

8. Resultados

8.1. Análisis de conceptos

Con la estrategia de búsqueda se recuperaron 2843 artículos para los tres análisis de concepto. En la tabla 1 puede observarse el procedimiento específico en la recolección de las fuentes de información. El total de fuentes para los análisis de concepto fue de 129 que incluyó los resultados de la búsqueda manual de información. Las fuentes adicionales provienen de la revisión del concepto en el diccionario, en libros o en artículos derivados de los artículos inicialmente incluidos en el análisis.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda y proceso de exclusión de las fuentes bibliográficas según concepto.

Resultados de la búsqueda							
Concepto	Excluidos					Fuentes adicionales	Total incluidos
	Total	Por título	Por resumen	Por idioma	Lectura completa		
Preparación para la maternidad durante la gestación	919	769	95	24	5	7	33
Compromiso con la maternidad durante la gestación	1266	1148	85	8	11	5	19
Apego materno-fetal	658	319	194	22	55	9	77

8.1.1. Análisis del concepto de preparación para la maternidad durante la gestación.

8.1.1.1. Definiciones a partir de diccionarios

Preparación se define como la acción y efecto de prepararse. Tiene sus orígenes etimológicos en la palabra latina *praeparatio* compuesta por el prefijo *prae* que significa antes, el verbo *parare* que significa hacer, disponer o dejar listo y el sufijo *tio* que hace referencia a la acción y efecto (122).

El diccionario de la Real Academia Española (122) indica que preparación es acción y efecto de preparar, así como los conocimientos que alguien tiene de cierta materia y preparar lo define como disponer o hacer algo con alguna finalidad o disponer a alguien para una acción futura.

El Oxford Living Dictionaries para el español (123) define que la preparación es la disposición o arreglo de las cosas necesarias para realizar algo o para un fin determinado. De igual forma precisa que se puede entender como el conjunto de enseñanzas, consejos y prácticas con que una persona prepara a otra para que alcance las condiciones físicas o psicológicas necesarias para realizar una acción futura o afrontar una situación desagradable o negativa.

8.1.1.2. Usos del concepto en la literatura

Con respecto a los usos del concepto encontrados a través de la revisión de la literatura se identificó que para Meleis (1), la preparación junto con el conocimiento son facilitadores de las transiciones. Indica esta autora que la preparación anticipada facilita la experiencia de la transición, mientras que la ausencia de esta es un inhibidor. Agrega que el conocimiento es inherente a la preparación y habla de lo que se espera durante la transición y que estrategias pueden ayudar a manejarla. Menciona, además, que la transición a la maternidad es un ejemplo de la importancia de la preparación.

Para Lederman y Weis (24) la preparación es un componente del estadio denominado Identificación con el Rol de la Maternidad de su proceso de Adaptación Psicosocial al Embarazo. Argumentan estas autoras que no es suficiente para una gestante querer ser madre, necesita prepararse para el nuevo rol visionándose a ella misma como madre a través de dos caminos: fantasear y soñar. Fantasear implica pensar acerca de las características que desea tener como madre y anticipar los cambios de vida que sean necesarios en el futuro. Soñar se relaciona con revivir la infancia, los conflictos entre la maternidad y una carrera, la confianza en las habilidades maternas y sueños con la salud del hijo. Estas dos acciones pueden ser predictivas de la habilidad para afrontar los retos de la maternidad.

La preparación a través de estos dos caminos toma forma de comportamiento de anidación, atendiendo clases de preparación para la crianza y leyendo material pertinente; también implica confrontar miedos y ansiedades, hablar con otras mujeres y observar como otras mujeres manejan sus hijos. Muchas mujeres ven cambios en términos de mayor responsabilidad y menos libertad. Este proceso de preparación está cercanamente relacionado con el nivel de auto-confianza y auto-estima y el estilo de personalidad de la gestante; sus experiencias pasadas con el estrés y su manera de resolver los conflictos acerca de la maternidad. Agregan que las experiencias de vida y la disponibilidad de un modelo son los mayores determinantes que influyen la preparación para la maternidad y el desarrollo de sentimientos de competencia en el nuevo rol; de forma contraria, el grado de resolución de conflictos relacionados con la gestación y la maternidad afectan la preparación para el rol de madre (24).

Pasando a Pérez, (124) la preparación para la maternidad es un derecho que tienen todas las mujeres y sus familias e implica la participación activa, positiva y consciente del proceso de gestación, parto y puerperio para favorecer las relaciones neonato y unidad familiar que repercute en el adecuado desarrollo biológico, psicológico y social del recién nacido. Para esta autora, la preparación implica la formación de la mujer, la asunción de la responsabilidad del rol, la aceptación de la maternidad y la resolución de situaciones edípicas.

La preparación es uno de los cuatro pasos identificados en el estudio de Underwood (109) con madres afro-americanas. Indica que la preparación se aprende en la familia de origen, es una práctica que se inicia en la infancia por medio del cuidado de los hermanos o de los parientes más pequeños y es iniciada por las mujeres de más edad miembros de la familia. Interpreta esta autora que durante la preparación las mujeres asimilan los principios acerca de lo que es una maternidad exitosa a partir de fuentes que ellas consideran válidas y las modifican acorde a sus necesidades.

En su análisis de concepto acerca de la preparación para la maternidad y la paternidad, Spiteri *et al.* (106) no definen el concepto, pero plantean que ser padres y madres requiere una preparación desde la ley, desde las perspectivas históricas, desde la cultura, el género, la espiritualidad, la educación, el estilo de vida y ver este rol como un viaje en curso. Manifiestan que la preparación siempre ha estado focalizada en el trabajo de parto y en el parto y que las enfermeras están en el sitio ideal para proveer apoyo mientras hacen una preparación prospectiva a los nuevos

padres gestantes para la maternidad y la paternidad. Plantean que los individuos pueden elegir hacer cambios en su estilo de vida y esto incluye cambios para optimizar su salud como comer saludablemente, realizar ejercicio y dejar el consumo de cigarrillo y alcohol. Algunas mujeres pueden incluso comenzar el consumo de suplementos vitamínicos previo a la gestación. Cabe aclarar que el análisis de concepto desarrollado por estos autores se enfocó en la preparación desde antes de la gestación y hasta el primer año de vida del hijo, en un escenario de una gestación planeada y que involucrara una pareja conformada por un hombre y una mujer.

Dentro de las características definitorias plantean que es un proceso que involucra una organización del ser desde lo psicológico, lo espiritual, lo físico y lo material; es específico del tiempo y del género, es afectado por las expectativas sociales y culturales, implica un compromiso constante que incluye la resiliencia y los retos en el tiempo e involucra un proceso de crecimiento y adaptación (106).

En consonancia, Smith (125) establece que la preparación para la maternidad durante la gestación es un proceso simbiótico que implica la conexión íntima de la mujer con otros significativos y facilita la emergencia de un nuevo rol como madre.

Riedmann (126) describe la preparación para la maternidad y la paternidad como un proceso que consiste en una serie de pasos que presentan retos y dilemas únicos. Estos pasos incluyen la decisión de convertirse en padres o descubrir la gestación en un escenario no planeado, elecciones relacionadas con el modo del parto, el impacto de la nueva maternidad o paternidad y los asuntos del cuidado infantil que pueden ser sociales, culturales y espirituales.

Así mismo, Hernández (108) plantea en los hallazgos de su estudio que la gestación es un proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo y que se logra por medio del alistamiento para el nacimiento y unas prácticas alimentarias apropiadas. Interpreta esta autora que el parto normal es la meta de las mujeres en el dominio de alistamiento para el nacimiento, mientras que las prácticas alimentarias son un pilar fundamental del cuidado de la gestante por considerar que se da una transmisión al bebé de los nutrientes y de los atributos asociados a los mismos como valores.

Mansfield (127) discute dos importantes aspectos que se requieren en la preparación para la maternidad y la paternidad: preparación material y personal. Esto involucra la organización de uno mismo para convertirse en una persona receptiva de los cambios y estar listo financieramente para esta responsabilidad.

Dentro de la preparación material, los rituales de consumo como los expone Afflerback *et al* (128) ayudan a la mujer a sentirse preparada para el cambio de estatus de la madre que será a la madre que es y del hijo que será al hijo que está. Se agrega que la preparación es para el hijo y que esto incluye patrones comúnmente compartidos y prácticas altamente simbólicas que involucran el consumo. Explican en su estudio que las mujeres y su red de apoyo ganaron sensación de preparación mediante la elaboración de estos rituales porque les ayudo a: superar la ansiedad a través de la creación de un sentido de control sobre la transición a la maternidad, orientar la toma de decisiones en relación con las normas de género durante este período y crear una continuidad entre los intereses de la madre y el futuro hijo. Argumentan que la construcción de un espacio para el hijo y los regalos proporcionan una sensación de control y preparación para el hijo y su papel como madre.

8.1.1.3. Conceptos relacionados

El concepto que más se ha relacionado con la preparación para la maternidad ha sido el de preparación para el parto. Para Lederman y Weis (24) la preparación para el parto es una preparación para el estrés. Implica alcanzar un estado mental y emocional y una preparación física a través de acciones concretas y ensayos imaginarios. Para Tostes (129) y Hollins (130) es comparable con la preparación para la maternidad en el sentido de que la sensación de estar preparada es insuficiente.

También se ha identificado que la preparación para el parto es un medio, una utilidad y un resultado: como un medio para alcanzar algo determinado; esclarecimiento de dudas, información y comportamientos relacionados con la salud; como una utilidad ya que la preparación puede ser práctica constante y útil en aspectos pedagógicos que pueden servir para el futuro; y como resultado ya que se logra auto-control, serenidad, calma y tranquilidad que fomentan la disminución de la ansiedad y el miedo (131).

Esta preparación toma forma de “comportamiento de nido” al tomar la gestante clases de preparación para el parto, leyendo libros acerca del trabajo de parto y parto y organizando asuntos específicos como el transporte hacia el hospital (20, 39). Adicionalmente, se ha considerado que la preparación para el parto implica identificar la institución para la atención del parto (132), identificar potenciales donadores de sangre (133), conocer las señales de alarma (134), ahorrar algo de dinero y preparar elementos esenciales para el parto (135).

Preparación para la maternidad durante la gestación

Antecedentes	Atributos	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de otros • Gestación deseada o no. • Participación activa en actividades educativas. 	<p><u>Preparación psicológica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación activa y consciente. • Delimitado por el contexto histórico, social y cultural. • Resolución de conflictos. • Presencia y apoyo de otros. • Anticipación. <p><u>Preparación física</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información y adquisición de conocimientos. • Disponibilidad de recursos financieros. • Cambios en el estilo de vida para optimizar la salud. • Preparación para el trabajo de parto y parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de conflictos. • Cristalización del rol. • Responsabilidad. • Conocimientos. • Confianza. • Auto-eficacia. • Seguridad.

Definición

Proceso de participación activa, consciente y positivo que favorece la transición hacia la maternidad y que está delimitado por el contexto social, histórico y cultural; en el que cada mujer puede visualizarse como madre, anticiparse a los cambios de vida necesarios para el futuro, resolver conflictos personales y con otros significativos y generar cambios

en el estilo de vida para optimizar la salud; por medio de la adquisición de conocimientos a través de la búsqueda de información, la asistencia a actividades educativas y controles prenatales y la presencia y apoyo de otros significativos y que puede ser reforzada por la disponibilidad de recursos financieros.

Figura 1. Resumen conceptual de la preparación para la maternidad durante la gestación.

A continuación, se describen los casos modelo que contiene todos los atributos del concepto y los atributos críticos como la resolución de conflictos, la presencia y apoyo de otros, la anticipación, la búsqueda de información y el cambio en los estilos de vida; el caso límite que difiere del caso modelo por contener solo algunos atributos, más no todos y el caso contrario que no tiene ningún atributo. Estos casos son construcciones propias a partir de la experiencia personal y profesional en el cuidado de la mujer gestante. Los nombres han sido cambiados para proteger la identidad de los casos.

8.1.1.4. Caso modelo

Carol es una mujer de 25 años que proviene de una familia tradicional y conservadora; trabaja actualmente como profesora, convive en unión libre con su compañero hace tres años y hace poco descubrió que se encontraba en gestación; aunque no lo había planeado, ser madre hacía parte de su proyecto de vida. Desde que se enteró de su estado, comenzó a cambiar sus prácticas de alimentación y empezó a realizar ejercicio tres veces por semana. Inició sus controles prenatales, participa en cursos de preparación para el parto y ha buscado información acerca del proceso de gestación, parto y puerperio y del cuidado de un bebé. Su compañero la acompaña a todas las actividades relacionadas con su proceso de gestación. Constantemente se visualiza en su papel de mamá, discute con su propia madre acerca de las mejores formas de crianza teniendo en cuenta su experiencia y dedica parte de su tiempo a pensar que decisiones tomar sobre su trabajo buscando optimizar el tiempo al lado de su próximo hijo. Junto con su compañero han iniciado un fondo especial de ahorro para disponer de recursos que favorezca la compra de los elementos necesarios para recibir al bebé y cubrir las necesidades de Carolina como madre. Durante este proceso ha participado a sus amigos y otros familiares lo que ha favorecido en ella sentirse mucho más acompañada y segura para la maternidad.

8.1.1.5. Caso límite

Sandy es una mujer de 35 años, se encuentra en su segundo matrimonio. Actualmente tiene dos hijos de su primer matrimonio, su madre murió hace tres años, trabaja como operaria de máquina plana y vive en un barrio de estrato 2 donde la mayoría de las mujeres se dedican al hogar. Desde que se casó deseó tener un hijo, pero esperó un año para hacerlo. Hace poco descubrió que se encontraba en gestación y su felicidad no pudo ser más grande. Comenzó sus controles prenatales, pero no puede asistir a las actividades de preparación para el parto y la maternidad porque no le queda tiempo y además considera que su experiencia le ayuda para saber a qué se tiene que enfrentar. Su esposo la acompaña a la mayoría de los controles prenatales. Algunas veces considera que debería cambiar algunas prácticas como madre para no repetirlas con su nuevo hijo, pero piensa que es muy difícil ya que creció en un hogar donde se le inculcó que lo más importante era sacar los hijos adelante como fuera. Aún no sabe qué hacer con su trabajo, pero considera que renunciar o trabajar menos no es una buena opción, a pesar de que tiene ahorros junto con su esposo, siempre piensa que próximamente serán tres los hijos para mantener y criar y eso cuesta dinero. Todavía no saben muchos de sus familiares cercanos, aunque cree que no es necesario pues ella se siente capaz de pasar nuevamente por esta experiencia.

8.1.1.6. Caso contrario

Alba es una mujer de 21 años que quedó en embarazo de su novio con el que lleva dos años de relación. Ella está muy preocupada porque en su casa esperaban que ella estuviera casada antes de embarazarse, además porque su compañero que es dos años menor que ella tiene que irse para el ejército nacional al menos por dos años; por lo tanto, ella decide no contarle a él, ni a nadie. Esta decisión hace que no ingrese al control prenatal, por su preocupación no come, porque además no trabaja y tampoco estudia. Después de algunos días decide contarle a su amiga más cercana y le agrega que ella no quiere ser madre, no bajo estas circunstancias y no sola, se siente muy insegura y asustada, así que con la ayuda de su amiga toma la decisión de entregar a este nuevo ser en adopción.

8.1.1.7. Referentes empíricos

Tabla 4. Referentes empíricos relacionados con la preparación para la maternidad durante la gestación.

Referente empírico	Escala de medición	Autor	Año
Preparación física: Cambios en el estilo de vida para optimizar la salud.	Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal	Ruiz <i>et al.</i> (42)	2006
Preparación psicológica: Anticipación. Preparación física: Preparación para el trabajo de parto y parto.	Prenatal Self-evaluation Questionnaire Prenatal Self-Evaluation Questionnaire short-form	Lederman y Weis (24) Lin <i>et al.</i> (136)	1979 2008
Preparación psicológica: Anticipación.	Prenatal Maternal Expectations Scale	Coleman <i>et al.</i> (46)	1999
Preparación psicológica: Anticipación.	Identification with the Mothering Role	Lippincot (45)	1980

8.1.2. Análisis del concepto de compromiso con la maternidad durante la gestación.

8.1.2.1. Definiciones a partir de diccionarios

La Real Academia de la Lengua Española define el compromiso como obligación contraída, dificultad o empeño (122). Por su parte, el Oxford Living Dictionaries en español indica que esta palabra se entiende como una obligación contraída por una persona, un acuerdo formal al que llegan dos o más partes tras hacer ciertas concesiones cada una o como una relación amorosa formal que mantienen dos personas (123).

El diccionario filosófico de Ferrater (137), menciona el compromiso como una acción y efecto de comprometerse, está relacionada con la noción de decisión y puede usarse en un sentido amplio, como designación de un constitutivo fundamental de toda existencia humana.

8.1.2.2. Usos del concepto en la literatura

El concepto de compromiso ha sido abordado desde diferentes disciplinas como la sociología, la psicología y la pedagogía (138); y desde diferentes perspectivas como la escolar (93), en discapacidad (92), en turismo (139); entre otros. Adicionalmente, en el campo de la salud se ha trabajado como el compromiso de enfermería con el paciente (140), en rehabilitación (141), la participación del paciente (142), el empoderamiento (143) y como proceso central en la transición hacia la maternidad (5).

Para Brickman (91) el compromiso es una fuerza interna o externa al individuo que estabiliza el comportamiento y puede contribuir a que una persona continúe en el curso de una acción cuando las dificultades o las alternativas influyen a la persona a abandonar la acción. Indica este autor que podrían existir dos tipos de compromiso, uno personal y otro de comportamiento. El personal se refiere a la fuerza de la dedicación personal hacia una decisión o llevar a cabo una acción; el segundo se refiere a las acciones más importantes que fuerzan al individuo a continuar una acción así esté o no comprometido personalmente, derivándose de esto otra alternativa de comprensión del compromiso como obligación o responsabilidad; en otras palabras, es una relación entre el querer o el tener (91).

De otro lado, el compromiso ha sido un concepto empleado en la literatura para describir los sentimientos que alguien tiene acerca de una relación o acerca de una actividad en la que ha tomado lugar; igualmente, hace alusión a la conexión activa con otra persona, y los sentimientos asociados con esa interacción (92). Fredricks *et al.* (93) considera que el compromiso es de naturaleza multifacética y la literatura lo muestra en tres vías: i) a través de los comportamientos que se basan en la idea de la participación, ii) por medio de las emociones que incluye reacciones positivas y negativas, y iii) a través de la cognición que se fundamenta en la idea del involucramiento e incorpora la atención y la complacencia de realizar el esfuerzo necesario para comprender ideas complejas y dominar habilidades difíciles. Según este autor, este constructo se presume maleable ya que resulta de una interacción del individuo con el contexto y es sensible a variaciones en el ambiente. Siguiendo a Bright *et al.* (141), el compromiso es un proceso en el que se da una conexión gradual con cada persona - o con un programa, para el caso de la salud-, y permite al individuo convertirse en colaborador comprometido con el cuidado de la salud.

Lydon *et al.* (144) indica que el compromiso es un estado psicológico interno en el cual la persona se siente atada o conectada a algo -metas, relaciones o tareas de la vida- que expresan valores centrales. Para este autor, el compromiso puede

influenciar un comportamiento, y esta misma decisión puede cambiar sentimientos subsecuentes al mismo, creando una relación recíproca entre las expresiones actitudinales y comportamentales. Meleis (1) ha descrito el compromiso como una propiedad de las transiciones, que se entiende como el grado en el cual una persona demuestra involucramiento en el proceso inherente a la transición. De acuerdo a Nelson (5), este compromiso es un proceso social primario de la transición a la maternidad en el que la mujer crece y se transforma en madre.

Para Barlow (145) el compromiso con la maternidad es el primer estadio en el proceso de expansión del ser de una madre. De acuerdo con esta autora, el compromiso se caracteriza por la intención de ser madre, el encuentro con el fantasma de la maternidad recibida, el compromiso con las nuevas circunstancias y el proceso de auto-socialización. Además, Sawyer (146) lo define como un proceso mutuo, activo y de involucramiento en el cual la mujer se prepara para ser madre, cuida de ella misma y de su hijo por nacer, sueña y planea acerca del futuro.

8.1.2.3. Conceptos relacionados

- Responsabilidad

Para Eiguer (147) la responsabilidad es la capacidad de responder por los éxitos y por los fracasos. Se genera a partir de lo que se hace a otros e incluye acciones constructivas. La responsabilidad genera deseos de acercarse al otro y ayudarlo si tiene necesidad de nosotros. Para Nelson (5) aceptar la responsabilidad hace parte del compromiso y empieza como un sentimiento durante la gestación que se precipita por hitos que hacen que el bebé parezca más real. Se puede ver entonces que la responsabilidad puede integrarse como un componente del compromiso; pues cuando este último está presente, se es capaz de responder por las necesidades del otro.

- Participación

La participación se caracteriza por el involucramiento de la persona en el proceso de toma de decisiones que afectan sus vidas. Gira en torno a un compromiso activo (143) y se manifiesta en comportamientos tales como persistencia, buscar información y la ejecución de actividades relacionadas con el objeto generador del

compromiso (93). Por su parte, la participación parental puede entenderse como un comportamiento de la madre configurado en tres aspectos: accesibilidad, como presencia y disponibilidad para el bebé; compromiso, como interacción directa con el bebé; y responsabilidad, como garantía de cuidados y disponibilidad de recursos para el bebé (148). Se aprecia entonces, que el compromiso puede generar una participación de la madre en la relación con su bebé, la presencia como futura madre y un sentimiento de responsabilidad; por lo que puede indicarse que el compromiso es un concepto previo al concepto de participación.

Compromiso con la maternidad durante la gestación

Antecedentes	Atributos	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Gestación planeada y/o deseada. • Intencionalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso activo delimitado por el contexto cultural, social e histórico. • Se experimenta la presencia del hijo. • Involucramiento en el cuidado de la gestación. • Requiere de apoyo familiar y social. • Promueve sentimientos de competencia y auto-eficacia. • Identificación de opciones perdidas y redefinición del ser. • Encuentro y resolución de la maternidad recibida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores prácticas de cuidado prenatal. • Apertura al crecimiento y la transformación del ser.

Definición

El compromiso con la maternidad durante la gestación es un proceso activo, con una fuerte relación con la responsabilidad y la intencionalidad; que permite experimentar la presencia del hijo, resolver los conflictos de la maternidad recibida, identificar opciones perdidas y redefinir lo que se era antes de la gestación; con manifestaciones en prácticas saludables, sentimientos de auto-eficacia y reforzado por el apoyo familiar y social.

Figura 2. Resumen conceptual del compromiso con la maternidad durante la gestación

A continuación, se describen los casos modelo que contiene todos los atributos del concepto y los atributos críticos como el involucramiento en el cuidado, el apoyo familiar y social, la redefinición del ser y la resolución de la maternidad recibida; el caso límite que difiere del caso modelo por contener solo algunos atributos, más no todos y el caso contrario que no tiene ningún atributo. Estos casos son construcciones propias a partir de la experiencia personal y profesional en el cuidado de la mujer gestante. Los nombres han sido cambiados para proteger la identidad de los casos.

8.1.2.4. Caso modelo

Carol es una mujer de 28 años, casada desde hace 2 años. Hace seis meses planeó con su compañero embarazarse. Se enteró de su gestación hace un mes y desde entonces ha modificado sus hábitos y su estilo de vida para estar acorde con su nueva faceta como futura mamá, aunque, en algunas ocasiones, se detiene y añora la vida que tenía antes de decidir ser madre; pero entiende que la decisión que tomó con su pareja fue consiente e intencionada. Siente como una responsabilidad el cuidado de sí misma y de su hijo por nacer y esto ha favorecido el desarrollo de sentimientos de auto-eficacia y competencia para próximamente desempeñarse como madre. Adicionalmente, ha contado con el apoyo de su esposo y padres, especialmente de su madre, quien siempre ha sido un referente dentro de la maternidad.

8.1.2.5. Caso límite

Ana es soltera y tiene 40 años. Aunque no tiene compañero permanente, planeó esta gestación y está recibiendo el apoyo de toda su familia, especialmente el de su madre, a pesar de que no significó un buen modelo a seguir. Permanentemente piensa que no va a dejar de hacer nada de lo que hacía antes de su gestación y considera que no se siente capaz de cuidar de su bebé los primeros meses de vida, por eso se ayudará con alguien más.

8.1.2.6. Caso contrario

Dorian es una mujer de 35 años, se encuentra casada hace 8 años y es madre de un hijo de seis años. Hace un mes se enteró que estaba gestando y no lo tomó del todo bien, sobre todo porque venía utilizando el DIU como método anticonceptivo. A pesar de que con su esposo decidieron continuar con la gestación, constantemente piensa en la vida que tiene y las implicaciones de tener un segundo hijo; sobre todo ahora que estaba disfrutando de muchas otras cosas como mujer. En muchas ocasiones se siente obligada a llevar esta gestación y sigue fumando ocasionalmente para aliviar un poco la ansiedad que le genera pensar en volver a ser madre. No ha recibido ningún apoyo por parte de su familia, porque ella decidió no hacer de esta situación una fiesta. Solo espera tener el parto para retomar lo más pronto posible lo que venía siendo su vida.

8.1.2.7. Referentes empíricos

En la revisión de literatura no se identificaron instrumentos validados para evaluar el compromiso con la maternidad. Solo se mostraron acercamientos a la medición de este concepto en dos estudios. El primero fue el estudio de Lydon (144), donde se les pedía a las mujeres que asistían a reclamar su resultado de prueba de embarazo que calificaran hasta qué punto se sentían comprometidas, obligadas, apegadas, entusiastas, con un sentido del deber, una sensación de placer, una carga y un alivio de no estar en gestación. Cada pregunta tenía opciones de respuesta que iban de 1 (en absoluto) a 5 (extremadamente).

El segundo estudio fue el que realizó DeLuca (94) donde diseñó un instrumento de cinco ítems que pretendía evaluar el compromiso con la maternidad. Los ítems fueron: me siento afortunada de ser una mujer experimentando la gestación, fantaseo acerca de ser la madre de un recién nacido, siento que estar gestando ha enriquecido mi vida, desearía no estar gestando, siento que con la gestación de un bebé cumplo con un sueño o meta de mi vida.

8.1.3. Análisis del concepto de apego materno-fetal

8.1.3.1. Definiciones a partir de diccionarios

La Real Academia de la Lengua Española (122) define el apego como afición o inclinación hacia alguien o algo. Por su parte, el Oxford Living Dictionaries (123) en

español indica que esta palabra se entiende como aprecio o inclinación especial por algo o alguien.

8.1.3.2. Usos del concepto en la literatura

Según las fuentes seleccionadas, Cranley (26) fue el primer autor que hizo un acercamiento conceptual al constructo de apego materno-fetal y lo definió como la medida en que las mujeres participan en comportamientos que representan una afiliación e interacción con su hijo por nacer.

Posteriormente, Muller (99) definió este constructo como una relación cariñosa única que se desarrolla entre una mujer y su feto. Adiciona que la presencia del feto y durante la misma gestación, anticiparse a la presencia del niño, está acompañada no solo de cambios en las relaciones familiares, responsabilidades y planes para el futuro, sino también por cambios en el cuerpo de las mujeres y preocupaciones por ella y por el feto. El apego materno-fetal puede, por lo tanto, requerir los nueve meses para su desarrollo porque involucra una reestructuración en la vida de la mujer.

Mas adelante Condon (44) planteó que el apego materno-fetal es una experiencia marcada por el amor que deriva en cinco situaciones subjetivas llamadas disposiciones y que se manifiestan en comportamientos tales como: “conocer”, “estar con”, “evitar la separación”, “proteger” e “identificar y gratificar las necesidades del objeto amado”. Agrega que, en el transcurso de la gestación, ambos padres normalmente adquieren una representación mental cada vez más elaborada del feto y esta representación incluye una mezcla de fantasía y realidad y es hacia esta que los padres desarrollan el apego emocional.

Para Doan y Zimerman (149) este constructo es abstracto y representa la relación afiliativa entre los padres y el feto. El apego está potencialmente presente antes de la gestación y se relaciona con las habilidades emocionales y cognitivas para conceptualizar otro ser humano y se desarrolla dentro de un sistema ecológico.

Weaver (150) propone un modelo interactivo del apego materno-fetal donde argumenta que la madre y el feto mantienen una relación recíproca el uno con el otro y su ambiente. En este modelo cada uno de los tres elementos influencia el

otro; además, se sugiere que el apego es una función de las características de la gestación, las características de la madre y las características del ambiente.

Por su parte Villa (151) indica que es un proceso durante el cual las mujeres embarazadas experimentan sentimientos y emociones por su bebé, interactúan con él y desarrollan una identidad materna, que se evidencia principalmente, en las representaciones maternas que la futura madre hace de su hijo y que interviene en la manera como esta interactúa, fantasea y cuida de su estado de gestación.

8.1.3.3. Conceptos relacionados

El concepto más relacionado con el apego materno-fetal es el vínculo materno-infantil o simplemente el vínculo. El vínculo se refiere a la relación ente el infante y su cuidador primario, el cual se desarrolla gradualmente sobre el tiempo. El comportamiento de vínculo ha sido definido por Bolwby (95) como buscar y mantener proximidad de otro individuo. Ninguna forma de comportamiento está acompañada por el más fuerte sentimiento que el comportamiento de vínculo. El vínculo es para este autor, el que desarrolla el niño hacia su madre y tiene seis patrones de comportamiento: succionar, aferrarse, seguir, llorar, reír y llamar. Llorar y reír tienden a llamar la atención de la madre hacia el niño y mantenerse cerca de él. El seguir y el aferrarse tienen el efecto de traer el niño hacia la madre y mantenerse cerca de ella.

Varios autores (152-156) coinciden en indicar que el constructo de apego materno-fetal se debe reservar para el período prenatal y que el concepto de vínculo para el período postnatal ya que el apego debería ser el sentimiento de la madre hacia el feto, y el vínculo debería ser reservado para la relación del niño hacia la madre después del nacimiento.

Para Walsh (157) la literatura presenta el vínculo como un concepto impreciso para describir como los padres desarrollan sentimientos hacia sus hijos no nacidos y que en cambio lo que está impulsando estas representaciones, sentimientos y actitudes es un sistema parental de cuidado. Este sistema comportamental es recíproco al sistema de apego y su principal función es proveer protección, confort y cuidado.

Apego materno-fetal

Antecedentes	Atributos	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Formas de apego de la mujer gestante. • Gestación no deseada. • Carencia de aprobación de la gestación por otros significativos. • Experiencias de abuso física y verbal durante la gestación. 	<p>Dimensión cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidad cognitiva para representar y conceptualizar el feto como persona. • Se favorece con la realización de la ecografía. • Se favorece con la percepción de los movimientos fetales. <p>Dimensión afectiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se manifiesta en comportamientos de afiliación, interacción, compromiso y cuidado • Se asocia con pensamientos y fantasías con el feto. • Se evidencia en prácticas de interacción como acariciar el vientre, hablar y darle un nombre al bebé. <p>Dimensión altruista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genera deseos de proteger al hijo por nacer. • Favorece la preparación para la llegada del bebé. • Se relaciona con el apoyo social, 	<ul style="list-style-type: none"> • Intención de lactar. • Vínculo materno-infantil. • Sensación de competencia materna. • Prácticas positivas de salud.

	<p>emocional y financiero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se puede afectar por problemas relacionados con la salud mental. <p>Dimensión personal-relacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso unidireccional y progresivo durante la gestación. • Se relaciona con la presencia y forma de vinculación de la mujer gestante con su pareja y madre. • Se relaciona con los rasgos de personalidad y formas de vinculación de la mujer.
--	--

Definición

El apego materno-fetal puede definirse como un proceso en el que la mujer gestante construye de manera progresiva una relación unidireccional con su hijo no nacido basada en la emoción y el afecto, que requiere de la representación mental del feto como persona que puede favorecerse por la ecografía y los movimientos fetales; el apego materno-fetal puede ser manifestado en comportamientos de interacción con el feto y de cuidado hacia sí misma, requiere de una red de apoyo; está determinado por las formas de vinculación de la gestante con su compañero y figura materna principalmente y favorece la preparación para la maternidad y la llegada del bebé, los deseos de proteger al hijo por nacer, las prácticas positivas de salud y el vínculo materno-infantil.

Figura 3. Resumen conceptual del apego materno-fetal.

A continuación, se describen los casos modelo que contiene todos los atributos del concepto y los atributos críticos que están representados en las cuatro dimensiones del concepto; el caso límite que difiere del caso modelo por contener solo algunos atributos, más no todos y el caso contrario que no tiene ningún atributo. Estos casos son construcciones propias a partir de la experiencia personal y profesional en el

cuidado de la mujer gestante. Los nombres han sido cambiados para proteger la identidad de los casos.

8.1.3.4. Caso modelo

Diana tiene 25 años, es una primigestante con 15 semanas de gestación, está casada desde hace cuatro años. Hace algunos días le realizaron la primera ecografía y esto contribuyó a que pudiera darle una forma corporal al bebé, a quien desde ese momento le dió el nombre de Mateo. Con emoción compartió al esposo y a su familia las imágenes del hijo por nacer. Diana manifiesta que cada día se siente más apegada y comenta que, después de la ecografía, le habla frecuentemente y lo acaricia a través de su abdomen. Afirma también que el apoyo recibido durante el embarazo por parte de su esposo y familiares ha favorecido en ella, visualizarse cuidando a su hijo.

8.1.3.5. Caso límite

Gloria tiene 40 años, soltera y en gestación de su primer hijo. Trabaja como empresaria y por sus múltiples ocupaciones laborales ingresó al programa de cuidado prenatal a la semana 16 de gestación. Su familia está pendiente de ella, en especial su madre, quien se ha convertido en un verdadero apoyo. Aún no se ha realizado ecografías y no ha percibido los movimientos de su bebé; pero esto no la preocupa porque ella manifiesta que su hijo estará bien mientras esté con todas sus necesidades resueltas en su vientre; por lo tanto, no ve conveniente bajarle el ritmo a su trabajo. No piensa en su gestación, ni en su bebé porque su trabajo absorbe todos sus pensamientos; aunque ya ha empezado a comprar cosas y adecuar espacios para la llegada de hijo.

8.1.3.6. Caso contrario

Alba es una mujer de 34 años, casada hace 8 años, se encuentra en gestación de su tercer hijo. Ha sido víctima de violencia doméstica y las relaciones afectivas con su madre no han sido las mejores, sobre todo porque su madre deseaba que fuera profesional y no una ama de casa. Alba ha maltratado física y verbalmente a sus dos hijos previos y en esta tercera gestación aún no ha iniciado sus cuidados prenatales a pesar de que ya tiene 20 semanas de gestación. Aún no tiene un

nombre para su nuevo hijo y aunque ya ha percibido los movimientos fetales, expresa que estos le generan enojo y no ve la hora de que este bebé salga de ella.

8.1.3.7. Referentes empíricos

Tabla 5. Referentes empíricos relacionados con el apego materno-fetal.

Instrumento	Autor	Año	Nº ítems	Dimensiones	Características psicométricas
Prenatal Tool	Barbara Rees (45)	1980	78	<p>Feelings of Motherliness (FOM): imaginative play, experiences with childrens, infant feeding, feelings of nuruturance.</p> <p>Conception of the fetus as a person (CFP): talking about the baby, talking to the fetus, reaction to fetal movement, interaction with the fetus.</p> <p>Appropriateness of fantasies about the baby-to-be (AFB): daydreaming about the baby-to-be, daydream about the child-to-be.</p>	<p>Consistencia interna, alfa de Cronbach: FOM: 0.87 CFP: 0.89 AFB: 0.67 Estabilidad Test-retest: 0.88</p>
Maternal-Fetal Attachment (MFA)	Mecca Cranley (26)	1981	24	<p>Differentiation of self from the fetus (DIFFSLF).</p> <p>Interaction with the fetus (INTERACT).</p> <p>Attributing characteristics and intentions to the fetus (ATTRIBUT).</p> <p>Giving of self (GIVINGSL).</p> <p>Role-taking (ROLETAK).</p>	<p>Consistencia interna, alfa de Cronbach: (DIFFSLF): 0.62 (INTERACT): 0.68 (ATTRIBUT): 0.67 (GIVINGSL): 0.52 (ROLETAK): 0.73 MFA: 0.85</p>
Prenatal Maternal Attachment Scale	LoBiondo-Wood & Vito-	1990	39	Attachment experienced by the mother.	Consistencia interna, alfa de Cronbach: 0.83

	O'Rourke (158)			Experiencing quickening.	
Prenatal Inventory Attachment (PAI)	Mary Muller (99)	1993	27	Unidimensional. Un solo factor con cuatro temas: Preparedness, Fantasizing, Affection, Interaction.	Consistencia interna, alfa de Cronbach: 0.81
Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale (MAAS)	John Condon (44)	1993	19	Quality of the affective experiences of attachment. Intensity of preoccupation with the fetus.	Consistencia interna, alfa de Cronbach: 0.69 a 0.82
Modified Maternal Foetal Attachment Scale	Hsu & Chen (159)	2004	41	Interaction with the fetus. Giving of self. Identity with the fetus. Fantasizing.	Consistencia interna, alfa de Cronbach: 0.92 Estabilidad Test-retest: 0.82
Pregnancy Involvement List (PIL)	Kleinvedl et al. (160)	2007	10	Unidimensional	Consistencia interna, alfa de Cronbach: 0.79

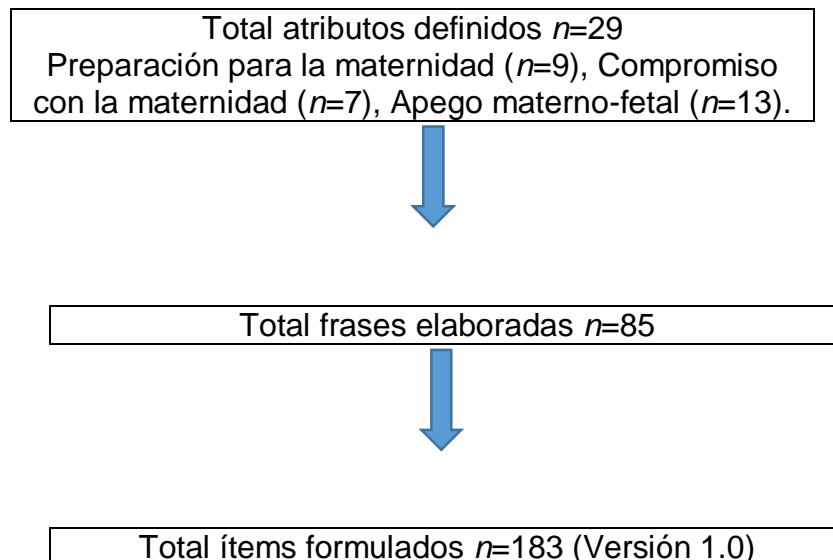
Después de realizar los análisis de los conceptos de preparación para la maternidad durante la gestación, compromiso con la maternidad durante la gestación y apego materno-fetal, surgen algunas consideraciones importantes a tener en cuenta:

- Parece existir una superposición de atributos en los conceptos analizados. Todos ellos por ejemplo comparten el apoyo social y familiar y la disposición de la mujer a cuidar de su salud y de su gestación.
- No se puede establecer si los conceptos tienen una relación lineal paralela o secuencial, debido al método elegido para analizarlos.
- No es posible medir la preparación para la maternidad, ni el compromiso con la maternidad, por la ausencia de instrumentos.
- Aunque la preparación y el compromiso parecen conceptos continuos en el proceso de convertirse en madre, es claro que, durante la época de la gestación, tienen unas características particulares.

- Los atributos de los conceptos son fácilmente identificables en las mujeres que se encuentran en gestación.
- Los conceptos analizados son multidimensionales, lo que los configura probablemente como fenómenos independientes en el proceso de convertirse en madre.

8.2. Elaboración del instrumento

Una vez finalizados los análisis de los conceptos de preparación para la maternidad, compromiso con la maternidad y apego materno-fetal, se procedió a elaborar la versión 1.0 del instrumento con 183 ítems formulados a partir de los atributos de cada uno de los conceptos (Anexo 7). Posteriormente, se hizo una primera revisión junto con las directoras de tesis de la que surgió la versión 1.1 del instrumento con 77, teniendo en cuenta los mismos criterios utilizados para la formulación inicial, es decir, que los ítems no fueran redundantes, que fueran claros, que no utilizaran términos confusos, que no estuviesen redactados en negativo, que no fueran preguntas, que no hicieran alusión a dos elementos y que estuviesen redactados de forma tal que no se produjeran los sesgos mencionados previamente (Anexo 8). En el siguiente flujograma se puede observar el proceso de elaboración del instrumento hasta su versión final.



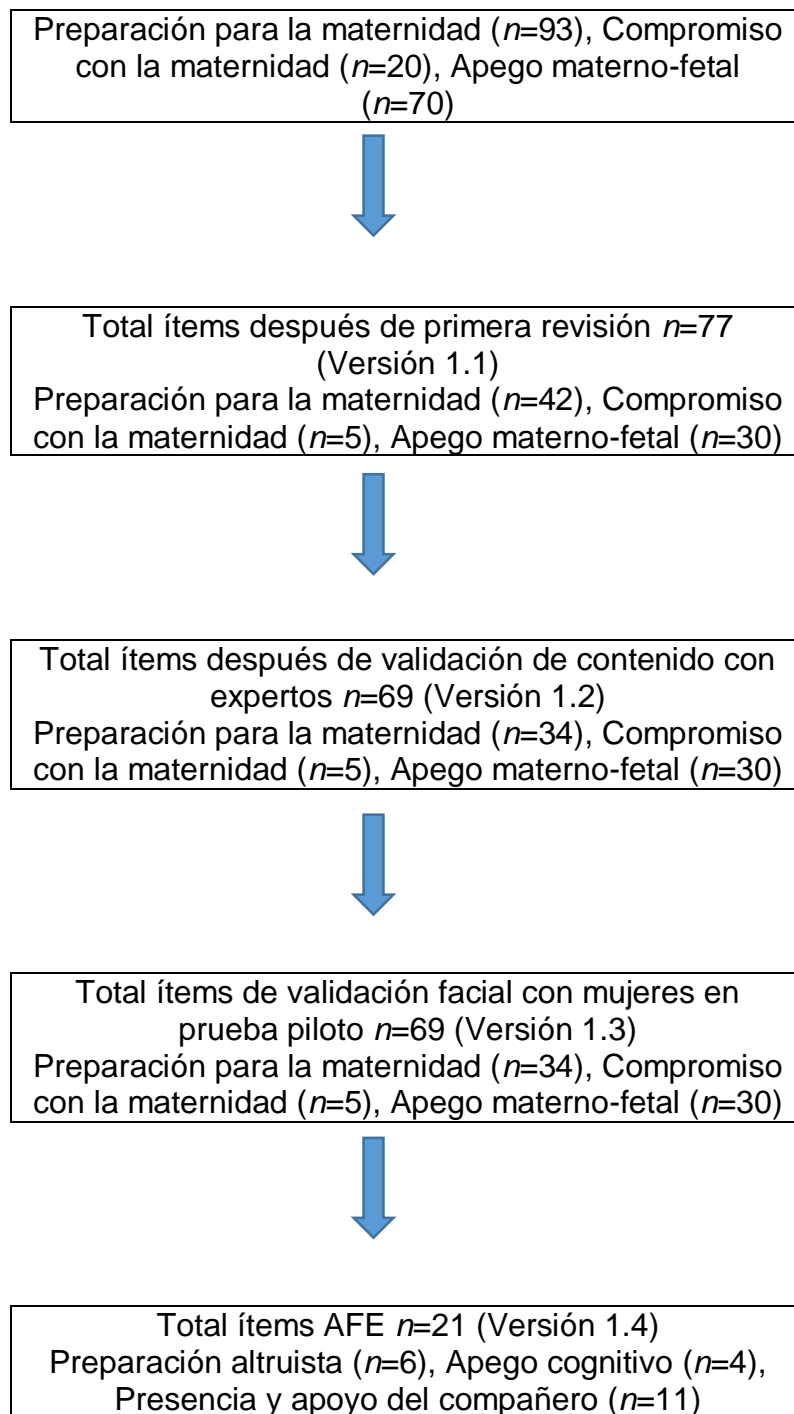
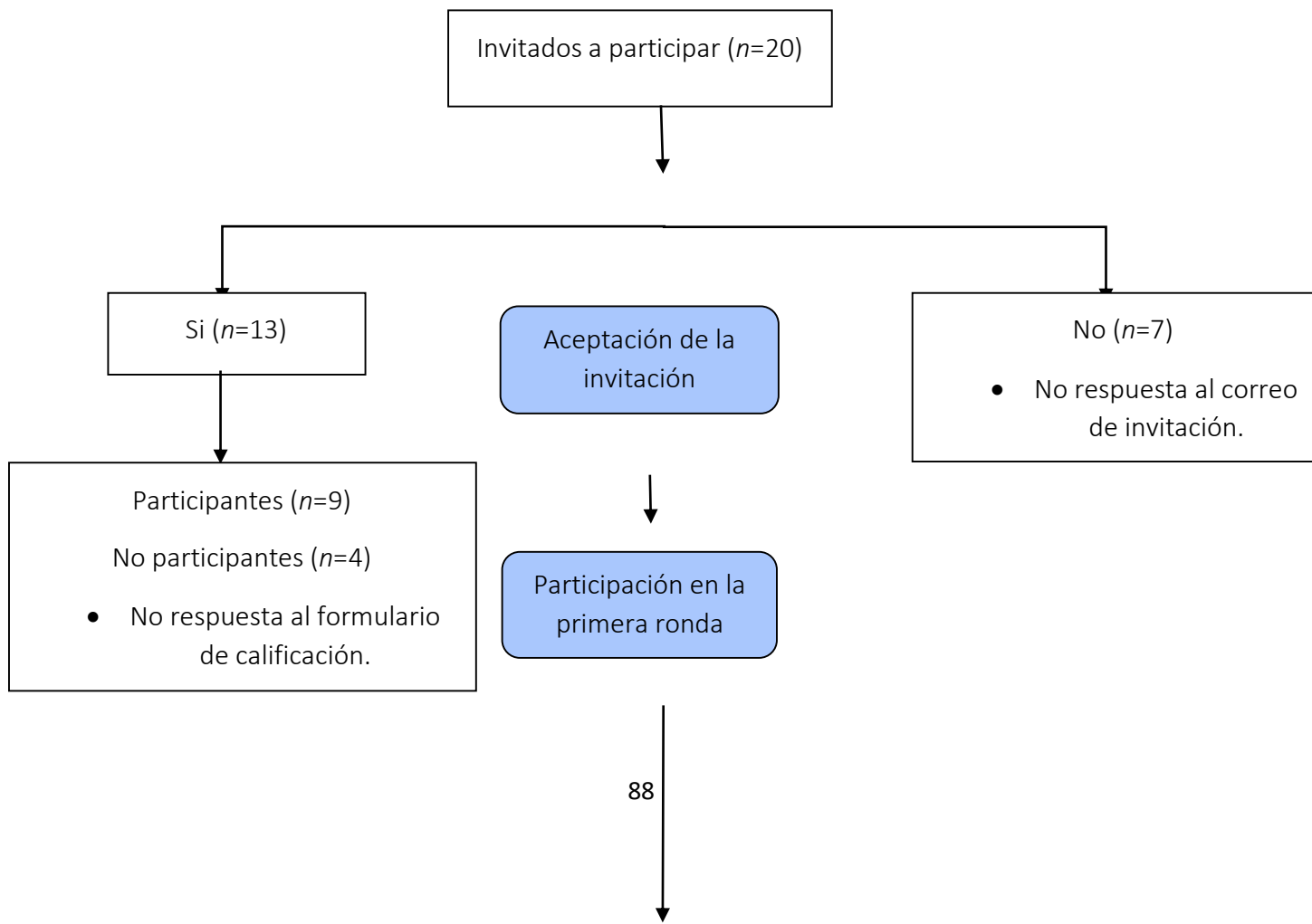


Figura 4. Flujograma de la elaboración del instrumento hasta su versión final.

Para la versión 1.1. del instrumento, se eliminaron aquellos ítems redundantes, imprecisos o repetidos, dando como resultado 42 ítems para el concepto de preparación para la maternidad, 5 ítems para el concepto de compromiso con la maternidad y 30 ítems para el concepto de apego materno-fetal. Al realizar el ejercicio de la definición y revisión de los ítems por cada atributo identificado en cada concepto analizado, se identificaron ítems similares porque algunos atributos también lo fueron en los tres conceptos. Esta situación generó una distribución no balanceada de ítems por cada concepto, con una menor proporción para el compromiso con la maternidad durante la gestación, debido a que muchos de los ítems formulados para este concepto, ya hacían parte del concepto de preparación para la maternidad.

8.3. Validación de contenido

La versión 1.1 del instrumento se sometió a validación de contenido con 9 expertos en dos rondas de calificación. En la figura 2 se puede observar el flujograma de participación por parte de los expertos. Todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión estipulados. (Anexo 9)



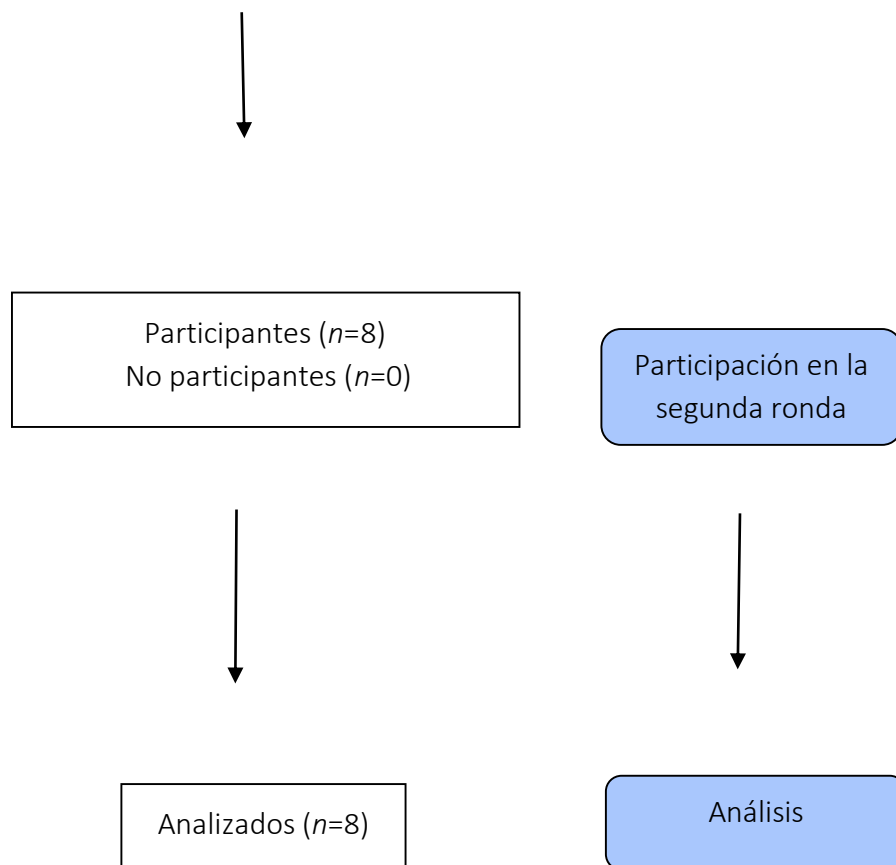


Figura 5. Flujograma de participación de expertos en la validación del instrumento.

Después de las dos rondas de validación de contenido, se eliminaron en total 8 ítems principalmente porque unos parecían ítems repetidos y otros porque eran confusos en su redacción. Además, se modificó la redacción de 23 y permanecieron igual un total de 46, dando como resultado la versión 1.2 del instrumento.

Los ítems que se modificaron en su redacción en general fueron para mejorar su comprensión y su claridad; algunas de las modificaciones consistieron en cambiar, agregar o retirar palabras del ítem; en menor cantidad, las modificaciones consistieron en modificar sustancialmente la redacción del ítem. En la tabla 6 se pueden observar los resultados de la V de Aiken con sus respectivos IC en ambas

rondas de validación para cada ítem y la descripción de los ajustes hechos a los ítems que se modificaron en su redacción.

Con respecto a los resultados de la validación, el 32.5% de los ítems en la primera ronda con los expertos obtuvieron un IC95% de la V de Aiken que pasaba por el 0.7 como límite inferior; situación que no se presenta en la segunda ronda, donde el 100% de los ítems obtienen un IC95% por encima de este límite inferior. De los ítems que obtienen una V de Aiken cuyo límite inferior es de 0.7 o menor, el 85% correspondían al concepto de preparación para la maternidad y un 15% al concepto de apego materno-fetal. (Anexo 10).

Aunque se determinó que el punto de corte para la selección de los ítems en la validación de contenido fuera aquellos cuyo IC95% en el límite inferior estuviera mayor de 0.7, algunos de ellos no cumplieron con este criterio, se decidió dejarlos para la validación de constructo debido a las razones teóricas expuestas a continuación:

- “Durante mi gestación consumo cigarrillo, alcohol u otras sustancias dañinas como drogas”. Teóricamente este ítem se relaciona no solo con el constructo de la preparación para la maternidad en términos de conductas saludables, sino también, con el constructo de apego materno-fetal en términos de la dimensión altruista entendida esta como deseos de proteger al bebé de cualquier peligro (161-163).
- “Me encargo sola de los oficios de la casa”. Desde la teoría este ítem da cuenta del componente de red de apoyo por parte del compañero o pareja, de la familia u otros significativos; y la red de apoyo es un componente que transversaliza todos los constructos evaluados (106) (161).
- “Practico los cuidados de un recién nacido para ganar confianza”. En la teoría de preparación para la maternidad, la preparación física implica practicar los cuidados de un recién nacido ya sea observando a otras mujeres hacerlo o a través de la simulación en las actividades educativas del cuidado prenatal; y esta actividad práctica genera no solo confianza en la mujer gestante, sino también, un sentimiento de autoeficacia (24) (161).

- “Me enoja sentir el bebé pateando”. En la teoría del apego materno-fetal, los movimientos fetales, entre ellos las patadas, se consideran elementos de interacción fundamentales que generan cognitivamente la posibilidad de ir representando la imagen del bebé y su presencia como otro ser; pero, además, este ítem está formulado de manera negativa, lo que puede generar una mayor repercusión en el ítem y en el constructo de apego materno-fetal (164-166).
- “Comparto tiempo con mi pareja”. Desde la teoría del apego materno-fetal y la preparación para la maternidad, la relación con el compañero es fundamental; y en esta relación compartir tiempo como estrategia de acompañamiento y apoyo, resulta fundamental para afianzar la relación entre la mujer y el hijo por nacer (151,167).
- “La forma en que me trata mi pareja contribuye a apegarme a mi bebé”. La teoría muestra evidencia de la relación del apego y las formas de vinculación de la mujer con su pareja y dentro de estas formas de vinculación, el trato, es primordial porque genera vínculos más fuertes o más débiles (151,167) (168).

8.4. Validación facial

Se realizó validación facial de la versión 1.2 del instrumento por medio de prueba piloto con 23 mujeres gestantes. (Anexo 11) Ninguna de las mujeres participantes presentó alteración emocional cuando se encontraba leyendo el instrumento. La duración del diligenciamiento del instrumento fue en promedio de 11 minutos, la participante que menos demoró se tomó 10 minutos y la que más duró 13 minutos. En la tabla N° 6 se pueden observar las características de las mujeres participantes en la validación facial. Estas mujeres tuvieron una mediana de edad de 25 años con rango intercuartílico (RIC) de 6 años, casi el 70% son de estratos bajos (1 y 2), igual porcentaje tiene régimen contributivo, una de cada dos es nulípara, 47% se encontraban en unión libre y 43% eran mujeres empleadas. La secundaria completa fue la escolaridad más frecuente (10) y el 50% de las participantes tenían 23 semanas de gestación o más.

Tabla 6. Características de las mujeres participantes en la validación facial de la versión 1.2 del instrumento para medir el apego materno-fetal, el compromiso y preparación para la maternidad durante la gestación.

Variable	Valor
Edad; Mediana, (RIC, Min-Max)	25 (6, 19-39)
Estrato; n (%)	
1	6 (26,1)
2	10 (43,5)
3	4 (17,4)
4	3 (13,0)
Régimen; n (%)	
Contributivo	16 (69,6)
Especial	1 (4,3)
Subsidiado	6 (26,1)
Número de hijos; n (%)	
0	12 (52,2)
1	9 (39,1)
2	1 (4,3)
4	1 (4,3)
Estado civil; n (%)	
Casada	5 (21,7)
Soltera	7 (30,4)
Unión libre	11 (47,8)
Ocupación; n (%)	
Ama de casa	7 (30,4)
Empleada	10 (43,5)
Estudiante	4 (17,4)
Independiente	2 (8,7)
Escolaridad; n (%)	
Especialista	1 (4,3)
Pregrado	4 (17,4)
Primaria completa	1 (4,3)
Primaria incompleta	2 (8,7)
Secundaria completa	10 (43,5)
Técnica	5 (21,7)
Semanas de gestación; Mediana, (RIC, Min-Max)	23 (15, 9-37)

Con respecto a las observaciones al instrumento, 10 de las participantes no comentaron nada respecto a este; dos mencionaron que en el ítem “Puedo entender que mi bebe es un ser diferente de mi” no es clara la expresión “diferente de mi”. Cinco participantes mencionaron que los ítems relacionados con la pareja y la figura materna eran repetitivos. Teniendo en cuenta estas observaciones se decidió ajustar la redacción del ítem “Puedo entender que mi bebé es un ser diferente de mi” por la frase “Entiendo que mi bebé es una persona diferente de mi”; generando

así la versión 1.3 del instrumento. (Ver anexo N° 6). Los ítems relacionados con la pareja y la figura materna no se modificaron ya que cada uno de ellos está orientado a un concepto diferente.

Seis participantes expresaron que las preguntas del instrumento son claras y también manifestaron que eran importantes, porque durante el control prenatal no se les hace este tipo de preguntas y para ellas, este tipo de preguntas favorecen que las mujeres piensen en cómo puede afectar su vida.

Al tabular la información se notó que 11 preguntas del instrumento fueron calificadas con un puntaje de 4 por la totalidad de las mujeres:

- “Tengo en cuenta las recomendaciones que otras personas me dan para prepararme como mamá”.
- “Me informo acerca de la crianza de un hijo”.
- “Tengo recursos económicos para los gastos de mi gestación”.
- “Cuento con el apoyo económico de otras personas cuando lo necesito”.
- “Siento que el amor hacia mi bebé aumenta cada día”.
- “Deseo tener este bebé”.
- “Me siento segura de poder brindar amor a mi bebé”.
- “Me siento cómoda con la relación que tengo con mi pareja”.
- “Siento que voy a amar a mi hijo como mi figura materna me amo”.
- “Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción”.
- “Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos”.

La situación presentada con estas preguntas se tuvo en cuenta en el paso de la validación de constructo, donde aquellos ítems que presentaran varianza de cero se eliminaron del instrumento.

8.5. Validación de constructo

Esta validación se hizo con la versión 1.3 del instrumento. (Anexo 12) La muestra de mujeres gestantes participantes del estudio fue de $n=215$, pero $n=5$ se excluyeron porque no alcanzaron a responder el instrumento porque lo olvidaron después de que fueron atendidas en el servicio al que asistieron y $n=10$ respondieron el instrumento de manera incompleta; por lo tanto, el total de mujeres fueron $n=200$.

La edad y las semanas de gestación no presentan distribución normal; la mediana de la edad fue de 26 años (RIC 9 años), con una edad mínima de 18 y máxima de 43 años. Con respecto a las semanas de gestación, la mediana fue de 26 semanas (RIC 13 semanas); con 6 semanas como mínimo y 39 como máximo.

En la tabla N.º 7 se muestran de forma detallada otras características sociodemográficas de la muestra de estudio. El 71.5% de las usuarias tenían estrato socioeconómico 1 y 2, estaban afiliadas al régimen subsidiado de salud el 57.5%, el 81% de las participantes tenían hasta un hijo y la mayoría se encontraban en unión libre (54%), solo el 37% se encontraban laborando como empleadas o independientes y el 37% de las mujeres tenían secundaria completa. El 73% de las mujeres participantes son de Medellín, y 27% pertenecen a otros municipios de Antioquia debido a que la institución donde se realizó el estudio es una red de atención de primer nivel que cuenta con sedes en diferentes municipios del departamento para cubrir afiliados de las diferentes EPS del régimen subsidiado y contributivo.

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra de estudio. ($n=200$)

Características sociodemográficas	<i>n</i>	%
Estrato socioeconómico		
1	63	31.5

2	80	40
3	48	24
4	6	3
5	3	1.5
Régimen de afiliación a salud		
Contributivo	85	42.5
Subsidiado	115	57.5
Número de hijos		
0	81	40.5
1	81	40.5
2	25	12.5
3	5	2.5
4	5	2.5
5	1	0.5
7	1	0.5
9	1	0.5
Estado civil		
Unión libre	108	54
Soltera	53	26.5
Casada	36	18
Divorciada	2	1
Viuda	1	0.5
Ocupación		
Ama de casa	93	46.5
Empleada	53	26.5
Estudiante	24	12
Independiente	21	10.5
Desempleada	9	4.5
Escolaridad		
Secundaria completa	74	37
Técnica	49	24.5
Secundaria incompleta	26	13
Primaria completa	14	7
Tecnología	14	7
Pregrado	10	5
Especialización	3	1.5
Maestría	3	1.5
Lugar de residencia		
Medellín	146	73
Buriticá	21	10.5
Bello	16	8
San Pedro	10	5
Envigado	5	2.5
Itagüí	1	0.5
Don Matías	1	0.5

Con respecto a la validez de constructo, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio de los ítems para identificar los factores que subyacían en los mismos.

De forma parsimoniosa, se ejecutaron 42 modelos, en los cuales se eliminaron en total 48 ítems del instrumento dando como resultado la versión 1.4 siendo esta la versión final.

A continuación, se puede observar en la tabla N.º 8, el resumen detallado para alcanzar el modelo final de tres dimensiones y 21 ítems del instrumento denominado: “Convertirse en madre durante la gestación”.

Los resultados de las pruebas de adecuación muestral, específicamente Kaiser Meyer Olkin, se puede observar en la columna correspondiente. Para todos los modelos se visualizan resultados de KMO por encima de 0.75. Los datos completos de análisis se muestran solo para el modelo final.

Tabla 8. Resumen AFE del instrumento.

Modelos	Total ítems	KMO	Ítem eliminado	Observaciones
1 al 5	68	0.76	5	En este primer ejercicio se elimina el ítem 5 que hace parte del concepto de compromiso porque todas las mujeres eligieron la misma opción de respuesta; por lo tanto, su varianza fue de cero. En estos modelos tres ítems que daban cuenta del concepto de compromiso no tenían cargas factoriales mayores a 0.4 y los factores resultantes son una mezcla de ítems de apego y de preparación. Se decide eliminar estos 3 ítems del concepto de compromiso.
6 al 8	65	0.76	63, 64, 65	En estos modelos, los factores resultantes son una mezcla de ítems de apego y de preparación, sin ningún sentido lógico. Se eliminan los ítems con cargas factoriales menores a 0.4
9 al 12	60	0.77	24, 27, 40, 42, 46	A partir de este modelo se empieza a identificar un factor claro relacionado con el apoyo y la presencia de la pareja y otros factores cargan con mezclas de ítems de apego y de preparación sin ningún sentido. Se eliminan los ítems con cargas factoriales menores de 0.4
13 al 15	54	0.78	2, 3, 19, 26, 31, 37	En estos modelos se hace más claro el factor relacionado con el apoyo y

				presencia de la pareja y van tomando forma dos factores de apego e interacción y otro factor que mezcla ítems de apego y de preparación. Se eliminan los ítems con cargas factoriales menores de 0.4.
16 al 20	46	0.80	22, 17, 43, 48, 51, 55, 56, 61	En estos modelos el único factor que continúa siendo claro es el factor de apoyo y presencia de la pareja. Los factores adicionales siguen siendo una mezcla de ítems de apego con preparación. Se eliminan los ítems con cargas factoriales menores de 0.4
21 al 24	40	0.82	69, 4, 13, 28, 34, 36	En estos modelos el único factor que continúa siendo claro es el factor de apoyo y presencia de la pareja. Los factores adicionales siguen siendo una mezcla de ítems de apego con preparación. Se eliminan los ítems con cargas factoriales menores de 0.4
25 al 28	32	0.86	44, 62, 9, 15, 21, 52, 35, 1	En estos modelos el único factor que continúa siendo claro es el factor de apoyo y presencia de la pareja. Los factores adicionales siguen siendo una mezcla de ítems de apego con preparación. Se eliminan los ítems con cargas factoriales menores de 0.4
29 al 32	28	0.86	10, 16, 30, 66	En estos modelos se visualizan estructuras factoriales más claras, pero al reducir los factores, se mezclan ítems de apego y de preparación que teóricamente no son posibles de nombrar y explicar. Se eliminan ítems con cargas factoriales menores de 0.4
33 al 38	24	0.87	32, 33, 25, 45	En estos modelos, algunos factores cargan con menos de tres ítems, algunos otros cargan con ítems compartidos y aún se mezclan ítems de apego y de preparación. Se eliminan ítems con cargas factoriales menores de 0.4
39 al 40	23	0.88	20	En estos modelos aún quedan ítems con cargas factoriales menores de 0.4, pero la estructura resultante muestra un modelo de tres factores.
41	21	0.88	38, 47	En este modelo de cuatro factores, un factor carga solo con dos ítems; por lo tanto, se decide ajustar a tres factores.
42	21	0.88	38, 47	Este modelo de tres factores, los ítems que cargaban en un solo factor en el modelo previo, se agrupan a un factor que teóricamente es posible nombrar;

				por lo tanto, se decide que este es el modelo final.
--	--	--	--	--

8.5.1. Resultados del modelo final del instrumento

El modelo final del AFE dio como resultado un instrumento de tres dimensiones y 21 ítems. A continuación, se especifican los análisis de los criterios estimados para este último modelo. Las pruebas de adecuación muestral mostraron que la matriz de correlación no corresponde a una matriz de identidad, teniendo, además, una excelente adecuación de los datos (Tabla 9) con un KMO que indicaba la pertinencia del AFE de los datos.

Tabla 9. Resultados pruebas de adecuación muestral.

Criterio	Resultado
Estadístico de esfericidad de Bartlett	3515.98 (grados de libertad=210; $p < 0.0001$)
Test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0.88

Con respecto a las comunalidades del modelo final, puede observarse que la mayoría de los ítems no cambian de manera importante su varianza explicada en la solución inicial y las reproducidas por la solución factorial (Tabla 10), excepto para los ítems 39, 41, 49 y 50, que disminuyen sus varianzas en la extracción a menos de 0.4.

Tabla 10. Comunalidades de los ítems de la versión final del instrumento en la solución inicial y rotada del AFE del modelo de 21 ítems (versión 1.4)

Ítem	Descripción	Inicial	Extracción
6	La relación que tengo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me ayuda a prepararme para ser mamá	0.849	0.851
7	Estoy segura de que mi pareja (compañero/a o padre del hijo) quiere que sea mamá	0.850	0.821
8	Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) se muestra interesado en aprender acerca de la gestación	0.722	0.693

11	Me informo acerca de cómo prepararme para el parto	0.425	0.443
12	Me informo acerca de la crianza de un hijo	0.484	0.510
14	Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me apoya económicamente	0.860	0.836
18	Comparto tiempo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)	0.723	0.686
23	Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) está pendiente de mi como mujer y no solo por estar en gestación	0.860	0.852
29	Estoy segura de querer ser mamá con mi pareja (compañero/a o padre del hijo) actual	0.685	0.631
39	Busco información acerca de cómo prepararme para ser mamá	0.371	0.335
41	La forma en que me trata mi pareja (compañero/a o padre del hijo) contribuye a apegarme a mi bebé	0.534	0.343
49	Deseo tener este bebé	0.636	0.385
50	Siento que esta gestación me genera emociones positivas	0.528	0.332
53	Siento que la presencia de mi pareja (compañero/a o padre del hijo) hace que me apegue a mi bebé	0.636	0.494
54	Me siento segura con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)	0.845	0.809
57	Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción	0.718	0.618
58	Acepto mi gestación sin importar si fue planeada o no	0.585	0.541
59	Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos	0.770	0.790
60	Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien	0.772	0.873
67	Me informo acerca de los cuidados del recién nacido	0.474	0.503
68	Me siento cómoda con la relación que tengo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)	0.869	0.850

La solución factorial del modelo 42 de 21 ítems mostró que emergieron 4 factores con valores propios mayores a 1, pero solo los tres primeros explicaban un 62.8% de la varianza, de la cual, el primer factor explicaba un 37.6% (Tabla 11).

Tabla 11. Análisis factorial.

Total Varianza Explicada							
Factor	Valores propios iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación
	Total	% de Varianza	Acumulado %	Total	% de Varianza	Acumulado %	Total
1	8.215	39.120	39.120	7.910	37.667	37.667	7.897
2	4.200	19.998	59.119	3.463	16.491	54.158	3.342
3	1.886	8.980	68.099	1.823	8.680	62.838	3.269
4	1.072	5.106	73.205				
5	0.862	4.106	77.311				
6	0.655	3.118	80.429				
7	0.590	2.809	83.238				
8	0.498	2.372	85.610				
9	0.424	2.021	87.631				
10	0.414	1.972	89.603				
11	0.367	1.746	91.349				
12	0.337	1.605	92.954				
13	0.312	1.485	94.439				
14	0.207	0.988	95.427				
15	0.198	0.944	96.370				
16	0.175	0.834	97.204				
17	0.156	0.743	97.947				
18	0.149	0.712	98.659				

19	0.118	0.564	99.223				
20	0.089	0.423	99.647				
21	0.074	0.353	100.000				

Cuando se analizó la matriz de la estructura factorial rotada, se encontró que todas las correlaciones estuvieron por encima de 0.5. Once de los 21 ítems pertenecen al primer factor. Como ya se había indicado previamente en la ejecución de los modelos, no se logró retener ningún ítem relacionado con el concepto de compromiso con la maternidad y la configuración de los ítems a partir de esta solución rotada permitió que emergiera una nueva dimensión relacionada con el compañero de la mujer. Es de resaltar que, en este factor, 10 de 11 ítems tienen correlaciones por encima de 0.7. Por otro lado, el factor 2 está compuesto por ítems que inicialmente se diseñaron para la preparación y el apego, configurando una dimensión que involucra aspectos de la preparación que demuestran altruismo o un cuidado desinteresado buscando el bienestar del bebé; de este factor se resalta que la correlación más alta es de 0.71. Por último, se identificó que en el factor 3, de los cuatro ítems, tres están relacionados con el concepto de apego materno-fetal y uno con preparación para la maternidad; estos cuatro ítems hablan acerca del componente cognitivo del apego. (Tabla 12)

Por lo tanto, teniendo en cuenta los ítems que componen cada uno de los factores en la matriz rotada, se procede a nombrar cada factor así:

Factor 1: Apoyo y presencia del compañero. (11 ítems)

Factor 2: Preparación altruista (6 ítems).

Factor 3: Apego cognitivo (4 ítems)

Tabla 12. Matriz de factores rotada.

Matriz Patrón			
Ítem	Factor		
	1	2	3

6: La relación que tengo con mi pareja me ayuda a prepararme para ser mama.	0.925		
7: Estoy segura de que mi pareja quiere que sea mama.	0.914		
8: Mi pareja se encuentra interesado en aprender acerca de la gestación.	0.825		
11: Me informo acerca de cómo prepararme para el parto.		0.712	
12: Me informo acerca de la crianza de un hijo.		0.665	
14: Mi pareja me apoya económicamente.	0.908		
18: Comparto tiempo con mi pareja.	0.828		
23: Mi pareja está pendiente de mi como mujer y no solo por estar en gestación.	0.906		
29: Estoy segura de querer ser mama con mi pareja.	0.757		
39: Busco información acerca de cómo prepararme para ser mama.		0.618	
41: La forma en que me trata mi pareja contribuye a apegarme a mi bebé.	0.589		
49: Deseo tener este bebé.		0.586	
50: Siento que esta gestación me genera emociones positivas.		0.566	
53: Siento que la presencia de mi pareja hace que me apegue a mi bebé.	0.700		
54: Me siento segura con mi pareja.	0.907		
57: Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción.			0.762
58: Acepto mi gestación sin importar si fue planeada o no.			0.525
59: Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos.			0.923
60: Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien.			0.964

67: Me informo acerca de los cuidados de un recién nacido.		0.685	
68: Me siento cómoda con la relación que tengo con mi pareja.	0.927		

La tabla 11 muestra que la validez discriminante fue adecuada pues ninguno de los factores comparte más del 40% de la varianza, lo que indica que son factores independientes.

Tabla 13. Matriz de correlación de los factores.

Factor	1	2	3
1	1.000		
2	0.152	1.000	
3	0.053	0.439	1.000

8.5.2. Análisis de confiabilidad del instrumento

Al analizar la confiabilidad del instrumento y de sus dimensiones por medio del alfa de Cronbach, se identifica un resultado global de 0.90 para el instrumento siendo una confiabilidad aceptable. Este resultado podría incrementarse a 0.91 si se eliminaran los ítems 11 y 39, pero el cambio no sería relevante. Para la dimensión de *Apoyo y presencia del compañero*, la confiabilidad fue de 0.96 y no podría mejorarse más eliminando algún ítem en particular. El alfa de Cronbach para la dimensión de *Preparación altruista* fue 0.75 siendo la más baja de las tres dimensiones, pero aun conservando una confiabilidad aceptable, logrando mejorarse a 0.76 si se eliminara el ítem 49; y finalmente, para la dimensión de *Apego cognitivo*, la confiabilidad obtenida fue de 0.87, que podría mejorarse a 0.89 si se eliminara el ítem 58. (Tabla 14)

Tabla 14. Valores del alfa de Cronbach del instrumento total y por dimensiones si se elimina un ítem

Total $\alpha = 0.90$		Dimensión presencia y apoyo pareja $\alpha = 0.96$		Dimensión preparación altruista $\alpha = 0.75$		Dimensión apego cognitivo $\alpha = 0.87$	
Ítem	α	Ítem	α	Ítem	α	Ítem	α
6	0.894	6	0.955	11	0.690	57	0.835
7	0.895	7	0.956	12	0.693	58	0.898
8	0.896	8	0.958	39	0.712	59	0.827
11	0.912	14	0.955	49	0.763	60	0.814
12	0.905	18	0.958	50	0.750		
14	0.894	23	0.955	67	0.684		
18	0.896	29	0.960				
23	0.893	41	0.964				
29	0.897	53	0.961				
39	0.913	54	0.955				
41	0.902	68	0.955				
49	0.908						
50	0.908						
53	0.898						
54	0.894						
57	0.908						
58	0.907						
59	0.908						

60	0.908
67	0.909
68	0.894

Debido a que la selección de una opción de respuesta u otra en cada uno de los ítems del instrumento dependerá de la edad gestacional y de lo que la mujer haya avanzado en su preparación, en su apego y en su percepción acerca de la presencia y el apoyo de su compañero, en este instrumento las opciones de respuesta pueden variar a lo largo de la gestación, por esa razón en una submuestra de 29 participantes, se hizo una segunda aplicación y se compararon los resultados con la primera medición.

Es relevante mencionar que, de acuerdo a lo planteado en la metodología, la submuestra esperada era de 60 participantes, pero se presentaron varias circunstancias que impidieron el logro de este número. Primero, como la selección de las participantes se hacía de manera aleatoria, muchas de ellas ya habían tenido su parto al momento de contactarlas, otras no pudieron ser localizadas porque no respondieron al número telefónico brindado en la primera aplicación y otras tanto, manifestaron su deseo de no participar. Se suma a estas situaciones, que, dado que la segunda aplicación se determinó cuatro semanas después de la primera, no fue posible devolverse a las primeras participantes porque el tiempo estimado ya había transcurrido para muchas de ellas.

La evaluación de las dos mediciones mostró que no distribuían normal, así que se utilizó la estadística no paramétrica. En la tabla 13 puede apreciarse que los ítems que muestran diferencias significativas son el 11: me informo acerca de cómo prepararme para el parto, el 12: me informo acerca de la crianza de un hijo el 39: busco información acerca de cómo prepararme para ser mamá y el 50: siento que esta gestación me genera emociones positivas; todos ellos de la dimensión *Preparación altruista*. El puntaje total de la escala y la dimensión *Preparación altruista* tuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las dos mediciones. (Tabla 15)

Tabla 15. Prueba de Wilcoxon en dos mediciones para el puntaje por ítem, dimensión y total del instrumento.

Total	Dimensión	Ítem	Valor p Ítem
Convertirse en madre durante la gestación. $p= 0.039$	Presencia y apoyo del compañero. $p=0.29$	6	0.52
		7	0.41
		8	0.57
		14	1
		18	0.45
		23	0.15
		29	0.85
		41	0.67
		53	0.48
		54	0.52
	68	0.95	
	Preparación altruista. $p=0.001$	11	0.07
		12	0.01
		39	<0.001
		49	0.56
		50	0.03
		67	0.14
	Apego cognitivo. $p=0.71$	57	1
		58	0.70
		59	0.19
60		0.15	

De otro lado, en la tabla 14, pueden observarse los puntajes que se proponen para la versión final del instrumento, tanto para el total, como para las dimensiones que emergieron. El puntaje máximo total y mínimo del instrumento es de 84 y de 21 respectivamente. Se esperaría que a mayor puntaje mejor sea el proceso de convertirse en madre durante la gestación, esta misma apreciación podría aplicarse para cada una de las dimensiones del instrumento. (Tabla 16)

Tabla 16. Puntaje mínimo y máximo del instrumento y las dimensiones.

Instrumento	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Total	21	84
Dimensión Presencia y apoyo del compañero	11	44
Preparación altruista	6	24
Apego cognitivo	4	16

Los estadísticos descriptivos del puntaje de la versión final del instrumento que se realizó en la muestra de las 200 mujeres participantes se pueden observar en la tabla N° 17. Es de resaltar que el instrumento, ni sus dimensiones presentan distribución normal. El 50% de las mujeres obtuvieron un puntaje total de 77 o más,

resultado que permite indicar que el proceso de convertirse en madre durante la gestación se está dando de manera adecuada.

Tabla 17. Estadística descriptiva de los puntajes de la versión final del instrumento.

Estadístico	Total	Apoyo/Presencia compañero	Preparación altruista	Apego cognitivo
Mediana	77	43	19	16
RIC	6	5	2	0
P25	73	39	18	16
P75	79	44	20	16

9. Discusión

La transición hacia la maternidad es un proceso continuo que inicia con la decisión de ser madre, independiente de si la gestación fue o no planeada, y de acuerdo a Mercer (4) no finaliza porque una mujer no deja de ser madre pero, si se transforma con el paso del tiempo y con cada momento vital de los hijos. Esta transformación favorece el crecimiento y la expansión de la conciencia según Nelson (5) posibilitando la integración de un nuevo ser a la vida de la mujer y la construcción de una nueva relación entre la madre y su hijo.

Como proceso continuo, convertirse en madre en términos de Mercer (4) significa además, construir una identidad como madre y para llegar a este punto la mujer debe transitar por cuatro estadios de acuerdo a su propuesta teórica: *preparación, compromiso y apego; aprendizaje, conocimiento y restauración física; normalización e identidad materna.*

El primer estadio, se da durante la gestación pero no existe en la literatura ningún desarrollo teórico que amplíe conceptualmente los constructos expuestos por Mercer en su teoría Convertirse en Madre. *La preparación, el compromiso y el apego* como fenómenos que se dan durante la gestación en el inicio de la transición hacia la maternidad derivan de la meta-síntesis desarrollada por Nelson en la que,

el *compromiso* es una de las categorías temáticas del proceso de transición y está conformada por el apego, la preparación y la responsabilidad.

Pero al igual que no existe un desarrollo conceptual, tampoco se identifica en la literatura instrumento alguno que permita medir de manera conjunta estos tres constructos. Cabe anotar que el constructo que más cuenta con instrumentos para su medición es el *apego materno-fetal* pero estos no tienen como base la teoría de Mercer y, se han diseñado y validado contemplando el apego como un fenómeno aislado en el proceso de convertirse en madre. Por el contrario, *la preparación y el compromiso* en el marco de la transición hacia la maternidad no cuentan con instrumentos para su valoración.

La ausencia de un desarrollo conceptual y la inexistencia de instrumentos que midan de manera conjunta este primer estadio durante la gestación ponen de manifiesto la poca utilidad que puede tener esta teoría en la práctica de enfermería especialmente, en el cuidado a la mujer en la época prenatal. Esta limitación teórica y de evidencias para la práctica de enfermería en el cuidado durante la gestación se acentúa por las limitaciones presentes en el control prenatal debido al enfoque biomédico y fisiopatológico que contempla este como producto de intervenciones reduccionistas de la experiencia de ser madre a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna.

De acuerdo a este panorama, esta tesis tuvo como propósitos ampliar teóricamente a través del desarrollo conceptual el primer estadio de la teoría *Convertirse en Madre* de Ramona Mercer y contribuir a la práctica y a la investigación de la enfermería materno-perinatal con el diseño y validación de un nuevo instrumento que mida de manera conjunta *la preparación para la maternidad durante la gestación, el compromiso con la maternidad durante la gestación y el apego materno-fetal*. A continuación, se discuten los resultados obtenidos en el análisis de los conceptos y en el proceso de validación del instrumento diseñado para la medición de estos.

9.1. Análisis de conceptos

9.1.1. Preparación para la maternidad durante la gestación

Respecto al concepto de *preparación para la maternidad durante la gestación*, se identificó como un proceso que está influenciado por el contexto social y cultural en

el que se encuentre la gestante (106) y está determinado por varios elementos que permiten materializarlo. A pesar de haber identificado una variada cantidad de atributos, todos ellos confluyen de una manera particular para entender lo complejo y multidimensional de la preparación para ser madre durante el período gestacional.

Un proceso de preparación consciente, activo y participativo (124) durante la gestación tiene consecuencias positivas para la madre como el fortalecimiento de la confianza, de la auto-estima y de la capacidad de llevar a cabo de forma eficiente su tarea (130); así como la ausencia de preparación puede tener efectos negativos que inhiben la transición saludable (1) hacia una nueva condición en la vida de la mujer; como la ansiedad (169) y los síntomas depresivos (170).

Las fuentes incluidas y revisadas permitieron vislumbrar dos grandes componentes de este concepto. Un primer componente es la preparación psicológica que pretende situar a la mujer en dos escenarios esenciales; el primero, en un escenario imaginario de la madre que puede llegar a ser (128) y el segundo, el escenario retrospectivo de lo que fue su percepción acerca del rol de su madre en la crianza (24). Ambas situaciones plantean un camino hacia el equilibrio entre lo recibido y lo que va a ser entregado y brinda una oportunidad única a la mujer de replantear y reorganizar aspectos de su vida pasada y futura con ella y con sus seres cercanos y significativos.

El segundo componente es la preparación física que favorece en la futura madre el cambio de conductas y hábitos para su salud y la del hijo en camino (42) a través del conocimiento mediado por la información consultada o recibida a través de la participación en grupos de apoyo, actividades educativas grupales o la asistencia a controles prenatales (171); adicionalmente, la disposición de recursos financieros que favorecen la adquisición de elementos para el cuidado y la adecuación de espacios (106); y la preparación para el trabajo de parto y el parto (24).

En otro desarrollo conceptual, la *preparación para la maternidad* tiene otras dimensiones como la legal, la espiritual y la histórica (106); pero es puesta en un contexto reducido a la presencia de una relación entre un hombre y una mujer, con un embarazo planeado y extendido hasta el primer año de vida del hijo. Estas delimitaciones generan restricciones al momento de entender este análisis de concepto en la práctica ya que en la vida de muchas mujeres no hay una relación con una pareja, muchos de los embarazos no son planeados y se diluyen lo que

podrían ser los atributos específicos de la preparación durante el período de la gestación.

Como lo determina Spiteire (2014) en su análisis de concepto, la *preparación para la maternidad* se extiende más allá de la gestación, e implica ser consciente de que cada momento vital del hijo es un nuevo proceso de preparación. Por lo tanto, lograr separar los elementos constitutivos de la preparación para la maternidad durante la gestación, de la preparación que pueda ocurrir en otras etapas como el postparto, el primer año de vida del hijo u otros momentos vitales en la relación madre-hijo, es fundamental, toda vez que actualmente, los programas de atención a la mujer que va a ser madre se centran en su mayoría en el período prenatal y dejan de lado el acompañamiento en otros períodos del proceso de convertirse en madre que pueden ser igual de trascendentes como lo es el postparto; y las necesidades de preparación pueden ser completamente diferentes.

En consonancia, este análisis de concepto provee un marco conceptual claro que puede ser transferido a la práctica por medio de la construcción de ítems de valoración en las consultas prenatales de enfermería, el diseño de escalas para la investigación de la preparación como un proceso multidimensional o para la aplicación en la práctica de la enfermería materna como elemento valorativo de las condiciones actuales de la preparación de una mujer para su transición a la maternidad.

Al mismo tiempo, provee enormes posibilidades de intervención por parte de los enfermeros. Ya habían sido previamente identificadas por Mercer (58) algunas de ellas, pero este desarrollo conceptual favoreció la comprensión más detallada de aquellos elementos esenciales que deben ser tenidos en cuenta para promover, fortalecer e intervenir las mujeres gestantes en torno a la preparación como vehículo para lograr un resultado óptimo en la suficiencia física y psicológica para enfrentar el cuidado y la protección de un nuevo ser y su relación con este y las demás personas que conforman su círculo de vida.

La evidencia incorporada en este análisis de concepto permite proponer que es durante la gestación donde se deben hacer los preparativos iniciales y más trascendentales para asumir la maternidad como una nueva forma de vida. Mercer (4) indica que la preparación durante el período prenatal tiene repercusiones importantes en la vida de la mujer y del hijo en fases posteriores del proceso de

convertirse en madre; pero no logró desarrollar teóricamente la preparación dentro de su primer estadio hacia el proceso de convertirse en madre.

En la teoría de Mercer (4), la preparación aparece como una palabra que acompaña a otras dos: el vínculo y el compromiso; se concibe pues que en la tarea de re-conceptualización de la teoría inicial de Mercer, se brindaran elementos que favorecieran entender estas palabras como conceptos, sus proposiciones y las relaciones entre estas y los otros conceptos de la teoría, tal como lo propone Fawcett (57), pero el caso es que esto no ha sucedido hasta la fecha, como tampoco los diferentes artículos incluidos muestran una conexión de sus reflexiones con la teoría propuesta por Mercer. Por consiguiente, este análisis de concepto contribuye a esclarecer teóricamente lo que se entiende como preparación para convertirse en madre durante la gestación lo que se compagina con el primer estadio propuesto por Mercer (4) que de acuerdo a su nueva teoría se da durante este período.

A pesar de que la revisión de la literatura fue exhaustiva, es escasa la producción de conocimiento alrededor de la preparación para la maternidad durante el período de la gestación. Los estudios cualitativos incluidos no presentaban la preparación como categoría, subcategoría, tema o patrón. Los estudios cuantitativos no midieron la preparación como concepto, sino el logro de algunos desenlaces maternos y perinatales. Adicionalmente, muchos de los estudios cuantitativos estaban orientados exclusivamente a la medición de la preparación para el parto.

Por su parte, las revisiones incluidas, todas ellas temáticas y los capítulos de libros, hacen una breve descripción de la preparación como un paso más para la transición hacia la maternidad e involucran aspectos que van más allá del período de la gestación, sugiriendo la preparación como un *continuum*, pero no logrando delimitar lo que corresponde a la etapa gestacional.

9.1.2. Compromiso con la maternidad durante la gestación

Se identificó que el *compromiso con la maternidad durante la gestación* está influenciado por diversos contextos en los que se mueve la mujer; social, cultural e histórico (146); pero adicionalmente, que es un concepto multidimensional y complejo que al parecer involucra aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de la mujer tal como lo sugiere Fredricks (93) en su análisis de

características comunes del compromiso a través de diversos estudios y mediciones del concepto usado en contextos escolares.

Eccles (138) advierte que aunque estas tres categorías -cognición, emoción y comportamiento- están aparentemente relacionadas con el hacer, el sentir y el pensar; son supremamente sutiles y a la vez bastante difusas. Situación que se presenta con el concepto mismo del *compromiso con la maternidad durante la gestación*; pues al identificar los atributos, es difícil observar un patrón que los caracterice y permita agruparlos en dimensiones claramente definidas; y al analizar con mayor detalle parecieran superponerse o estar íntimamente relacionados con los atributos de lo que se considera es la preparación para la maternidad durante el período de la gestación tal como quedó expuesto en el análisis de concepto correspondiente.

Es posible entonces entender el *compromiso con la maternidad durante la gestación* como un concepto que probablemente trasciende el campo disciplinar de la enfermería y quizás de otras disciplinas y los marcos teóricos que lo puedan soportar; lo que podría conducir a creer que se está comunicando adecuadamente el concepto, cuando probablemente se esté hablando de cosas diferentes (138). Resulta claro que el compromiso es un proceso, pero también es un estado que moviliza a la acción (91) generando comportamientos que posteriormente desencadenan sentimientos y transformaciones cognitivas que a su vez repercuten nuevamente como un ciclo, en los comportamientos (144). Son estos comportamientos probablemente manifestaciones del compromiso; y es seguro que muchos están relacionados con aquellos que dan cuenta de la preparación para ser mamá como por ejemplo, el cambio en los estilos de vida, la adquisición de conocimientos sobre la gestación, el parto y el cuidado del bebé y la resolución de conflictos (1) (161).

Es así como Dyess (172) en su análisis de concepto sobre compromiso con el control prenatal, lo configura más como un concepto orientado a las acciones de cuidado que debe tener una mujer durante su gestación para lograr resultados perinatales óptimos; posición que contribuye aún más a la medicalización y orientación biologicista del cuidado prenatal. En este análisis de concepto los atributos definidos son: relevancia percibida del cuidado para resultados exitosos, compromiso sostenido con la participación en el cuidado, adherencia a las recomendaciones de los profesionales de la salud y tomar un rol activo en la interacción con los proveedores de salud. Menciona la autora que un antecedente

de este concepto es el acceso al cuidado prenatal y el cuidado, interés y comunicación que brindan los profesionales de la salud.

Aunque puede entenderse que las prácticas de cuidado durante el período prenatal, entre ellas, la asistencia a los controles prenatales; pueden ser referente empírico de la presencia del compromiso de la mujer; no es suficiente este análisis para indicar que una mujer se encuentra comprometida con ser madre; porque probablemente, estas acciones de cuidado como la asistencia al control prenatal, están relacionadas con la responsabilidad que surge cuando se está en gestación.

Por su parte, Schechter (173) indicó en su estudio que las mujeres gestantes que exhibieron niveles bajos de compromiso tuvieron mayor estrés prenatal y sus hijos presentaron más bajas habilidades cognitivas, lo que sugiere que un compromiso positivo durante la gestación puede proteger contra los efectos del estrés materno en las habilidades cognitivas de los niños; lo que pone de manifiesto, que el compromiso no es solo la materialización de acciones de cuidado, sino que involucra aspectos emocionales, cognitivos y psico-sociales.

Se resalta que el *compromiso con la maternidad durante la gestación* al parecer tiene una vinculación con la intencionalidad y los valores que definen los sentimientos y comportamientos de la mujer. Lydon (144) sugiere que la intencionalidad puede engendrar el compromiso con la maternidad y que mediará posteriormente los comportamientos y las respuestas afectivas, disminuyendo las negativas. Este aspecto de la intención de la gestación tiene diversos escenarios posibles; una gestación no planeada con sus respectivas tipologías y una gestación planeada y/o deseada (174). Pero igualmente, una supuesta gestación planeada o deseada puede darse por distintos caminos como los menciona Orna Donath (175), por el camino de la vía natural o libertad, porque es lo que se espera de una mujer o porque es la promesa de un mundo mejor. El escenario en el que se dé la gestación es determinante, ya que varios estudios evidencian los efectos de las gestaciones no planeadas en el desarrollo de los niños (176), el cuidado y la práctica de la lactancia materna (177) y en la salud mental de las mujeres (174) (178).

Probablemente, estos escenarios también estén determinando el compromiso con el cual las mujeres gestantes asumen su inminente maternidad; sobre todo en países en vías de desarrollo donde la interrupción voluntaria de la gestación no es una opción, o lo es, solo bajo circunstancias donde la mujer tiene que demostrar que la condición de no planeado o no deseado está relacionada con una violación,

con un riesgo para la salud y la vida de la mujer o con una malformación del feto incompatible con la vida. Pero es claro de acuerdo a Russo (90), que las consecuencias en la salud mental de una mujer que accede a un aborto no son diferentes a las que presenta una mujer que se somete a una maternidad no deseada.

Otro aspecto importante que surge con el *compromiso con la maternidad durante la gestación* como elemento que permite estructurar la transición hacia ser madre es el sentido que se le da a la transición de acuerdo a Meleis (1). Este sentido favorece la evaluación de los efectos probables en la propia vida, la comprensión de la experiencia; así como las consecuencias en salud ya que, las transiciones son fenómenos personales y están relacionados con la definición del ser (1).

Un asunto que es relevante en este análisis de concepto es la ausencia de indicadores empíricos que permitan medir el *compromiso con la maternidad* durante el período de la gestación, dada la importancia de este concepto en la continuación de la gestación y en la transición hacia la maternidad. La ausencia de instrumentos validados que permita medirlo contribuye a brindar un cuidado prenatal inadecuado, pues no solo es suficiente la expresión verbal y comportamental del compromiso por parte de la gestante; sino que además, se requiere de herramientas prácticas que permitan identificar tempranamente interrupciones en las manifestaciones del compromiso como motor que contribuye a lograr una llegada a la maternidad al menos con la conciencia y la preparación de lo que ella puede significar.

9.1.3. Apego materno-fetal

El análisis del concepto de *apego materno-fetal* muestra que todas las definiciones existentes del concepto de *apego materno-fetal* han sido construidas sin un método estructurado de desarrollo de conceptos, pero bajo la premisa de diseñar escalas que pudieran identificar las dimensiones de este y a su vez medirlo y cuantificarlo. Aunque estas definiciones son cortas y en esencia limitadas, se logra identificar elementos comunes que permiten comprender lo complejo, multidimensional y multifacético del concepto. Se identificaron como elementos comunes en las diferentes definiciones encontradas, la relación, la interacción, la afiliación y en consecuencia las emociones derivadas de la misma como el cariño y el afecto.

Desde este análisis de concepto, el *apego materno-fetal* es un proceso que se comprende como una relación que se construye y desarrolla en la medida que avanza la gestación. Desde la conceptualización del apego, la relación se da dentro de un sistema interpersonal y es el resultado de la conjugación de la interacción y la comunicación entre la mujer, su red de apoyo y el hijo por nacer; (57) aunque el protagonismo del último está delimitado por los movimientos y la posibilidad de crear una imagen del mismo a través de la ecografía.

Pero, esta relación como resultado, solo puede ser posible en la medida en que la mujer vaya construyendo durante la gestación o incluso antes de la misma este sentimiento (179) y así lo demuestran los diferentes estudios que buscan medir el apego a lo largo de la gestación (23), (156), (166) y que permiten configurarlo como un proceso.

Desde otra perspectiva, se podría pensar que la relación de la mujer gestante con su hijo puede catalogarse como una relación afiliativa y cercana. Bajo esta premisa, la mujer tiene la oportunidad de crear y mantener significados de ella misma y de su bebé que pueden ser compartidos con otras personas cercanas, ya que esta relación tiene emociones y motivaciones importantes para ella y pueden generarle sensación de bienestar que provee la base para las creencias y los valores relacionados con la maternidad (180).

Un aspecto que se resalta dentro del apego como una relación, es el componente de la interacción que, adicionalmente, se propone dentro de este análisis de concepto como uno de los atributos en la dimensión afectiva. La interacción se convierte en un importante elemento a favorecer y propiciar durante el cuidado prenatal. Guney (181) evidenció que el entrenamiento en el conteo de los movimientos fetales, por ejemplo, afecta positivamente el apego materno-fetal. La interacción representada por comportamientos verbales y no verbales (57), se constituye en uno de los principales elementos a valorar y evaluar del apego materno-fetal, junto con las prácticas de cuidado durante la gestación y las actividades de preparación para la maternidad. Esta afirmación es relevante para la práctica de la enfermería materno-infantil, porque genera retos en el cuidado prenatal que deben involucrar la valoración e intervención para fomentar la interacción, el cuidado y la preparación dentro de programas estructurados que vayan más allá de aspectos biológicos y que permitan recuperar el protagonismo del enfermero en un área que han asumido otros profesionales y que ha

desencadenado una limitada presencia del enfermero, situación que es común en muchos contextos latinoamericanos.

Se identificó en este análisis de concepto, que existe un consenso en la literatura sobre la diferencia entre el *apego materno-fetal* y el *vínculo materno-infantil*, por esta razón, este esfuerzo de analizar el concepto de apego materno-infantil es una contribución a la comprensión de que, el fenómeno cognitivo y afectivo que construye la mujer hacia su hijo por nacer es el apego; que este se constituye en una experiencia de amor y que es tarea de la mujer propender por desarrollar con el tiempo una relación que estará mediada por un sentimiento como el amor.

Sin lugar a dudas, el *apego materno-fetal* contribuye y condiciona el *vínculo materno-infantil* (182), (183), (184), (185). Y aunque desde la teoría del vínculo de Bowlby (95), es el niño quien construye este vínculo a partir de una serie de interacciones y respuestas con su cuidador cercano; la mujer debe continuar construyendo y fortaleciendo esta relación que estará mediada por el amor, pero condicionada a su vez por la historia afectiva y amorosa con seres significativos como su madre, sus anteriores parejas y/o el padre de su hijo (186), (102), (187).

Se resalta, que el *vínculo materno-infantil* no es la única consecuencia del *apego materno-fetal*. Brandjerpon, (188) identificó en una revisión sistemática que los niños cuyas madres tuvieron un adecuado apego fetal durante la gestación tuvieron mejores resultados en el desarrollo medido a través del temperamento infantil y los comportamientos adaptativos. Similares resultados encontraron Dokuhaki (189) en un ensayo clínico donde la intervención fue la promoción del apego materno-fetal y los resultados estuvieron representados en las dimensiones del desarrollo infantil: motricidad gruesa, fina, personal social y audición-lenguaje. En este estudio los niños cuyas madres estuvieron en el grupo de intervención mostraron diferencias estadísticamente significativas comparados con los niños cuyas madres estuvieron en el grupo control.

De otro lado, al parecer un adecuado *apego materno-fetal* también contribuye con la salud mental de la madre. Delavari (190) mostró una relación inversa entre el apego materno-fetal y la depresión postparto, convirtiéndose el apego en un importante factor de protección o de riesgo para el desarrollo de esta experiencia y un fenómeno a fomentar e intervenir durante el cuidado prenatal; así mismo, el

apego materno fetal contribuye con la percepción de auto-eficacia de la madre durante el período postparto de acuerdo a los resultados de Delavari. (191)

Los antecedentes de vinculación de la mujer con otros significativos que además incluye sus propias formas de vincularse se propone como una dimensión adicional a las tres dimensiones ya identificadas previamente por Shieh *et al.* (165). Esta nueva dimensión provee por lo tanto, una perspectiva adicional a la práctica y a la teoría de la enfermería, que, cuidando los límites disciplinares, pero transitando por la interdisciplinariedad; genera la posibilidad de formular intervenciones conjuntas entre los profesionales de la enfermería y la psicología para acompañar a las mujeres en el proceso de apego con su hijo por nacer teniendo en cuenta sus formas particulares de vinculación y poniendo especial énfasis en aquellas en las que existan antecedentes disfuncionales en sus procesos de vinculación para que el proceso de construcción de la relación con su hijo por nacer no se afecte de manera sustancial y así promover también, la cultura del buen trato y la no violencia hacia los niños.

Rossignol (192) mostró que cuando las mujeres gestantes estuvieron expuestas a violencia durante la infancia tuvieron una pobre calidad de apego materno-fetal si durante la vida adulta tuvieron también experiencias de violencia. Adicionalmente, muestra este autor que la exposición materna a la violencia durante la infancia se asoció con un incremento en la frecuencia cardíaca al estímulo producido por el llanto del hijo y una peor regulación emocional.

Por su parte, Zdolska (193) argumentó que el estilo de apego de las mujeres gestantes influencia la auto-imagen de la mujer como madre y el apego con su bebé aún no nacido. Cuando las mujeres tienen un apego seguro con sus propias madres tienen más fantasías acerca de su hijo y más frecuentemente comparten su dicha e información acerca de la gestación.

Es importante resaltar en este análisis de concepto que a partir de los atributos y las consecuencias identificadas, se observó una transposición entre los conceptos de *preparación, compromiso y apego*, planteados por Ramona Mercer en el primer estadio de su teoría convertirse en madre, lo cual requiere de nuevos estudios que permitan clarificar cual es la relación existente o diferencias entre los tres; ya que algunos atributos del apego -como los comportamientos de cuidado, las fantasías y pensamientos con el feto, la preparación para la llegada del bebé y el apoyo social-

son comunes en conceptos como la preparación para la maternidad durante la gestación y en el de compromiso con la maternidad durante la gestación.

9.2. Validación del instrumento “Convertirse en madre durante la gestación”

En este estudio también se validó un instrumento nuevo para medir los conceptos de *preparación para la maternidad durante la gestación, compromiso con la maternidad durante la gestación y apego materno-fetal* como fenómenos que conforman el primer estadio de la teoría convertirse en madre de Ramona Mercer en mujeres gestantes que de acuerdo al contexto social medido a través de variables sociodemográficas fueron en su mayoría de estratos socioeconómicos 1 y 2, en unión libre y solteras, del régimen subsidiado en salud y con un nivel educativo de bachiller y técnicas.

“*Convertirse en Madre durante la Gestación*”, (Anexo 13) que es como se denominará el instrumento validado en esta tesis, mostró ser multidimensional al estar conformado por tres factores que explican el proceso de convertirse en madre durante la etapa de la gestación. Este resultado es el esperado dado que los ítems inicialmente formulados pretendían dar cuenta de tres fenómenos presentes durante la gestación de acuerdo a Mercer en su teoría, que están relacionados con la transición hacia la maternidad.

En la evaluación por expertos en el tema, fase considerada acertada, se obtuvieron acuerdos superiores al 80% en la mayoría de los ítems evaluados. Posteriormente, la validación facial con algunas gestantes permitió corroborar la redacción conveniente de los ítems al tener que ajustar semánticamente solo un ítem.

Pasando a la validez factorial, las pruebas de adecuación muestral fueron satisfactorias y mostró una agrupación de los ítems en tres factores que difieren de lo que teóricamente expuso Ramona Mercer en su teoría Convertirse en Madre. Por último, el análisis de la consistencia interna medida con el estadístico alfa de Cronbach se estimó en 0.9, el cual se encuentra en el rango de 0.7 a 0.95 que es considerado por Tavakol y Dennick (194) como valores aceptables. Adicionalmente, la comparación en una submuestra de la primera medición y una segunda del instrumento mostró una diferencia estadísticamente significativa.

Se logra identificar en este estudio tres dimensiones: *Apoyo y Presencia del Compañero*, *Preparación Altruista* y *Apego Cognitivo*. Llama la atención como en el AFE, los ítems sobre el apoyo y presencia del compañero, que estaban distribuidos en los tres conceptos iniciales se agruparon en un solo factor que terminó por explicar el mayor porcentaje de varianza en el instrumento.

Las tres dimensiones identificadas en la validación del instrumento convertirse en madre durante la gestación permiten configurar elementos esenciales en la transición hacia la maternidad experimentada por las mujeres participantes. Por un lado, la presencia y el apoyo del compañero se concibe como la dimensión más importante del instrumento y pone de manifiesto una necesidad latente por parte de las mujeres de que su compañero o pareja la acompañen de diversas formas en su gestación; formas que están contempladas en los diferentes ítems que conforman esta dimensión. Por otro lado, esta dimensión cobra relevancia por cuanto se considera una ampliación a la teoría de Ramona Mercer, ya que, en su propuesta, este no es un concepto principal.

De igual forma la dimensión de preparación altruista queda mejor delimitada a lo que expresa Mercer en su teoría debido a la ausencia de una definición operacional y teórica del concepto, la preparación queda como un constructo continuo, pero a su vez ambiguo y este instrumento permitió darle una estructura más clara y práctica, contribuyendo de esta forma a una ampliación también en la conceptualización de la preparación como elemento central en el primer estadio del proceso de convertirse en madre.

Por último, el apego cognitivo, aunque no es una dimensión nueva, se resalta la importancia de la ecografía como medio para darle forma al nuevo ser y de esta manera construir una relación mediada por el afecto que cuenta con un receptor claro y configurado a través de una imagen. Aunque el aporte en esta dimensión puede ser más reducido, debido a toda la literatura existente frente al fenómeno del apego materno-fetal, se considera valioso darle relevancia en este instrumento a la ecografía.

9.2.1. Dimensión Apoyo y Presencia del Compañero

En su teoría de *Convertirse en Madre*, Mercer no involucra de manera explícita el apoyo de la pareja en ningún estadio del proceso. Probablemente porque se daba

por hecho la presencia de este y así pudo haber quedado establecido cuando a través de los círculos de Bronfenbrenner, intentaba indicar de manera gráfica como el macrosistema, el mesosistema y el microsistema afectan la transición hacia la maternidad, en la que el centro de los tres círculos está habitado por la tríada madre-padre-hijo. (195)

Para Lederman y Weis (24), la dimensión que da cuenta de la presencia del compañero se denomina relación con el esposo o compañero. En esta dimensión estas autoras consideran que la relación con el esposo o compañero es un factor determinante durante la gestación. Por lo tanto, en su teoría exponen que esta relación tiene varios elementos: las consideraciones del esposo para las necesidades de su esposa gestante, las consideraciones de la esposa para las necesidades de su esposo como padre gestante, los efectos de la gestación en el vínculo marital, la identificación con el rol de la paternidad y la transición hacia la paternidad.

Estas autoras establecen que estas consideraciones se dan en la medida en que ellos logran ser empáticos al brindar comprensión, tolerancia y apoyo; deben ser colaboradores, estar disponibles a través de la comunicación, compartir actividades, ser íntegros y confiables. En el instrumento *“Convertirse en madre durante la gestación”* validado en esta tesis, los ítems que conforman esta dimensión: “estoy segura de que mi pareja quiere que sea mamá”, “mi pareja se muestra interesado en aprender acerca de la gestación”, “mi pareja está pendiente de mi como mujer y no solo por estar en gestación”, “comparto tiempo con mi pareja”, y “me siento segura con mi pareja”, se relacionan con los aspectos expuestos por Lederman y Weis (24) en la medida en que todos ellos se formularon pensando en la empatía, el interés, las manifestaciones de apoyo y la seguridad que deben brindar los padres o compañeros a las mujeres gestantes y que deben ser percibidos por éstas.

Esta dimensión muestra la relevancia que tiene para las mujeres de este estudio y de este contexto el apoyo y la compañía de un hombre, situación que contrasta con el alto porcentaje de mujeres solteras participantes en la validación del instrumento (una de cada cuatro), resultados que ponen de manifiesto la ausencia de figuras paternas en la crianza de los niños.

En Estados Unidos, por ejemplo, se estima que aproximadamente 1.6 millones de recién nacidos requieren del establecimiento de la paternidad y se han identificado algunos factores que determinan que esta práctica pueda concretarse por parte de los hombres; entre ellos se cuenta: estar en una convivencia o en una relación sin convivencia y si hubo apoyo económico durante la gestación. (196) Otra de las contribuciones que hace la presencia del compañero es favorecer en la mujer el apego hacia su hijo no nacido. Delavari (197) identificó una correlación positiva entre el apoyo percibido de su compañero y el apego materno-fetal. Esto concuerda con uno de los ítems que hacen parte de esta dimensión, “la forma en que me trata mi pareja contribuye a apegarme a mi bebé”, lo que permite afirmar que la construcción del apego materno-fetal no solo depende de la cognición y el afecto, tal como está indicado en el análisis conceptual; sino que también tiene una dependencia de los asuntos relacionales y de las formas de vinculación con el compañero tal como está explicado en los atributos correspondientes del concepto.

Por su parte, Lee (198) muestra en su estudio que el compromiso de los padres durante la gestación puede tener efectos positivos en la salud de la madre y del niño. Este autor indicó que los padres muestran compromiso cuando tienen al menos tres comportamientos: brindar dinero para comprar cosas para el bebé, ayudar de otras formas, como suministrar transporte para la asistencia a los controles prenatales y estar presente en el parto. Adicionalmente, indica este autor que el 69% de los padres del estudio presentaron los tres comportamientos de compromiso durante la gestación. Estos comportamientos contrastan con los evaluados por Urquia (199) donde los compañeros que no quisieron la gestación de su compañera discutieron más con ella en el año previo al nacimiento del bebé, estuvieron ausentes en el parto y generaron más comportamientos y desenlaces de riesgo como violencia de pareja.

De ahí que se resalte la necesidad de promover la participación del compañero en las actividades relacionadas con el cuidado prenatal como es el acompañamiento durante los controles prenatales, la realización de la ecografía y la asistencia a las actividades educativas. (200)

9.2.2. Dimensión Preparación Altruista

La segunda dimensión denominada *Preparación Altruista* está relacionada con ítems de búsqueda de información sobre el parto, la crianza, los cuidados de un recién nacido y la preparación para la maternidad. Se incluyó la etiqueta “*altruista*”

porque en esta dimensión también aparecen dos ítems que se consideran emocionales: deseo tener este bebé y siento que esta gestación me genera emociones positivas. El altruismo procura el bien de manera desinteresada a otros y durante la época de la gestación este altruismo que viene ligado al apego materno-fetal, favorece en la mujer comportamientos y prácticas saludables que contribuyen a cuidar de sí misma y de su hijo por nacer y son antecedidos por la búsqueda de información.

Llama la atención que ítems relacionados con la asistencia al control prenatal o a las actividades educativas quedaron en las versiones iniciales del instrumento, pero en el AFE se eliminaron, lo que podría sugerir que las mujeres no dan la suficiente importancia a la información que brindan los profesionales de la salud pero, esta situación no contradice lo relevante que es la asistencia a los controles prenatales como actividad costo-efectiva para el control de riesgos y la detección temprana de alteraciones en las gestantes. (201) La identificación oportuna de los riesgos de enfermar durante la gestación es la que indican el 84% de las usuarias en el estudio de Miranda (202) acerca de los factores relacionados con el uso adecuado del control prenatal en gestantes de Sincelejo; aunque García (203) mostró que las usuarias que asistieron a menos de cuatro controles prenatales durante su gestación tuvieron asociado como factor de riesgo una percepción de la calidad del control prenatal mala, resultado que contrasta con el de Castillo (204) en el que la buena percepción de las usuarias en relación a la interacción con el profesional que las atiende es un factor determinante que favorece la adherencia al control prenatal.

Por esto, aunque en el instrumento después del análisis factorial no haya quedado ninguna dimensión relacionada con los cuidados prenatales provistos por los profesionales de la salud, se debe continuar trabajando por la participación, conciencia y empoderamiento de la mujer de su proceso de gestación también como facilitadores para la asistencia a los controles prenatales. (200)

Mercer en su teoría indica que la preparación junto con el compromiso y el apego tienen implicaciones a largo plazo en la transición y posterior adaptación a la maternidad; pero no logra aclarar que elementos componen la preparación. Adicionalmente, aunque ella indica que este fenómeno ocurre durante la gestación, otros estudios aportan información acerca de la preparación como un continuo a lo largo de los diferentes momentos de la maternidad. (106)(109)

Para Lederman y Weis (24) la *preparación para la maternidad* es un componente en la dimensión denominada identificación con el rol de la maternidad. Para estas dos autoras, la preparación se da a través de dos caminos: fantaseando y soñando. De igual forma, la *preparación para la maternidad* desde el análisis de concepto realizado en esta tesis, indica que esta tiene dos componentes: uno psicológico y otro físico. Los ítems que conforman esta dimensión en el instrumento evaluado dan cuenta únicamente de la preparación física; situación que probablemente está poniendo de manifiesto la poca importancia que las mujeres le asignan a la resolución de conflictos o el desconocimiento de que tengan alguna situación que resolver con su madre, con ellas mismas o con otros significativos; la anticipación a las características que se desean tener como madre y los cambios de vida necesarios para lograrlas.

Se resalta que en esta dimensión hayan quedado estos ítems relacionados con la búsqueda de información en momentos como la gestación, el parto y la crianza; ya que estudios permiten afirmar que para muchas mujeres siguen siendo poco conocidos asuntos relevantes durante alguno de estos momentos. Guijarro (205) identificó que el 54% de las mujeres gestantes en su estudio no conocían acerca de la estimulación prenatal; Hang (206) indicó que solo el 11% de las mujeres participantes de su estudio, entre gestantes y madres, tenían conocimientos sobre la prevención de la infección por el virus de la hepatitis B y solo 66% estarían dispuestas a vacunar a sus hijos contra esta infección. Por su parte, Alemu (207) mostró que solo el 52% de las participantes en su estudio demostraron tener conocimientos suficientes sobre la prevención de la transmisión de la infección por VIH durante la gestación. Kesmodel (208) reportó en su estudio que la mayoría de las mujeres gestantes no habían sido informadas o aconsejadas acerca del consumo de alcohol durante la gestación; por otro lado, Vallely (209) informó que el 53.6% de las mujeres que participaron del estudio, reportaron haber recibido información acerca de las señales de alarma durante el periodo de la gestación y de estas, el 60% recordaba al menos una señal de alarma. Lee (198) reveló que ninguna de las gestantes que participaron del estudio alcanzó un porcentaje de conocimiento superior al 80% en temas de nutrición durante la gestación. Barco (210) manifestó que la mayoría de las mujeres que participaron en su estudio no fueron capaces de responder acerca de la importancia del uso de ácido fólico durante la gestación y su acción en la prevención de defectos congénitos.

De otro lado, Karkee (211) evidenció que la preparación para el parto y las complicaciones obstétricas incrementa los conocimientos obstétricos en las mujeres gestantes y la decisión de que su parto sea atendido en una institución de salud.

Abdulmalek (212) mostró que solo el 40% de las madres tenían buen conocimiento acerca de los beneficios y alimentos fuentes de vitamina A para el suministro en sus hijos menores de cinco años. De igual forma Fadare (213), concluyó en su estudio que el conocimiento que poseen las mujeres acerca de la nutrición infantil es insuficiente para lograr adecuados resultados nutricionales para los niños. Qassim (214) de manera contraria reveló que las mujeres de su estudio tenían buenos conocimientos sobre los síntomas de infección respiratoria aguda en sus hijos menores de cinco años y la práctica de consultar de manera temprana.

Adicionalmente, las intervenciones en educación, entrenamiento y capacitación siguen siendo fundamentales en el cuidado prenatal por parte de los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, para mejorar las habilidades cognitivas y prácticas de las mujeres que se encuentran en su proceso de ser madres. Hernández (215) indicó que las mujeres que recibieron una intervención educativa sobre diversos temas relacionados con la gestación mejoraron significativamente los conocimientos sobre alimentación, enfermedades durante la gestación y las prácticas de consumo de micronutrientes. Maltezou (216) mostró que después de una intervención educativa, las mujeres gestantes mejoraron su intención de vacunarse contra la influenza, aunque solo el 19.5% efectivamente lo hicieron. Mokhtari (217) precisó en su estudio, que las mujeres durante su período postparto que recibieron tres visitas domiciliarias y educación sobre diferentes aspectos del periodo de postparto tuvieron mayores conocimientos acerca de la salud materna e infantil que aquellas mujeres que recibieron un cuidado rutinario.

Todo lo anterior permite indicar la relevancia que encierra la dimensión de *Preparación Altruista* dentro de este instrumento validado, ya que favorecerá la valoración en las mujeres gestantes de la búsqueda de información durante este período sobre temas fundamentales como la misma gestación, el parto y la crianza; y los resultados de esta valoración proporcionarán información valiosa para el diseño de estrategias de intervención que ayuden a que las mujeres adquieran los conocimientos suficientes para transitar de forma saludable su proceso de convertirse en madre.

9.2.3. Dimensión Apego Cognitivo

La tercera dimensión del instrumento validado es el *Apego Cognitivo*. En el análisis de concepto realizado en este mismo trabajo se indicó que el apego materno-fetal tiene cuatro componentes: uno afectivo, uno altruista, uno relacional y el cognitivo.

El componente cognitivo del apego es el que le permite a la mujer darle una forma a su bebé y poder configurarlo como una persona receptora de afecto.

Los diferentes instrumentos existentes para medir el apego materno-fetal y que se mencionaron en el análisis de concepto, no contemplan ítems relacionados con la ecografía como imagen diagnóstica que no solo contribuye con la identificación temprana de alteraciones en el feto, sino que, además, favorece darle forma real a la imagen mental creada del hijo por nacer; situación que algunos instrumentos miden a través de los movimientos fetales.

En esta dimensión, conformada por los ítems relacionados con la realización de la ecografía y la aceptación de la gestación independiente del estatus de esta, se resalta como esta última se convierte en un camino casi ineluctable para las mujeres debido a la imposibilidad de recurrir a otras alternativas para no convertirse en madre. De acuerdo a la ENDS 2015 (218), más del 50% de las gestaciones en Colombia no son deseadas y adicional al contexto cultural, social y religioso que rodea el proceso de la maternidad en este país, las mujeres terminan asumiendo su gestación y por tanto su relación materna. Esto ha sido afirmado por Aiken (219), quien encontró que las mujeres de los contextos latinoamericanos tienen sentimientos menos positivos ante la posibilidad de un embarazo no deseado, pero que se ven más felices que las mujeres americanas cuando se encuentran en una gestación no planeada.

Mohammadi (220) expresa que los efectos emocionales de una gestación no planeada representan un gran reto para las mujeres. Las decisiones que toma la mujer no ocurren de manera inmediata, sino que se dan durante el curso de la gestación. Una de las razones expuestas en el estudio por parte de las participantes es la falta de preparación y la justificación para tomar la decisión de continuar la gestación o interrumpirla. La falta de preparación fue expuesta desde tres aspectos: mental, física y financiera.

Adicionalmente, el apoyo percibido fue otro tema emergente en el estudio. La aprobación por parte de otros significativos como el compañero, la madre y los trabajadores de salud tuvieron un efecto en la aceptación de la gestación. Agrega este autor, que en aquellas mujeres que decidieron continuar con la gestación, estuvo marcada por la esperanza de un aborto o una muerte fetal y para algunas de

ellas, los esfuerzos no invasivos de que ocurriera un aborto se continuaron durante la gestación.

Pero al parecer las mujeres tienen sentimientos más positivos hacia una gestación no planeada cuando perciben que sus compañeros expresan lo mismo hacia esta situación. Esta misma percepción se presenta en las mujeres casadas, aun cuando sus compañeros no se sientan felices, debido a que las expectativas de apoyo emocional y financiero por parte de sus estos estará presente aun cuando la gestación sea no planeada. (219)

Otro aspecto que resaltan los estudios es la relación entre la depresión prenatal y el apego materno-fetal que puede ser atenuado por una red de apoyo. (221) Aunque esta tesis no tuvo como propósito evaluar ninguna relación entre los tres fenómenos que conforman el primer estadio de la teoría Convertirse en Madre de Ramona Mercer, el hecho de que en este estudio los ítems relacionados con la pareja se hayan agrupado en un solo factor, responde de manera indirecta a la necesidad que tienen las mujeres de tener un compañero a su lado durante la gestación tal como lo sugieren los estudios citados previamente.

En cuanto a la ecografía obstétrica como medio que posibilita darle forma a una imagen creada mentalmente por la mujer acerca de su hijo por nacer; se destaca que los estudios (222-223) indican que esta imagen diagnóstica contribuye a incrementar el apego y a volverlo más fuerte, aunque no hay claridad si es más propicio en el primer (223) o segundo trimestre (222) de la gestación. Lo que sí parece ser cierto, es que la ecografía tiene diferentes significados en la madre y en los profesionales de salud. Para estos últimos la ecografía es necesaria para identificar malformaciones en el bebé, pero para las mujeres es indispensable para saber como lucen sus bebés y tener alguna certeza de que están bien.

Estas dos posturas deben empezar a conectarse en el cuidado prenatal ya que sin dejar de lado la relevancia diagnóstica de la ecografía en las malformaciones congénitas, es imperativo utilizar esta imagen diagnóstica como estrategia para favorecer y promover el apego materno-fetal en las mujeres que se encuentran en gestación.

Por otra parte, a pesar de que, en los desarrollos conceptuales especialmente los de *preparación para la maternidad y el apego materno-fetal* se muestra claramente en los atributos la importancia de la figura materna como apoyo y como modelo a seguir durante el período de gestación para la transición hacia la maternidad, en la validación del instrumento no se lograron retener ítems relacionados. Esta situación se resalta porque aunque teóricamente la figura materna se configura como el principal modelo a seguir para las mujeres gestantes, como actor que contribuye al apego debido a la historia de vinculación y de crianza y como persona significativa que estructura la red de apoyo social de la gestante (18) (24) (161); para las mujeres que participaron en este estudio, no resultó ser relevante a la hora de identificar los factores que explicaban la varianza en el instrumento los ítems que daban cuenta de la figura materna tales como: “La relación que tengo con la persona que es mi figura materna me ayuda a prepararme para la maternidad”, “Sentir el afecto de mi figura materna hace que me sienta apegada a mi bebé”, “La presencia de la persona que es mi figura materna, contribuye a que me apegue a mi bebé” y “Siento que voy a amar a mi hijo como mi figura materna me amó”.

Este resultado, entonces, se presenta contrario a lo que otros desarrollos teóricos han puntualizado. Por ejemplo para Lederman (24) la relación con la madre es una de las principales tareas de las mujeres en la adaptación a la gestación y se convierte así misma en una de las dimensiones que se miden en su Prenatal Self-Evaluation Questionnaire.

Por su parte Stern (18) menciona que el discurso con su propia madre es una de las principales preocupaciones de las mujeres gestantes que se llevan a cabo interna y externamente y que genera un interés mayor hacia la madre y menos hacia el padre, más hacia la madre como madre y menos como mujer y esposa. Esta relación con la madre parece tener efectos en otras situaciones relacionadas con la transición hacia la maternidad; Handelzalts, (224) por ejemplo menciona que los recuerdos de los cuidados parentales especialmente de la madre, la gestante los asocia con la elección de la vía del parto, con el apego materno-fetal y con el deseo de que la madre esté presente durante el parto. Recalca este autor que la forma en que las mujeres recuerdan haber sido cuidadas por sus madres es importante para la mujer gestante es la construcción de su propia imagen como madre.

El resultado obtenido en la validación de este instrumento en relación a la figura materna puede deberse a la historia de vinculación afectiva que tiene la gestante con su madre y a la calidad del vínculo que se haya creado durante los primeros

años de vida de la mujer. Villa (151) plantea que los sentimientos y las conductas de la madre hacia su hijo están influenciados por las experiencias personales de apego pasadas, la relación establecida con sus padres y si esta fue percibida como positiva o no.

Un aspecto que llama la atención en la versión final del instrumento de este estudio es la ausencia de ítems relacionados con el concepto de *compromiso con la maternidad durante la gestación*. Aunque este ha sido el menos desarrollada en la literatura, de acuerdo a los resultados del análisis del concepto realizado en esta misma tesis, su relevancia radica no en la comprensión cognitiva que hacen las mujeres respecto de éste; sino cómo desde sus comportamientos se logra mostrarlo; comportamientos que terminan convirtiéndose en prácticas de cuidado y que probablemente sean manifestaciones que se miden a través del concepto de preparación para la maternidad, especialmente desde el componente físico.

10. Conclusiones

Finalmente, se concluye en esta tesis que los análisis de concepto de apego materno-fetal, compromiso con la maternidad durante la gestación y preparación para la maternidad durante la gestación permitieron definir teóricamente el primer estadio de la teoría *Convertirse en madre* de Ramona Mercer, lo que a su vez se considera una ampliación de la misma toda vez que se brindan elementos centrales de cada concepto que no se encuentran en la propuesta de Mercer y que configuran a través de los atributos identificados lo que significan cada uno de ellos en la etapa de la gestación.

Respecto al apego materno-fetal, se identificó una nueva dimensión denominada personal/relacional que contribuye a ampliar la comprensión de este fenómeno a partir de las experiencias previas y actuales de apego de la mujer con otros significativos.

Además, en este instrumento emergió una nueva dimensión en el proceso de convertirse en madre durante la gestación que no contemplaba Ramona Mercer en su teoría como la *presencia y apoyo del compañero* y desapareció la dimensión del *compromiso con la maternidad* que si hace parte de la propuesta de Mercer; por su parte la dimensión de *apego cognitivo* incluyó ítems relacionados con la ecografía que no se contemplan dentro de los otros instrumentos utilizados para medir el

apego materno-fetal. Por lo tanto, el instrumento “*Convertirse en Madre durante la Gestación*” es un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado en el cuidado prenatal que realiza la enfermera de manera individual o grupal; así mismo, en las actividades de investigación que pretendan evaluar el proceso de convertirse en madre y en los procesos formativos de pregrado y de posgrado en enfermería.

Hay algunas limitaciones en este estudio. Primero, en los análisis de concepto, la exclusión de aquellos artículos en idiomas diferentes al inglés, español o portugués pudo contribuir al sesgo de selección toda vez que no permitió la comprensión de un fenómeno de naturaleza universal en todo su espectro cultural, aunque se logró minimizar al seleccionar artículos producidos en los idiomas principales de las publicaciones científicas. De otro lado, aunque se considera que hubo una adecuada definición de criterios de inclusión de los artículos, la limitada claridad en muchos de ellos sobre la forma en que se realizó la medición o los análisis cualitativos del concepto dificultó la abstracción y elaboración de los atributos de cada uno de ellos; especialmente en dos: preparación para la maternidad y compromiso con la maternidad.

En relación a la validación del instrumento, se considera como limitación que la muestra se hizo con mujeres en su mayoría de los estratos 1 a 3, por lo que no representaría adecuadamente los estratos 4 a 6, además, la recolección de la muestra se hizo en una sola institución de salud y de primer nivel de atención; aunque esta institución representaba de alguna manera las condiciones socio-culturales de las mujeres de los estratos 1 a 3; por lo que se considera que el instrumento es útil para medir el proceso de convertirse en madres en mujeres de contextos similares al estudiado. situación que a su vez se debió por el acceso a una sola institución de salud que atendía mujeres en gestación.

Otra limitación, fue la poca cantidad de mujeres que se pudieron captar para la ejecución de la prueba de estabilidad, comparado con lo que se había calculado inicialmente. Esto implicó cambiar el estadístico utilizado y realizar solamente una comparación de medianas en muestras pareadas.

Acorde a los hallazgos, tanto como a las limitaciones, se recomienda validar el instrumento en mujeres de otros contextos socio-económicos como los estratos 4 a 6, así como en otras regiones del país y de Latinoamérica. Igualmente, realizar estudios que permitan identificar los factores que se asocian o se correlacionan con

el proceso de convertirse en madre durante la gestación utilizando este instrumento para medir la variable dependiente. Por último, se recomienda utilizar los resultados de los análisis de concepto y la validación del instrumento en los procesos de formación de pregrado y posgrado de estudiantes de enfermería y de otras disciplinas que tengan interés en aprender del proceso de convertirse en madre.

Agradecimientos

A mi Padre Celestial y al Universo por los aprendizajes que llegaron en el desarrollo de esta investigación.

A mi madre por inspirar en gran parte este trabajo.

A la Universidad de Antioquia, por seguir siendo mi alma mater.

A la Facultad de Enfermería por hacer parte de mis inicios académicos y ahora, por contribuir con mi más alto nivel académico.

A mi hermana del alma Diana Carolina, por su colaboración y entusiasmo.

A mi amiga de corazón, Gloria Saldarriaga, por su interés y sorpresa con cada nuevo hallazgo.

A todas las mujeres que de manera muy cálida decidieron participar de este estudio.

A todos los expertos que participaron en la validación del instrumento.

A los profesores que contribuyeron con mi proceso de formación.

A mi excelente compañera Ana Cárdenas, que se desempeñó como encuestadora, no hubiese sido igual.

A mis estudiantes que siempre se mostraron tan interesados en mis avances.

A la IPS Prosalco, por abrirme las puertas para esta investigación.

A mi directora María de los Ángeles, por su fuerza y talante para sacar adelante este trabajo y por creer en mi.

A mi co-directora Gloria Carvajal, por su calidez y amor envuelto en su disposición y disponibilidad para este trabajo y para mi.

A mis compañeros de cohorte por su apoyo y colaboración.

A todos los que estuvieron y se fueron, a los que llegaron en mitad del camino y se macharon y a los que llegaron al final.

A todos y cada uno de ellos, gracias miles desde lo más profundo de mi alma y mi corazón.

Referencias bibliográficas

1. Meleis AI. Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company. 2010. 664 p.
2. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad saludable [Internet]. 1998. Available from: <http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/6quehacer.htm>
3. Maldonado M, Saucedo J, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2008;22(1):5–14. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
4. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh. 2004;36(3):226–32.
5. Nelson AM. Transition to motherhood. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2003;32(4):465–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0884217503255199>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población. 2015.
7. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. 2015.
8. Secretaría de Salud de Medellín. Rev Salud Pública Medellín. 2012;5(1):125.
9. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. 2015.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. Ministerio Salud y Protección Soc [Internet]. 2012;452. Available from: <http://www.osancolombia.gov.co/Portals/0/BoletinesPublicaciones/PlanDecenalDeSaludPublica.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Migraciones OI, Unidas N. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Minist salud. 2014;150.
12. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva. 2013.
13. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud

- (CINETES). Guías de Práctica Clínica para la prevención , detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo , parto o puerperio [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. 126 p. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guia.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf#search=control prenatal>
14. Francisco G, Urrego P, Alberto M, García B. Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial. 2015.
 15. Francisco G, Urrego P, Alberto M, García B. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal. 2015.
 16. Rubin R. Attainment of the maternal role. Part 1. Processes. *Nurs Res.* 1967;16:237–45.
 17. Galinsky E. *The six stages of parenthood*. Primera. Massachusetts: Perseus Books; 1987.
 18. Stern D. *The motherhood constellation*. Karnac. 1998. 221 p.
 19. Hui Choi WH, Lee GL, Chan CHY, Cheung RYH, Lee ILY, Chan CLW. The relationships of social support, uncertainty, self-efficacy, and commitment to prenatal psychosocial adaptation. *J Adv Nurs.* 2012;68(12):2633–45.
 20. Mercer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal rol. *Nurs Res.* 1981;30(2):73–7.
 21. Nakamura Y, Takeishi Y, Ito N, Ito M, Atogami F, Yoshizawa T. Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku J Exp Med.* 2015;235(1):53–9.
 22. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy Intention, Demographic Differences, and Psychosocial Health. *J Women’s Heal* [Internet]. 2011;20(8):1215–23. Available from: [10.1089/jwh.2010.2379%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,url,cpid&custid=nypl&db=aph&AN=64002325&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,url,cpid&custid=nypl&db=aph&AN=64002325&site=ehost-live)
 23. Perrelli JGA, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Mother-child bonding assessment tools. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2014;32(3):257–65. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4227350&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 24. Lederman R, Weis K. *Psychosocial adaptation to pregnancy*. 2009. 1–333 p.
 25. Rocca C, Doherty I, Padian N, Hubbard A, Minnis A. *Pregnancy intentions and*

- teenage pregnancy among latinas: a mediation analysis. *Perspect Sex Reprod Heal.* 2010;42(3):186–96.
26. Cranley M. Development of a Tool for the Maternal Attachment during pregnancy. *Nurs Res.* 1981;30(5):281–4.
 27. Chinn P, Kramer M. Replicating and validating empiric knowledge using research. In: Elsevier, editor. *Integrated theory and knowledge development in nursing.* 8th ed. St Louis; 2008. p. 259.
 28. Walker L, Avant K. *Strategies for Theory Construction in Nursing.* Quinta. Hall P, editor. 2011. 243 p.
 29. Johnston C, Mash EJ. A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *J Clin Child Psychol.* 1989;18(2):167–75.
 30. Nellis L, Gridley BE. Review of the Bayley Scales of Infant Development-Second edition. *J Sch Psychol.* 1994;32(2):201–9.
 31. Funke J, Inle M. An Instrument to Assess the Quality of Maternal Behavior. *JOGN Nurs.* 1978;7(5):19–22.
 32. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8(1):45–51.
 33. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, et al. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health.* 2001;3(4):133–40.
 34. Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery* [Internet]. 2014;30(6):610–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006>
 35. Persson EK, Fridlund B, Dykes AK. Parents' postnatal sense of security (PPSS): Development of the PPSS instrument. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(1):118–25.
 36. Coleman PK, Karraker KH. Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Ment Health J.* 2003;24(2):126–48.
 37. Farkas-Klein C. Escala de evaluación parental (EEP): Desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ Psychol.* 2008;7(2):457–67.
 38. Barkin JL, Wisner KL, Wisniewski SR. The Psychometric Properties of the

Barkin Index of Maternal Functioning. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43(6):792–802.

39. Matthey S. Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). *J Affect Disord [Internet].* 2011;128(1–2):142–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.032>
40. Condon JT, Corkindale CJ, Condon T. The assessment of parent-to-infant attachment : Development of a self- report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol.* 1998;16(1):57–76.
41. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F. Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. *Nurs Heal Sci.* 2010;12(4):450–5.
42. Ruiz CH, Fajardo Peña MT, Velandia JP. alidez y confiabilidad del instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal.” *Av en Enfermería.* 2006;XXIV(1):26–34.
43. Lin CT, Cheng CP, Kuo SH, Chou FH. Development of a Chinese short form of the prenatal self-evaluation questionnaire. *J Clin Nurs.* 2009;18(5):659–66.
44. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol.* 1993;66(2):167–83.
45. Rees BL. Measuring identification with the mothering role. *Res Nurs Health [Internet].* 1980;3:49–56. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.4770030203>
46. Coleman P, Nelson ES, Sundre DL. The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers. *J Reprod Infant Psychol [Internet].* 1999;17(1):27–39. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646839908404582>
47. Kendall S, Bloomfield L. Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *J Adv Nurs.* 2005;51(2):174–81.
48. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health.* 1993;16(2):141–9.
49. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev.* 1991;62(5):918–29.
50. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982;37:122–47.
51. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues

- and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(3):209–17.
52. Shaffer DR, Kipp K. *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. 2010. 785 p.
 53. Fawcett J, Tulman L, Myers ST. Development of the inventory of functional status after childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1988;33(6):252–68.
 54. Brown J, Bakeman R, Snuder P, Fredrickson W, Morgan S HR. Interactions of Black Inner-City Mothers with Their Newborn Infants. *Child Dev*. 1975;46:677–86.
 55. Drake EE, Humenick SS, Amankwaa L, Younger J, Roux G. Predictors of maternal responsiveness. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(2):119–25.
 56. Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: Validation of the Mother-Generated Index. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2003;110(9):865–8.
 57. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge*. Davis Company. 2005.
 58. Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):568–82.
 59. Carvajal Carrascal G. Medición de fenómenos de enfermería: el reto de la validez y confiabilidad en la investigación cuantitativa. *Aquichan*. 2012;12(1):5–7.
 60. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. *Rev Aquichan [Internet]*. 2002;2(2):7–18. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/17>
 61. Maturana H. La ciencia y la vida cotidiana: la ontología de las explicaciones científicas. In: Watzlawick P, Krieg P, editors. *El ojo del observador Contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Editorial Gedisa; 1994.
 62. Parra ME. *Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales*. Universidad de Chile; 2005.
 63. Ortiz Arellano E. Epistemología de la investigación cuantitativa y cualitativa: paradigmas y objetivos. *Rev Claseshistoria [Internet]*. 2013;408:1–13. Available from: <http://www.claseshistoria.com/revista/2013/articulos/dolgopol-comentario-libro.pdf>
 64. Creswell J. A framework for the study. In: SAGE, editor. *Research Design*

Qualitative & Quantitative Approaches. Thousand Oaks; 1994.

65. Packard S, Polifroni C. The dilemma of nursing science: current quandaries and lack of direction. In: Perspectives on philosophy of science in nursing. Lippincott. Philadelphia; 1999. p. 538.
66. Duran MM. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Primera. Universidad Nacional de Colombia, editor. Bogotá; 1998. 186 p.
67. Popper K. La lógica de la investigación científica. Tecnos, editor. Madrid; 1980.
68. Constituyente AN. Constitución Política de Colombia de 1991 [Internet]. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
69. Colombia C de la R de. Ley 100 de 1993 [Internet]. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
70. Colombia C de. Ley 1122 del 2007 [Internet]. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
71. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
72. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Internet]. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
73. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Detección de Alteraciones para la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo. Colombia; 2000 p. 17.
74. Representantes del Grupo Desarrollador de la Guía, Universidad Nacional de Colombia, Alianza CINETS. Guía De Práctica Clínica Para La Prevención Y Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2013;64(3):245–88.
75. Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices. Colombia; 2018 p. 348.

76. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013;27(6):791–802. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>
77. Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014;14(330):1–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4261580&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
78. Attrill B. The assumption of the maternal role: a developmental process. *Aust J Midwifery* [Internet]. 2002;15(1):21–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781594> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12017040>
79. Deklava L, Lubina K, Circenis K, Sudraba V, Millere I. Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2015;205(9):623–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.097>
80. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery* [Internet]. 2010;26(3):357–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
81. Seefat-van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2011;27(1):e122–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006>
82. Mead, G. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press; 1934.
83. Turner J. *The structure of sociological theory*. Dorsey Press; 1978.
84. Thornton R, Nardi P. The dynamics of role acquisition. *Am J Sociol*. 1975;80(4):870–85.
85. Urin B. *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Massachusetts: Harvard University Press; 1979.
86. Tyrlik M, Konecny S, Kukla L. Predictors of pregnancy-related emotions. *J Clin Med Res* [Internet]. 2013;5(2):112–20. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3601497&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
87. Scolari M, Braun L BJ. Maternidade na adolescência : indicadores emocionais

negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre , RS , Brasil. *Cienc y Saude Colect.* 2014;19(10):4235–46.

88. Mortazavi F, Chaman R, Mousavi SA. Maternal psychological state during the transition to motherhood : A longitudinal study. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2013;5:49–58.
89. Goto A, Vinh ÆQ, Thi NÆ, Nguyen T Van, Minh N, Thi PÆ, et al. Associations of Psychosocial Factors with Maternal Confidence Among Japanese and Vietnamese Mothers. *Stud Journal Child Fam.* 2010;19:118–27.
90. Russo NF. Abortion, unwanted childbearing, and mental health. *Salud Ment.* 2014;37(4):283–91.
91. Brickman P. Commitment, conflict and caring. 1st ed. Jenkins J, MischelWalter, editors. New Jersey: Prentice Hall; 1987. 311 p.
92. Duchan JF. Engagement: A concept and some possible uses. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2009;213(1):11–7.
93. Fredricks J, Blumenfeld P, Paris A. School Engagement : Potential of the Concept , State of the Evidence. *Rev Educ Res.* 2004;74(1):59–109.
94. Stein DeLuca R, Lobel M. Conception, Commitment and Health behavior practices in medically high-risk pregnant women. *Women´s Heal Res gender, Behav policiy.* 1995;1(3):257–71.
95. Bowlby J. Attachment and loss. Segunda. USA: Basic Books; 1982. 326 p.
96. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment. primera. Nueva York: Psychology Press; 1978. 410 p.
97. Bicking Kinsey C, Hupcey JE. State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery [Internet].* 2013;29(12):1314–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
98. Hayes EE. Assessment of early mothering: A tool. *Issues Health Care Women [Internet].* 1983;4(6):361–6. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399338309515632>
99. Müller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. *West J Nurs Res [Internet].* 1993;15(2):199–215. Available from: <http://raj.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2153368714567577%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1023/A:1007521427059%5Cnhttp://onlinelibrary.wiley.com.prox.lib.ncsu.edu/doi/10.1111/j.1728-4457.2005.00079.x/pdf%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00380237.2002.1057>

100. Doan H, Zimerman A. Conceptualizing prenatal attachment: toward a multidimensional view. *J Prenat Perinat Psychol Heal*. 2003;18(2):21.
101. Busonera A, Cataudella S, Lampis J, Tommasi M, Zavattini GC. Psychometric properties of a 20-item version of the Maternal-Fetal Attachment Scale in a sample of Italian expectant women. *Midwifery* [Internet]. 2016;34:79–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.012>
102. Cannella BL. Maternal – fetal attachment : an integrative review. *J Adv Nurs*. 2005;50(1):60–8.
103. Malus A, Chlewicka J, Galińska B, Konarzewska B, Szulc A. Body Image and Maternal Fetal Attachment. *Prog Heal Sci*. 2014;4(2):157–63.
104. Alhusen J. A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *J Obs Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(3):315–28.
105. Van den Bergh B, Simons A. A review of scales to measure the mother–foetus relationship. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(2):114–26.
106. Spiteri G, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Kaner E, Martin CR. Preparation for parenthood: A concept analysis. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2014;32(2):148–65. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-09418-005&site=ehost-live>
107. George L. Lack of Preparedness. *MCN, Am J Matern Nurs*. 2005;30(4):251–5.
108. Hernández LM. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a). *Av en Enfermería*. 2008;XXVI(1):97–102.
109. Underwood JE. Mothers and Others : African-Ame. *Am J Matern Nurs*. 2000;25(April):86–91.
110. De vet H, Terwee C, Mokkink L, Knol D. *Measurement in medicine*. Primera. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
111. Muñoz J. Las Teorías De Los Tests: Teoría Clásica Y Teoría De Respuesta a Los Ítems. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2010;31(1):57–66. Available from: <http://www.cop.es/papeles>
112. Mart C. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* [Internet]. 2004;5(17):23–9. Available from: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
113. Mart C. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*.

- 2004;5(17):23–9.
114. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales a S. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2011;34(1):63–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532647>
 115. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Hear lung*. 1987;16(6):625–9.
 116. Kline R. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Third edit. Press TG, editor. New York; 2011. 11–12 p.
 117. Lloret S, Ferreres A, Hernández A, Tomás I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica , revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014;30(3):1151–69.
 118. Merino C, Livia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *An Psicol* [Internet]. 2009;25(1):169–71. Available from: http://revistas.um.es/analesps%0Ahttp://www.um.es/analesps/v25/v25_1/19-25_1.pdf
 119. Che M, Tasmin R, Takala J, Norazlin H. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis Results: A Study Type of Knowledge Management Process at Malaysian University Libraries. *Asian Soc Sci*. 2013;9(15):227–40.
 120. Republica de Colombia. Resolucion 8430 de 1993 - 1. Republica de Colombia Ministerio de Salud 1993 p. 1–12.
 121. Observatori de Bioètica i Dret. Informe Belmont [Internet]. Universitat de Barcelona. 1979. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
 122. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.rae.es/>
 123. Oxford. *Español Oxford Living Dictionaries* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 18]. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/preparacion>
 124. Perez M de las M. Preparación para la maternidad. *Inquietudes*. 2006;35:4–9.
 125. Smith J. Towards a relational self : Social engagement during pregnancy. *Br J Soc Psychol*. 1999;38:409–26.

126. Riedmann GL. Preparation for parenthood [Internet]. The Global Library of Women's Medicine. 2008 [cited 2017 Feb 2]. Available from: DOI 10.3843/GLOWM.10110
127. Mansfield P. Getting ready for parenthood: attitudes to and expectations of having children of a group of newly-wed. *Int J Sociol Soc Policy*. 1993;2:28–39.
128. Afflerback S, Anthony AK, Carter SK, Grauerholz L. Consumption Rituals in the Transition to Motherhood. *Gender Issues*. 2014;31(1):1–20.
129. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicol* [Internet]. 2016;24(2):681–93. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>
130. Hollins Martin CJ, Robb Y. Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2013;13(6):512–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.013>
131. Couto GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto . *Rev Latino-Americana Enferm* . 2006;14(2):190–8.
132. Hailu M, Gebremariam A, Alemseged F, Deribe K. Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in Southern Ethiopia. *PLoS One*. 2011;6(6).
133. August F, Pembe AB, Kayombo E, Mbekenga C, Axemo P, Darj E. Birth preparedness and complication readiness – a qualitative study among community members in rural Tanzania. *Glob Health Action*. 2015;8:1–12.
134. McPherson RA, Khadka N, Moore JM, Sharma M. Are birth-preparedness programmes effective? Results from a field trial in Siraha District, Nepal. *J Heal Popul Nutr*. 2006;24(4):479–88.
135. Timsa L, Marrone G, Ekirapa E, Waiswa P. Strategies for helping families prepare for birth: Experiences from eastern central Uganda. *Glob Health Action*. 2015;8:1–9.
136. Chun-Ting L, Chung-Ping C, Shih-Hsien K F-HC. Development of a Chinese short form of the Prenatal Self-evaluation questionnaire. *J Clin Nurs*. 2008;18:659–66.
137. Ferrater J. *Diccionario de filosofia*. segunda. Terricabras J, editor. España: Ariel; 2009.
138. Eccles JS. Engagement: Where to next? *Learn Instr* [Internet]. 2016;43:1–5.

Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959475216300160>

139. Chang S, Gibson HJ. The relationships between four concepts (involvement, commitment, loyalty, and habit) and consistency in behavior across leisure and tourism. *Tour Manag Perspect* [Internet]. 2015;13:41–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmp.2014.11.003>
140. Mekwa JN, Uys LR, Vermaak M V. A concept analysis of nurses' commitment to patient care. *Curationis* [Internet]. 1992;15(3):7–11. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med3&NEWS=N&AN=1301307>
141. Bright F a. S, Kayes NM, Worrall L, McPherson KM. A conceptual review of engagement in healthcare and rehabilitation. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2015;37(8):643–54. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.933899>
142. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 1996;24(3):561–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18269439>
143. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016;99(12):1923–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
144. Lydon J, Dunkel-Schetter C, Cohan CL, Pierce T. Pregnancy decision making as a significant life event: A commitment approach. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1996;71(1):141–51. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.71.1.141>
145. Barlow, C. A., Cairns K V. Mothering as a Psychological Experience: A Grounded Theory Exploration. *Can J Couns* [Internet]. 1997;31(3):232–47. Available from: <http://cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/97>
146. Sawyer LM. Engaged mothering: the transition to motherhood for a group of African American women. *J Transcult Nurs*. 1999;10(1):14–21.
147. Eiguer A. La dimensión transgeneracional de la responsabilidad. *Psicoanálisis* [Internet]. 2008;30(1):51–61. Available from: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Eiguer.pdf>
148. Castoldi L, Gonçalves TR, Lopes R de CS. Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. *Psicol em Estud* [Internet]. 2014;19(2):247–

59. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
149. Doan HM, Zimerman A. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *J Prenat Perinat Psychol Heal* [Internet]. 2003;18(2):109–29. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&NEWS=N&AN=2004-10822-003>
150. M W. Facilitation of maternal-fetal bonding in pregnant substance-abusing women attending outpatient treatment. *J Addict Nurs* [Internet]. 2001;13(3/4):175–85. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2002113515&site=ehost-live>
151. Viila I, Giraldo I, Ramírez M, Orozco G, Blanco L. Vínculo prenatal: la importancia de los estilos vinculares en el cuidado gestacional. *Rev Katharsis*. 2015;22:267–303.
152. Ji EK, Pretorius DH, Newton R, Uyan K, Hull AD, Hollenbach K, et al. Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: A comparison of two- and three-dimensional imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;25(5):473–7.
153. Pretorius DH, Gattu S, Ji E-K, Hollenbach K, Newton R, Hull A, et al. Preexamination and postexamination assessment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4-dimensional obstetric ultrasonography. *J ultrasound Med*. 2006;25(11):1411–21.
154. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans HM. a History of the Theory of Prenatal Attachment. *J Prenat Perinat Psychol Heal* [Internet]. 2009;23(4):201–22. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533008>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3083029>
155. Pollock PH, Percy A. Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abus Negl*. 1999;23(12):1345–57.
156. Redshaw M, Martin C. Babies, ‘bonding’ and ideas about parental ‘attachment.’ *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2013;31(3):219–21. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2013.830383>
157. Walsh J. Definitions matter: If maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(5):449–51.
158. LoBiondo-Wood G, Vito-O’Rourke K. The prenatal maternal attachment scale:

- A methodological study. In: Paper presented at NAACOG's Research Conference, Denver, CO. 1990.
159. Huang HC, Wang SY, Chen CH. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: A study in Taiwan. *Birth*. 2004;31(3):183–8.
 160. Kleinveld J, Timmermans D, van den Berg M, van Eijk J, Ten Kate L. Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controlled trial. *Prenat Diagn*. 2007;27:757–64.
 161. Osorio J, Carvajal G, Rodríguez M. Preparation for Motherhood during Pregnancy: a Concept Analysis. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2017;35(3):295–305. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/329204/20785724>
 162. Walsh J, Hepper E, Marshall B. Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(383):2–9.
 163. Sadat M, Dolatian M, Khoramabadi M, Talebi A. Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electron Physician*. 2016;8(7):2639–44.
 164. Nishikawa M, Sakakibara H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reprod Health* [Internet]. 2013;10(1):12. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-10-12>
 165. Shieh C, Kravitz M, Wang H-H. What do we know about Maternal-Fetal Attachment? *Kaohsiung J Med Sci*. 2001;17:448–54.
 166. Hassan NMM, Hassan FMAE. Predictors of Maternal Fetal Attachment among Pregnant Women. *IOSR J Nurs Heal Sci* [Internet]. 2017;6(1):95–106. Available from: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol6-issue1/Version-6/N06010695106.pdf>
 167. Roncallo CP, Sánchez M, Arranz E. Vínculo materno-fetal : implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escitos Psicol*. 2015;8(2):14–23.
 168. Schmidt EB, Argimon Il de L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paid (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2009;19(43):211–20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

169. Howell EA, Mora PA, Chassin MR, Leventhal H. Lack of preparation, physical health after childbirth, and early postpartum depressive symptoms. *J women's Heal* [Internet]. 2010;19(4):703–8. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=20350198>
170. Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TT, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* [Internet]. 2010;7(1):28. Available from: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/28>
171. Thomas B, Bhugra D. Preparation for parenthood programme: experiences from southern India. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):493–9.
172. Dyess-Nugent P. Nurses' Unique Opportunity to Promote Patient Engagement in Prenatal Care. *Nurs Forum*. 2018;53(1):61–8.
173. Schechter JC, Brennan PA, Smith AK, Stowe ZN, Newport DJ, Johnson KC. Maternal Prenatal Psychological Distress and Preschool Cognitive Functioning: the Protective Role of Positive Parental Engagement. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(2):249–60.
174. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: A cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017;17(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1223-x>
175. Donath O. *Madres arrepentidas. Segunda*. House PR, editor. Barcelona; 2016. 270 p.
176. Baydar N. Consequences for children of their birth planning status. *Fam Plann Perspect* [Internet]. 1995;27(6):228–34, 245. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8666086>
177. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Fam Plann Perspect*. 1998;30(5):223–30.
178. Izugbaraa CO, Ochako R, Izugbara C. Gender scripts and unwanted pregnancy among urban Kenyan women. *Cult Heal Sex*. 2011;13(9):1031–45.
179. Glover V, Capron L. Prenatal parenting. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2017;15:66–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.007>

180. Andersen SM, Przybylinski E. Shared reality in interpersonal relationships. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2018;23:42–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.11.007>
181. Güney E, Uçar T. Effect of the fetal movement count on maternal–fetal attachment. *Japan J Nurs Sci*. 2018;16(1):1–9.
182. Maas AJBM, de Cock ESA, Vreeswijk CMJM, Vingerhoets AJJM, van Bakel HJA. A longitudinal study on the maternal–fetal relationship and postnatal maternal sensitivity. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2016;34(2):110–21. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2015.1112880>
183. Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(2):187–95.
184. Rossen L, Hutchinson D, Wilson J, Burns L, Allsop S, Elliott E, et al. Maternal Bonding through Pregnancy and Postnatal: Findings from an Australian Longitudinal Study. *Am J Perinatol*. 2017;34(8):808–17.
185. Alvarenga P, Dazzani MVM, Alfaya CAS, Lordelo ER, Piccinini CA. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estud Psicol*. 2012;17(3):477–84.
186. Bouchard G. The role of psychosocial variables in prenatal attachment: An examination of moderational effects. *J Reprod Infant Psychol*. 2011;29(3):197–207.
187. Haedt A, Keel P. Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. *J Reprod Infant Psychol*. 2007;25(4):285–95.
188. Branjerdporn G, Meredith P, Strong J, Garcia J. Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. 2017;21(3):540–53.
189. Dokuhaki A, Akbarzadeh M, Pishva N, Zare N. A study of the effect of training pregnant women about attachment skills on infants' motor development indices at birth to four months. *Fam Med Prim Care Rev*. 2017;19(2):114–22.
190. Delavari M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2018;32(2):263–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.013>
191. Delavari M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafurvand M. The

- relationship between maternal–fetal attachment and maternal self-efficacy in Iranian women: a prospective study. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2018;36(3):302–11. Available from: <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1436753>
192. Sancho-Rossignol A, Schilliger Z, Cordero MI, Serpa SR, Epiney M, Hüppi P, et al. The association of maternal exposure to domestic violence during childhood with prenatal attachment, maternal-fetal heart rate, and infant behavioral regulation. *Front Psychiatry*. 2018;9:1–10.
 193. Zdolska-Wawrzekiewicz A, Chrzan-Dętkoś M, Bidzan M. Maternal attachment style during pregnancy and becoming a mother in Poland. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2017;36(1):4–11. Available from: <http://doi.org/10.1080/02646838.2017.1395400>
 194. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53–5.
 195. Alligod M, Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería*. Octava. Elsevier, editor. Barcelona; 2014. 784 p.
 196. Anderson KG. Establishment of Legal Paternity for Children of Unmarried American Women: Trade-Offs in Male Commitment to Paternal Investment. Vol. 28, *Human Nature*. 2017. 168–200 p.
 197. Delavari M, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. The relationship of maternal–fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz–Iran, 2016. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2018;31(18):2450–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1344961>
 198. Lee A, Newton M, Radcliffe J, Belski R. Pregnancy nutrition knowledge and experiences of pregnant women and antenatal care clinicians: A mixed methods approach. *Women and Birth* [Internet]. 2018;31(4):269–77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.010>
 199. Urquia ML, Pulver A, Heaman MI, Ray JG, Daoud N, O’Campo P. Partner Disengagement from Pregnancy and Adverse Maternal and Infant Outcomes. *J Women’s Heal*. 2016;26(3):234–40.
 200. Bello F, Musoke P, Kwena Z, Owino GO, Bukusi EA, Darbes L, et al. The role of women’s empowerment and male engagement in pregnancy healthcare seeking behaviors in western Kenya. *Women Heal* [Internet]. 2019;7:1–15. Available from: <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1567644>
 201. Gómez-De la Rosa F, Marrugo-Arnedo C, Florez-Tanus Á, López-Pájaro K,

- Mazenett-Granados E, Orozco-Africano J, et al. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. *Salud Publica Mex.* 2017;59(2):176–82.
202. Miranda C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Rev Salud Uninorte* [Internet]. 2016;32(3):436–51. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300008
203. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2017;65(2):305–10. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/59704>
204. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. *Hacia promoció salud* [Internet]. 2014;19(1):128–40. Available from: [http://promociósalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19\(1\)_10.pdf%5Cn](http://promociósalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19(1)_10.pdf%5Cn)
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-729267>
205. Guijarro C, Martínez-lorca M, González J, Zabala M, Martínez A. Conocimiento De La Estimulación Prenatal en los programas de educación maternal en Atención Primaria por parte de las mujeres gestantes. *Rev Clin Med Fam.* 2016;9(2):83–90.
206. Hang Pham T, Le TX, Nguyen DT, Luu CM, Truong BD, Tran PD, et al. Knowledge, attitudes and practices of hepatitis B prevention and immunization of pregnant women and mothers in northern Vietnam. *PLoS One.* 2019;14(4):1–16.
207. Alemu Y, Dejenie T, Mulugeta S. Mother’s knowledge on prevention of mother-to-child transmission of HIV, Ethiopia: A cross sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(9):1–12. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L623844594%0Ahttp://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203043>
208. Kesmodel U, Urbute A. Changes in Drinking Patterns, and Attitudes Toward and Knowledge About Alcohol Consumption During Pregnancy in a Population of Pregnant Danish Women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(6):1213–9.
209. Vallely L, Emori R, Gouda H, Phuanukoonnon S, Homer C, Vallely A. Women’s knowledge of maternal danger signs during pregnancy: Findings from a cross-sectional survey in Papua New Guinea. *Midwifery* [Internet]. 2019;72:7–13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.001>

210. Barco B, Finochio A, Lima J, Tozzo C. Knowledge of supplemental folic acid during pregnancy. *Investig y Educ en Enferm.* 2015;33(3):456–64.
211. Karkee R, Baral OB, Khanal V, Lee AH. The role of obstetric knowledge in utilization of delivery service in Nepal. *Health Educ Res.* 2014;29(6):1041–8.
212. Abdulmalek L, Benkhaial F. Knowledge, attitude, and practice of parents regarding Vitamin A supplementation to children in Benghazi, Libya. *Ibnosina J Med Biomed Sci.* 2018;10:174–7.
213. Fadare O, Amare M, Mavrotas G, Akerele D, Ogunniyi A. Mother’s nutrition-related knowledge and child nutrition outcomes: Empirical evidence from Nigeria. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(2):1–18. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L2001644670%0Ahttp://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0212775>
214. Qassim S, Saeed F, Alam M. Knowledge, Attitude and Practice of Mothers on Acute Respiratory Infection in Children under Five Years. *Pak J Med Sci.* 2016;32(6):1–5.
215. Hernández R, Lemus E, Perera L, Rodríguez F, Vázquez J. Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. *Rev Cubana Enferm.* 2016;32(3):343–52.
216. Maltezou H, Pelopidas K, Kritikopoulou C, Theodoridou K, Katerelos P, Tsiaousi I, et al. Knowledge about influenza and adherence to the recommendations for influenza vaccination of pregnant women after an educational intervention in Greece. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2019;15(5):1070–4. Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1568158>
217. Mokhtari F, Bahadoran P, Baghersad Z. Effectiveness of Postpartum Homecare Program as a New Method on Mothers ’ Knowledge about the Health of the Mother and the Infant. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018;23:316--21.
218. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. ENDS 2015. Bogotá; 2015.
219. Aiken A, Trussell J. Anticipated emotions about unintended pregnancy in relationship context: are latinas really happier? *J Marriage Fam.* 2017;79(2):356–71.
220. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Rohana N. Iranian women ’ s experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy : A

qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2018;62:81–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.023>

221. Hopkins J, Miller J, Butler K, Gibson L, Hedrick L, Boyle D. The relation between social support , anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2018;5:1–12. Available from: <http://doi.org/10.1080/02646838.2018.1466385>
222. Jong-Pleij E, Ribbert L, Pistorius L, Mulder E, Tromp E, Bilardo C. 3/4D ultrasound and maternal-fetal bonding: second versus third trimester. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;40(Suppl 1):171–310.
223. Pavlova E, Markov D, Ivanov S, Nikolov A. Role of 2D and 3D/4D ultrasound on maternal-fetal bonding. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42(Suppl 1):113–79.
224. Handelzalts JE, Preis H, Rosenbaum M, Gozlan M, Benyamini Y. Pregnant Women’s Recollections of Early Maternal Bonding: Associations With Maternal–Fetal Attachment and Birth Choices. *Infant Ment Health J*. 2018;39(5):511–21.

Anexos

Anexo 1. Carta de invitación para expertos. Evaluación del instrumento.

Señor:
EXPERTO XXXX
Docente/Enfermero
Institución XXXX
La ciudad

Cordial saludo.

Mi nombre es Jhon Henry Osorio Castaño, soy estudiante del Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Actualmente me encuentro ejecutando mi proyecto de tesis doctoral denominado: “Compromiso, vínculo y preparación durante la gestación. Desarrollo conceptual y validación de un nuevo instrumento para su evaluación” bajo la dirección de la doctora María de los Ángeles Rodríguez Gázquez de la Universidad de Antioquia y la doctora Gloria Carvajal Carrascal de la Universidad de La Sabana.

Dada su experiencia y trayectoria en el campo de la salud materna, me gustaría invitarlo para que participe como experto en la validación de contenido del instrumento a través de la evaluación del mismo bajo las indicaciones adjuntas a este correo.

Es de aclarar que su participación es voluntaria y que si decide aceptar no se generará ninguna retribución, como tampoco derechos intelectuales sobre la versión final del instrumento; pero se le darán los créditos respectivos en el documento final del proyecto, en la sustentación oral y en las publicaciones que se deriven de esta investigación.

Agradeciendo profundamente su respuesta y apoyo.

Jhon Henry Osorio Castaño
Investigador Principal Cel: 3002104095
Email: jhenry.osorio@udea.edu.co

Anexo N° 2. Aval Comité de Ética. Facultad de Enfermería.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE INVESTIGACION

Acta N° CEI-FE 2017-15

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.

Lugar y fecha: Medellín Feb 10 de 2017

Nombre del proyecto: COMPROMISO, VÍNCULO Y PREPARACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN. DESARROLLO CONCEPTUAL Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA SU EVALUACIÓN

Nombre del Estudiante-investigador del Doctorado en Enfermería: JHON HENRY OSORIO CASTAÑO. Asesoras: MARIA DE LOS ANGELES RODRÍGUEZ GÁSQUEZ y GLORIA CARVAJAL CARRASCAL

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación conforme los requerimientos de las *Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud*, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), *las normas internacionales que regulan la ética de la investigación* (Declaración de Helsinki, 2008; Pautas de la CIOMS, 2002) y *los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica* (Ezequiel Jonathan Emanuel), considera lo siguiente:

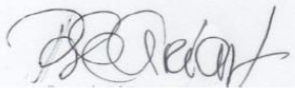
• **Criterios para la conducción responsable de la investigación:**

1. Asociación colaborativa: Se realizan los ajustes, presentan la invitación a los expertos y la carta a la institución debidamente gestionadas
2. Validez científica: Estudio con enfoque cuantitativo, diseño observacional que se realizará en tres fases, se realizan ajustes.
3. Validez social: Suficiente sustentación.
4. Selección equitativa de los participantes: 200 participantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión de diferentes entidades de salud, se realizan ajustes

5. Razón riesgos/beneficios: investigación de riesgo mínimo, minimizan los riesgos, realizan ajustes.
 6. Evaluación independiente: Evaluación por el CEIFE de la U de A y los docentes del doctorado
- **Protección de los derechos de los sujetos involucrados en la investigación.**
1. Respeto a la autonomía: se considera este principio, se realizan los ajustes
 2. Respeto a la Confidencialidad: Se tiene las estrategias para la confidencialidad, realizan ajustes
 3. El consentimiento informado: Modelo que cumple con requerimientos
 4. Custodia: Adecuada.

Conclusión: Se da el aval.

Esta acta se discutió en reunión extraordinaria virtual el 10 de febrero de 2017 con la participación de Yolanda Restrepo (Profesora con formación en ética), Patricia Jaramillo (Representante externa), Beatriz Elena Botero (Abogada) y María Angélica Arzuaga (Representante de los profesores).



Firma

Beatriz Elena Arias López

c.c. 42.894.067

Presidenta CEI- Facultad de Enfermería

Profesión: Enfermera, Mg Ed y DC, PhD SMC

Cargo actual: Docente

Institución: Universidad de Antioquia

Comité para la evaluación del componente ético en las investigaciones

Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

Anexo 3. Formato solicitud de autorización institucional para desarrollo del proyecto.

Medellín, xxxxxxxxxxxxxx

Señor:

REPRESENTANTE LEGAL

Institución

La ciudad

Asunto: solicitud autorización ejecución proyecto de investigación.

Cordial saludo. Me permito solicitar muy amablemente la autorización respectiva para la ejecución del proyecto de investigación denominado “Validación de un nuevo instrumento para medir el compromiso, el vínculo y la preparación durante la gestación para la maternidad” cuyo propósito es validar un nuevo instrumento que permita medir los constructos indicados durante este período y posteriormente permita la formulación de estrategias que mejoren positivamente la transición hacia la maternidad.

Las participantes del estudio son mujeres gestantes mayores de 18 años y el único criterio de exclusión serán mujeres que no hayan contestado de forma completa el instrumento, pero dicha exclusión se hará en el análisis. El estudio se llevará a cabo en los servicios de consulta externa del programa de control prenatal y del curso psico-profiláctico y la información espera ser recolectada aproximadamente durante doce meses. El tiempo estimado de participación de cada gestante es de 15 minutos y se abordará antes o después de ingresar a la consulta o al curso psico-profiláctico.

Cada participante responderá una encuesta de caracterización y el instrumento diseñado previa firma del consentimiento informado. Este estudio es de riesgo mínimo de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 porque es probable que se desencadenen sentimientos encontrados hacia la maternidad derivados del contexto específico de cada gestante. Si se llegase a presentar esta situación, el investigador brindará el cuidado pertinente consistente en escuchar de forma activa

lo que desea expresar la gestante y junto a ella dispondrá de una serie de acciones que le ayuden a mejorar su sensación frente a la transición a su maternidad. Si se llegase a presentar una situación que sobrepase las medidas implementadas por el investigador, se procederá a contactar un profesional del área social de la institución para el respectivo manejo.

Las participantes no incurrirán en ningún gasto, así como la institución. Toda la información recolectada será anónima y se podrá solicitar una segunda aplicación del instrumento a algunas gestantes previa autorización de las mismas.

El investigador principal es el estudiante de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Antioquia Jhon Henry Osorio Castaño, cuyos datos de contacto aparecen al pie de su firma.

Por su respuesta y apoyo al desarrollo de la investigación en enfermería, mil gracias.

Atentamente,

Jhon Henry Osorio Castaño
Investigador Principal
Cel: 3002104095
Email: jhenry.osorio@udea.edu.co

Anexo 4. Correo de respuesta Prosalco IPS

The screenshot displays a web browser window with an Outlook interface. The browser's address bar shows a search URL for an email. The Outlook interface includes a navigation pane on the left with folders like 'Favoritos', 'Bandeja de entr...', 'Elementos enviados', 'Borradores', and 'Carpetas'. The main content area shows an email from 'Coordinador Gestión del Riesgo Prosalco' (gestiondelriesgo@prosalcoips.com.co) with the subject 'Resumen Proyecto Investigación Tesis Doctoral'. The email body contains the following text:

Buenos Días

John

con respecto a la Propuesta, me disculpo por la demora en la respuesta

En conversaciones con la gerencia me indica que no hay dificultad en realizar la actividad

ya la idea es que me digas como ajustamos detalles para dar inicio

quedo atenta

El 28 de junio de 2018, 10:44, Jhon Henry Osorio Castano <jhon.osorio@upb.edu.co> escribió:

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date and time: 6:43 PM, 7/1/2019.

Anexo 5. Consentimiento Informado.

VALIDACIÓN DE UN NUEVO CUESTIONARIO PARA MEDIR EL COMPROMISO, EL VÍNCULO Y LA PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD DURANTE LA GESTACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio en el que usted va a participar es sobre la validación de un nuevo cuestionario para medir el compromiso, el vínculo y la preparación durante la gestación para el proceso de maternidad. Este estudio es importante porque un proceso adecuado hacia la maternidad favorece a la mujer porque le genera autoconfianza, eficacia, seguridad, armonía y satisfacción y al hijo porque a través del vínculo creado, el compromiso y la preparación de la madre, será el receptor de infinito afecto que permitirá fomentar una mejor salud mental y la creación de relaciones más armónicas con los demás.

Se trata de un estudio donde no habrá ninguna intervención y cuyo objetivo es validar un nuevo cuestionario que permita la medición del compromiso, del vínculo y de la preparación durante la gestación. Por lo tanto, antes de participar en el estudio y de diligenciar el cuestionario respectivo, debe firmar este consentimiento informado donde se le explica en que consiste su participación.

Se le aplicará un cuestionario que tomará aproximadamente quince minutos. Este cuestionario no es para realizar ningún tipo de juicios, ni de señalamientos acerca de su proceso hacia la maternidad, solo pretende ser una herramienta que permita la identificación temprana de situaciones que puedan afectar este proceso.

Este estudio acarrea un riesgo mínimo ya que es probable que se desencadenen sentimientos encontrados hacia la maternidad derivados del contexto específico de su proceso de gestación y que pueden estar asociados a las respuestas por usted brindadas, pero probablemente no generará ninguna molestia. Si se llegase a presentar esta situación, el investigador le brindará el cuidado pertinente consistente en escuchar de forma activa lo que usted desea expresar y junto a usted dispondremos de una serie de acciones que le ayuden a mejorar su sensación frente al proceso de maternidad. Si se llegase a presentar una situación que sobrepase las medidas implementadas, se procederá a contactar un profesional del área social de la institución para el respectivo manejo. Los beneficios de esta investigación y de su participación podrán verse reflejados en el uso del cuestionario en las

consultas de control prenatal para valorar como se está dando este proceso de la maternidad en las mujeres durante la época del embarazo.

Tenga presente que, si durante el tiempo en que este respondiendo el cuestionario, tiene alguna pregunta se le responderá para que usted tenga toda la claridad respecto a lo que está contestando. Así mismo, si durante el tiempo en que se encuentre respondiendo el cuestionario decide no seguir haciéndolo y dejar de participar del estudio, lo puede notificar al investigador sin ningún inconveniente y esta decisión no generará, ni acarreará ningún problema y mucho menos en la prestación de los servicios a los que tiene derecho.

Se garantizará la confidencialidad de la información por usted suministrada, por lo tanto, cada instrumento será identificado solo con un código y nunca con su nombre, este mismo código se utilizará para todo el manejo de la información, así mismo, los datos registrados en este documento de consentimiento informado estarán bajo la custodia del investigador, al igual que el cuestionario por usted diligenciado. De igual forma nunca se manejará información individual. Tenga presente que existe la posibilidad de que sea seleccionada para una próxima aplicación del cuestionario en un periodo de 4 semanas para lo cual se le solicitará algún dato de contacto y usted estará en toda la libertad de aceptar o no.

Si decide aceptar, los datos que brinde de contacto solo serán conocidos y manejados por el investigador y el segundo cuestionario aplicado se manejará con el mismo código, en ningún momento con su nombre o documento de identidad. Su participación en el estudio es voluntaria y no está sujeta a ningún beneficio monetario, ni ningún otro tipo de recurso.

El investigador del estudio es Jhon Henry Osorio Castaño de la Universidad de Antioquia. Celular: 3002104095. Email: jhonosca@hotmail.com

Nombre completo participante

Firma participante

Firma testigo

C.C.

Número de contacto:

C.C.

Fecha:

Anexo 6. Operacionalización de variables encuesta de caracterización.

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Unidad de Medida	Categorías
Rango de edad	Número de años cumplidos al momento de aplicar el instrumento.	Cualitativa	Nominal ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta 19 años. 2. 20 a 29 años. 3. 30 a 39 años. 4. 40 a 49 años.
Estrato socio-económico.	Categoría socio-económica adjudicada por empresas de prestación de servicios públicos.	Cualitativa	Nominal ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. V 6. VI
Régimen de afiliación a salud.	Indica el régimen al cual se encuentra afiliada la mujer gestante para acceder a la prestación de servicios de salud.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Régimen contributivo. 2. Régimen subsidiado. 3. Regimenes especiales.
Nº de hijos.	Cantidad de hijos vivos que tiene la mujer gestante.	Cuantitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5
Estado civil.	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Viuda 5. Separada 6. Divorciada
Ocupación.	Condición de una persona en relación a un oficio o trabajo.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Desempleada 4. Empleada. 5. Independiente.
Escolaridad.	Grado de formación académica formal que adquiere una persona en el sistema educativo.	Cualitativo	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria incompleta. 2. Primaria completa. 3. Secundaria incompleta. 4. Secundaria completa. 5. Técnica.

				6. Tecnología. 7. Pregrado. 8. Especialización. 9. Maestría. 10. Doctorado.
Barrio de residencia.	Ubicación espacial y geográfico de la residencia.	Cualitativa	Nominal.	Abierta.
Semanas de gestación.	Semana en la que se encuentra la mujer.	Cualitativa	Ordinal	Abierta y luego se recodificará en trimestres.

Anexo 7. Frases elaboradas a partir de los atributos identificados en cada análisis de concepto.

ELABORACIÓN FRASES
CONCEPTO: PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD
FRASES
La preparación implica tiempo para transitar hacia la maternidad.
La preparación implica la participación conciente de la gestante en su proceso de gestación y maternidad.
La preparación implica la participación activa de la gestante en su proceso de gestación y maternidad.
La preparación para la maternidad durante la gestación está delimitada por la historia y cultura de la mujer en relación a la crianza y el cuidado de otros.
La preparación para la maternidad durante la gestación está delimitada por las expectativas sociales (familias, amigos, vecinos, otros)
La preparación para la maternidad durante la gestación está delimitada por el contexto social (donde vive, como vive, con quien vive)
La preparación favorece la resolución de conflictos personales con la maternidad.

La preparación favorece la resolución de conflictos de la gestante con su figura materna y la crianza.
La preparación favorece la resolución de conflictos de la gestante con sus otros hijos.
La preparación favorece la resolución de conflictos de la gestante con su compañero/compañera sentimental.
La preparación está determinada por la presencia y el apoyo de la madre.
La preparación está determinada por la presencia y apoyo del compañero/compañera sentimental.
La preparación permite anticiparse a las prácticas en el cuidado del bebé

La preparación permite pensar en las características que se tendrán como madre a través del autoconocimiento (incluye relacionamiento con el bebé)
La preparación permite visualizar los cambios de vida necesarios para ser mamá
La preparación implica buscar información acerca de la gestación
La preparación implica buscar información acerca del parto
La preparación implica buscar información acerca del cuidado del recién nacido
La preparación implica buscar información acerca de la crianza
La preparación demanda la disponibilidad de recursos financieros para adquirir elementos de cuidado personal, del bebé y mobiliario
La preparación demanda la disponibilidad de recursos financieros para los gastos asistenciales relacionados con la atención de la gestación y el parto.
La preparación requiere de cambios en la alimentación.

La preparación requiere de cambios en la actividad física.
La preparación requiere de cambios en los hábitos de consumo de sustancias.
La preparación requiere de cambios en el consumo de medicamentos incluyendo micronutrientes.
La preparación requiere de cambios en el manejo de situaciones estresantes o ansiosas.
La preparación se refuerza ingresando de forma temprana al control prenatal.
La preparación se refuerza asistiendo a los controles prenatales y siguiendo las recomendaciones de los profesionales.
La preparación incluye asistir a actividades educativas y visualización sobre preparación para el trabajo de parto y parto.
La preparación se refuerza asistiendo a las actividades educativas de maternidad.

CONCEPTO: APEGO MATERNO-FETAL

FRASES
El apego materno es un proceso
El apego materno es unidireccional
El apego materno es progresivo
El apego materno aumenta en la medida que avanza la gestación
El apego materno requiere habilidades cognitivas para representar el feto

El apego materno requiere habilidades emocionales para amar el feto
El apego materno requiere conceptualizar el feto como persona
El apego materno se manifiesta en comportamientos de afiliación
El apego materno se manifiesta en comportamientos de interacción
El apego materno se manifiesta en comportamientos de mutualidad
El apego materno se manifiesta en comportamientos de compromiso
El apego materno se manifiesta en comportamientos de cuidado
El apego materno se relaciona con la presencia del padre del hijo

El apego materno se relaciona con una relación con el padre del hijo
El apego materno se relaciona con la forma de vincularse con el padre del hijo
El apego materno se relaciona con la presencia de la madre de la gestante
El apego materno se relaciona con la historia de vinculación con la madre de la gestante
El apego materno se favorece con la ecografía
La ecografía ayuda a representar al feto
La ecografía ayuda a conceptualizar al feto
El apego materno se relaciona con los rasgos de personalidad de la mujer
El apego materno se relaciona con las formas de vinculación de la mujer
El apego materno se favorece con la percepción de los movimientos fetales

Los movimientos fetales hacen consciente la presencia de otro ser
El apego materno se relaciona con el apoyo de la familia cercana
El apego materno se relaciona con el apoyo de la pareja
El apego materno se relaciona con el apoyo de los amigos
El apego materno se relaciona con el apoyo emocional
El apego materno se relaciona con la disponibilidad de recursos
El apego materno se afecta por situaciones estresantes
El apego materno se afecta por situaciones que generan ansiedad
El apego materno se afecta por el consumo de sustancias psicoactivas
El apego materno se afecta por las actitudes negativas hacia la gestación y el parto
El apego materno se afecta por desórdenes depresivos
El apego materno es más fuerte en gestantes primerizas
El apego materno es más fuerte en mujeres jóvenes

CONCEPTO: COMPROMISO CON LA MATERNIDAD

FRASES
El compromiso es un proceso dinámico
El compromiso es un proceso activo
El compromiso es un proceso delimitado por el contexto familiar
El compromiso es un proceso delimitado por el contexto comunitario

El compromiso es un proceso delimitado por el contexto cultural
El compromiso es un proceso delimitado por el contexto histórico
El compromiso es un proceso delimitado por las experiencias de vida de la mujer
El compromiso es un proceso delimitado por los sueños de la mujer
El compromiso se manifiesta en comportamientos
El compromiso se manifiesta en actitudes
El compromiso permite experimentar la presencia del hijo
El compromiso permite el cuidado activo del componente físico del hijo
El compromiso permite el cuidado activo del componente emocional del hijo
El compromiso promueve sentimientos de competencia en la mujer
El compromiso promueve sentimientos de auto-eficacia en la mujer
El compromiso contribuye a identificar opciones perdidas por la maternidad
El compromiso contribuye a redefinir lo que se era antes de la gestación
Sentir el deber con el hijo predice el compromiso
El compromiso se extiende a otros actores

Anexo 8. Versión 1.0 del instrumento con 183 ítems.

ÍTEMS DE COMPROMISO
Realizo cosas que evidencian mi compromiso con la maternidad
Cada vez que hago algo que me hace sentir bien, me siento más comprometida con la maternidad
Mi familia me ayuda a comprometerme con mi maternidad
Mis vecinos hacen que me comprometa con la maternidad
Las cosas que hago como gestante hacen que me sienta comprometida con la maternidad
Mi compromiso con la maternidad está acorde con el compromiso que percibí de mi madre
Mi compromiso con la maternidad se relaciona con el compromiso que tengo para hacer otras cosas en mi vida
Me siento comprometida con la maternidad independiente de las cosas que voy a dejar de hacer por ser mamá
Todo en mí quiere ser madre
Mis comportamientos durante la gestación hablan de mi compromiso con la maternidad
Tengo disposición para aceptar la maternidad
Sentir mi hijo hace que me comprometa con ser madre
Estoy dispuesta a cuidar de la salud de mi hijo
Estoy dispuesta a acompañar y amar a mi hijo
Me siento capaz de ser mamá y todo lo que eso implica
Siento que puedo ejecutar todas las actividades que vienen con ser madre
A pesar de que sé que he perdido cosas por ser madre, no me arrepiento de ello
Se que ser madre, me ayudará a modificar cosas como mujer
Ahora que estoy gestando, mi deber es ser una buena madre para mi hijo
Siento que mi compromiso como madre no es solo con mi hijo
ÍTEMS DE APEGO MATERNO-FETAL
Cada día hago cosas para sentirme apegada a mi bebé
Siento que mi bebé percibe lo que hago, aunque él no lo pueda expresar

Siento que el apego hacia mi bebé incrementa cada día
Imagino como está mi bebé dentro de mi
Puedo imaginar cómo será mi bebé cuando nazca
Puedo visualizar cada parte del cuerpo de mi bebé
Soy consciente de como crece mi bebé dentro de mi
He deseado mi bebé desde antes de estar en gestación
Se cómo me siento cuando pienso en mi bebé
Siento que no quiero tener a mi bebé
Deseo tener este bebé
Esta gestación me ha desestabilizado emocionalmente
Me siento segura de poder brindar amor a mi bebé
Me siento enamorada de mi bebé
Siento que el bebé y yo somos uno solo
Pienso en el nombre de mi bebé
Puedo entender que mi bebé es un ser diferente de mí
Llamo a mi bebé por su nombre
Me gusta sentir el movimiento de mi bebé dentro de mí
Disfruto cuando el bebé patea
Le hablo a mi bebé
Hago cosas para estimular a mi bebé
Toco a mi bebé a través de mi abdomen
Me siento unida a mi bebé
Desde que estoy en gestación siento que mis relaciones han mejorado
Tengo momentos a solas con mi bebé
Comparto con mi compañero los sentimientos que me despierta mi bebé
Siento que la presencia de mi compañero hace que me apegue más a mi bebé
La forma en que me trata mi compañero contribuye a apegarme a mi bebé
Me siento querida por mi compañero y eso hace que quiera a mi bebé

Tener una relación estable hace que sienta afecto por mi bebé
Cuando la relación con mi compañero va bien, también va bien con mi bebé
Me siento segura con mi compañero y eso me hace querer estar cerca de mi bebé
Me siento incomoda con mi compañero y eso me hace querer alejarme de mi bebe
No quisiera tener a mi compañero cerca y eso me hace no querer estar cerca de mi bebé
La presencia de mi madre contribuye a que me apegue a mi bebé
Sentir el afecto de mi madre hace que me sienta apegada a mi bebé
Quiero amar a mi hijo de forma diferente a como mi madre me amo
Me siento apegada a mi madre y eso hace que me apegue a mi bebé
Me hice la ecografía solo para saber cómo era mi bebé
Tengo claridad de como es mi bebé por la ecografía
Ver mi bebé en el ecógrafo me generó sentimientos
Después de la ecografía imagino como está mi bebé
Después de la ecografía considero que mi bebé es una persona diferente a mi
Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo presente
Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien
Me siento emocionada con mi bebé porque es una nueva experiencia en mi vida
Me siento responsable por el cuidado y afecto hacia mi bebé
Siento que debo hablar con los demás acerca del afecto hacia mi bebé
Respeto a mi bebé
Me siento estable emocionalmente con la presencia de mi bebé
Quiero tener a mi bebé para sentirlo cerca
Me siento cómoda pensando en la cercanía con mi bebé
Siento que no quiero estar cerca de mi bebé
Quiero sentir que mi bebé se mueve
Los movimientos de mi bebé me generan sentimientos
Me estimulo mi abdomen para que mi bebé se mueva
Cada vez que mi bebé se mueve le hablo

Cada vez que mi bebé se mueve lo acaricié a través de mi abdomen
Necesito que mi bebé se mueva para hacer consciente que lo tengo
Presiento como va a ser mi bebé por sus movimientos
Cuando me siento estresada me olvido de mi bebé
Me siento apegada a mi bebé cuando estoy tranquila
Me genera ansiedad saber que debo sentir afecto por mi bebé
Cuando estoy ansiosa no pienso en mi bebé
Siento que no tengo afecto por este bebé
A menudo pienso que no debería estar gestando
Cuando pienso en el parto, no me siento a gusto con mi bebé
ITEMS DE PREPARACIÓN
Considero que la gestación es un período de tiempo para prepararme como mamá
Me siento preparada para ser mamá
He aprovechado el tiempo que llevo en gestación para prepararme para ser mamá
Reconozco que la gestación implica prepararse para ser mamá
He aceptado mi gestación independiente de la forma en que se dió
Asumo comportamientos propios de una mujer gestante
Soy consciente de las responsabilidades de ser mamá
Tengo interés en aprender sobre lo que sucede mientras estoy en gestación
La gestación es una motivación para cambiar algunos hábitos
Esta gestación me motiva a ser mamá
Indago acerca de los cambios que ocurren en mi cuerpo por la gestación
Busco información acerca de cómo desempeñarme como mamá
Me gustaría ser como mi mamá cuando sea madre
Me preparo para ser mamá como lo hizo mi madre
Me preparo para ser mamá como lo han hecho otras madres que conozco
Me gustaría ser una mamá diferente a todas las que conozco
Me dejo influenciar por lo que dice mi madre acerca de cómo debo prepararme para ser mamá

Me dejo influenciar por mis amigos acerca de cómo debo prepararme para ser mamá
Me dejo influenciar por mis vecinos acerca de cómo debo prepararme para ser mamá
El entorno en el que vivo influye en la forma en que me preparo para ser mamá
Me dejo influenciar por los medios acerca de cómo debo prepararme para ser mamá
Planeo ser madre
Deseo ser madre
Ser madre siempre estuvo en mi proyecto de vida
Mi madre siempre ha sido un ejemplo por seguir como mamá
Quiero criar a mi hijo diferente a cómo me criaron a mi
He aprendido de mi madre como ser mamá
Quiero ser una mamá diferente para mi nuevo hijo
He criado bien a mis actuales hijos
Me siento satisfecha con mi labor como mamá hasta ahora
Estoy segura de que mi compañero quiere que sea mamá
Hubiese querido ser mamá con un compañero diferente
Mi compañero cree que puedo asumir la responsabilidad de ser mamá
Mi madre me ha acompañado durante esta gestación
Resuelvo dudas sobre la gestación y la maternidad con mi madre
Mi madre me acompaña a las diferentes actividades relacionadas con la gestación
Mi madre me enseña como debo cuidar de mi bebé
Mi madre me enseña como debo cuidar de mi durante el postparto
Mi compañero/compañera sentimental ha estado presente durante esta gestación
El padre del bebé ha estado presente durante esta gestación
Mi compañero/compañera sentimental está pendiente de mí
Mi compañero/compañera sentimental me ayuda con las labores del hogar
Mi compañero/compañera sentimental me acompaña a las diferentes actividades relacionadas con la gestación
Mi compañero/compañera sentimental se muestra interesado en aprender acerca de la gestación

Mi compañero/compañera sentimental me trata de forma respetuosa y cariñosa
He practicado el cuidado de mi futuro bebé
Me siento preparada para cuidar de mi bebé cuando nazca
Me imagino cuidando de mi bebé
Se que puedo desempeñarme como mamá
Se que tengo las capacidades necesarias para ser mamá
Quiero ser la mamá que necesite mi hijo
Tengo claro los aspectos que debo cambiar de mi vida para ser mamá
He pensado en como la llegada de mi bebé va a cambiar mi vida
He modificado hábitos personales para la llegada de mi bebé
Se cuáles cambios debo hacer en mi casa para la llegada de mi bebé
He leído acerca de los cambios que ocurren durante la gestación
Me han contado acerca de los cambios que ocurren durante la gestación
He preguntado acerca de los cambios que ocurren durante la gestación
He leído acerca de la forma en que se produce el parto
Me han contado acerca de la forma en que se produce el parto
He preguntado acerca de la forma en que se produce el parto
He leído acerca de los cuidados del recién nacido
Me han contado acerca de cómo se cuida un recién nacido
He preguntado acerca de los cuidados del recién nacido
He leído acerca de cómo criar un hijo
He preguntado acerca de cómo criar un hijo
Me han contado acerca de cómo criar un hijo
He comprado elementos de cuidado para la llegada del bebé
He comprado el mobiliario necesario para la llegada y confort de mi bebé
Cuento con recursos económicos para todos los gastos de mi gestación
Cuento con recursos económicos para la asistencia a todas las citas de salud
Tengo dinero ahorrado para los gastos derivados de la atención del parto

Consumo al menos cinco porciones de comida al día
En cada comida principal (desayuno, almuerzo y comida) incluyo al menos un alimento de cada grupo alimenticio
He disminuido el consumo de alimentos fritos y dulces
Estoy realizando algún ejercicio como mínimo tres veces a la semana al menos por 30 minutos
He dejado el consumo de cigarrillo, alcohol y otras sustancias
Consumo en la frecuencia ordenada los micronutrientes ordenados por el médico
Consulta con un profesional antes de consumir algún medicamento diferente a los ordenados en el control prenatal
Tengo mi gestación bajo control
Considero que puedo manejar de forma adecuada las situaciones estresantes
Se controlar la ansiedad que me generan las diferentes situaciones derivadas de la gestación
Se controlar la ansiedad que me generan las responsabilidades que tendré como mamá
Creo que ingrese al control prenatal de manera rápida
Asisto a los controles prenatales programados
Sigo las recomendaciones que me brindan los profesionales que me han atendido durante la gestación
Comprendo la importancia de las recomendaciones que me brindan los profesionales que me han atendido durante la gestación
He asistido a actividades educativas en la institución de salud sobre preparación para el parto
Tengo claro cuál es la importancia de asistir a las actividades educativas sobre preparación para el parto
He asistido a actividades educativas sobre preparación para el parto en otras instituciones
Me siento preparada para el momento del parto
Imagino cuando este en el momento del parto
He asistido a actividades educativas sobre preparación para ser mamá

Anexo 9. Versión 1.1. del instrumento con 77 ítems.

CONCEPTO/ÍTEM	OPCIONES DE RESPUESTA			
PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD DURANTE LA GESTACIÓN				
Aprovecho mi gestación como una etapa de preparación para ser mamá	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Acepto mi gestación sin importar si fue planeada o no	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Porque estoy en gestación cambio mis hábitos y comportamientos	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Aprendo sobre lo que me sucede por estar en gestación	Mucho	Regular	Poco	Nada
Pregunto acerca de los cambios que ocurren en mi cuerpo por estar gestando	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Busco información acerca de cómo prepararme para ser mamá	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Me preparo para ser mamá observando lo que otras mamás hacen	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Tengo en cuenta las recomendaciones que otras personas me dan para prepararme como mamá	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
El ambiente en el que vivo influye en la forma en que me preparo para ser mamá	Mucho	Regular	Poco	Nada
La relación que tengo con la persona que es mi figura materna me ayuda a prepararme para la maternidad	Mucho	Regular	Poco	Nada

La relación que tengo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me ayuda a prepararme para ser mamá	Mucho	Regular	Poco	Nada
Estoy segura de que mi pareja (compañero/a o padre del hijo) quiere que sea mamá	Mucho	Regular	Poco	Nada
Estoy segura de querer ser mamá con mi pareja actual (compañero/a o padre del hijo)	Mucho	Regular	Poco	Nada
Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) está pendiente de mí como persona	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Me encargo sola de las labores del hogar	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Asisto sola a las diferentes actividades relacionadas con la gestación, entre ellas el control prenatal	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) se muestra interesado/a en aprender acerca de la gestación	Mucho	Regular	Poco	Nada
Practico el cuidado de mi futuro bebé para ganar confianza	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Realizo cambios en el espacio donde vivo para la llegada de mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me informo acerca de cómo prepararme para el parto	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me informo acerca de los cuidados del recién nacido	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me informo acerca de la crianza de un hijo	Mucho	Regular	Poco	Nada
Consigo elementos de cuidado (ropa, aseo, alimentos) para la llegada del bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me apoya económicamente	Mucho	Regular	Poco	Nada

Cuento con el apoyo económico de otras personas	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Adquiero los elementos (cuna, coche, caminador) necesarios para la llegada y comodidad de mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Tengo recursos económicos para los gastos de mi gestación	Mucho	Regular	Poco	Nada
Tengo recursos económicos para la asistencia a todas las citas de salud	Mucho	Regular	Poco	Nada
Tengo recursos económicos para los gastos derivados de la atención del parto	Mucho	Regular	Poco	Nada
En desayuno, almuerzo y comida incluyo al menos un alimento de cada grupo alimenticio (frutas, verduras, harinas, proteínas y grasas)	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Modifico las formas de preparación de los alimentos durante mi gestación para que sea saludable	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Realizo actividad física (caminar, nadar, bailar) durante mi gestación	Mucho	Regular	Poco	Nada
Durante mi gestación consumo cigarrillo, alcohol u otras sustancias dañinas	Mucho	Regular	Poco	Nada
Consumo los micronutrientes (calcio, ácido fólico, hierro) según las recomendaciones del médico	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Consulta con un profesional de salud antes de consumir algún medicamento diferente a los ordenados en el control prenatal	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Durante esta gestación las cosas se han salido de control en forma	Muy frecuente	Frecuente	Poco	Nunca
Puedo manejar las situaciones estresantes relacionadas con la gestación (por ejemplo: relación con mi pareja, con mi familia, con mis amigos, la disponibilidad de recursos, entre otras)	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca

Considero que ingresé al control prenatal de manera temprana	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Asisto cumplidamente a los controles prenatales programados	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Sigo las recomendaciones que me brindan los profesionales de la salud que me atienden durante la gestación	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Durante la gestación asisto a actividades de preparación para el parto en forma:	Muy frecuente	Frecuente	Esporádica	Nunca asisto
Asisto a actividades educativas sobre la preparación para ser mamá	Muy frecuente	Frecuente	Esporádica	Nunca asisto

APEGO MATERNO-FETAL

OPCIONES DE RESPUESTA

Siento que el afecto hacia mi bebé aumenta cada día	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Imagino cómo es mi bebé y en qué posición está dentro de mi	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Puedo imaginar cómo será mi bebé cuando nazca	Mucho	Regular	Poco	Nada
Deseo tener este bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Siento que esta gestación me genera emociones positivas	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me siento segura de poder brindar amor a mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me siento enamorada de mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Pienso en un nombre para mi bebé	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca

Puedo entender que mi bebé es un ser diferente de mí	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Me molesta sentir el bebé pateando	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Le hablo a mi bebé	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Hago cosas para relacionarme con mi bebé como cantarle, ponerle música o tocarlo a través de mi abdomen	Mucho	Regular	Poco	Nada
Siento que hay un lazo entre mi bebé y yo	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Desde que estoy en gestación siento que las relaciones con mi grupo familiar mejoraron	Mucho	Regular	Poco	Nada
Comparto con otros los sentimientos que me despierta mi bebé	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Siento que la presencia de mi pareja (compañero/a o padre del hijo) hace que me apegue más a mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
La forma en que me trata mi pareja (compañero/a o padre del hijo) contribuye a apegarme a mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me siento segura con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me siento incomoda con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)	Mucho	Regular	Poco	Nada
Quisiera tener a mi pareja (compañero/a o padre del hijo) cerca	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
La presencia de la persona que es mi figura materna contribuye a que me apegue a mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada

Sentir el afecto de mi figura materna hace que me sienta apegada a mi bebé	Mucho	Regular	Poco	Nada
Siento que voy a amar a mi hijo como mi figura materna me amó	Mucho	Regular	Poco	Nada
Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción	Mucho	Regular	Poco	Nada
Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos	Mucho	Regular	Poco	Nada
Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien	Mucho	Regular	Poco	Nada
Me gustaría tener a mi bebé para poder sentirlo en mis brazos	Mucho	Regular	Poco	Nada
Los movimientos del bebé me generan emoción	Mucho	Regular	Poco	Nada
Cuando mi bebé se mueve lo acaricié a través de mi abdomen	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Me genera ansiedad saber que debo sentir afecto por mi bebé	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
COMPROMISO CON LA MATERNIDAD DURANTE LA GESTACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTA			
Me siento comprometida con la maternidad independiente de las cosas que voy a dejar de hacer por ser mamá	Mucho	Regular	Poco	Nada
Tengo disposición para aceptar todos los cambios que vienen con la maternidad	Mucho	Regular	Poco	Nada
Estoy dispuesta a cuidar, acompañar y amar a mi bebé	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Siento que ser una mejor persona me ayudará a ser mejor madre	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca

Siento que mi deber es hacer lo mejor que pueda como madre	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
--	---------	--------------	-------------	-------

Anexo N° 10. Características de los expertos participantes en la validación de contenido del instrumento.

Experto N.º	Sexo	Formación	Cargo actual	Publicaciones relacionadas	Participación en rondas de evaluación	
					Primera	Segunda
1	Mujer	Magíster en enfermería materno-perinatal	Docente. Universidad Pontificia Bolivariana	Si	Si	Si
2	Mujer	Magíster en enfermería	Docente. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	Si	Si	Si
3	Mujer	Magíster en enfermería con énfasis en salud familiar	Docente. Universidad Nacional de Colombia	Si	Si	Si
4	Mujer	Magíster en enfermería materno-infantil	Docente. Universidad del Valle	Si	Si	Si
5	Mujer	Magíster en enfermería con énfasis en cuidado materno-perinatal	Docente. Universidad Industrial de Santander	Si	Si	Si
6	Mujer	Magíster en educación. Candidata a doctora en enfermería.	Docente. Universidad de La Sabana	Si	Si	Si
7	Mujer	Magíster en enfermería.	Docente. Universidad Pontificia Bolivariana.	Si	Si	Si
8	Mujer	Magíster en educación y desarrollo humano.	Docente. Universidad Adventista de Colombia.	No	Si	Si
9	Mujer	Magíster en enfermería materno-perinatal.	Docente. Universidad de Antioquia.	No	Si	No

Anexo N° 11. Resultados de las calificaciones de la pertinencia, claridad y precisión, valor del estadístico V de Aiken y decisión tomada en las rondas de validación por expertos.

Ítem	Primera ronda (n=8)						Segunda ronda (n=7)						Decisión
	Pertinencia	Claridad	Precisión	X ítem	V Aiken	IC 95% de V de Aiken	Pertinencia	Claridad	Precisión	X ítem	V Aiken	IC 95% de V de Aiken	
Aprendo sobre lo que me sucede por estar en gestación	4.33	3	3.78	3.7	0.67	0.51-0.8	4.75	4.75	4.75	4.75	0.93	0.79-0.98	Se modifica la redacción así "busco información que me ayude a entender los cambios que he tenido por estar en gestación"
Aprovecho mi gestación como una etapa de preparación para ser mamá	4.33	4.56	4.33	4.41	0.85	0.7-0.93	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se retira ítem por sugerencia de los jurados porque se percibe repetido con otros ítems.
Acepto mi gestación sin importar si fue planeada o no	4.33	4.33	4.11	4.26	0.81	0.66-0.9	4.88	4.88	4.88	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem
Porque estoy en gestación cambio mis hábitos y comportamientos	4.56	4.22	4.11	4.30	0.82	0.67-0.91	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se retira ítem porque los hábitos y comportamientos están más específicos en otros ítems
Pregunto acerca de los cambios que ocurren en mi cuerpo por estar gestando	4.56	4.11	4.33	4.33	0.83	0.68-0.92	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se retira ítem porque se percibe similar al ítem de "aprendo sobre lo que me sucede por estar en gestación"
Busco información acerca de cómo	4.67	4.78	4.89	4.78	0.94	0.82-0.98	4.88	4.5	4.5	4.63	0.90	0.76-0.96	Se mantiene el ítem

prepararme para ser mamá													
Me preparo para ser mamá observando lo que otras mamás hacen	4.56	4.56	4.44	4.52	0.88	0.73-0.95	4.63	4.63	4.75	4.67	0.91	0.77-0.97	Se mantiene el ítem
Tengo en cuenta las recomendaciones que otras personas me dan para prepararme como mamá	4.44	4.89	4.78	4.7	0.92	0.79-0.97	4.88	4.75	4.75	4.79	0.94	0.81-0.98	Se mantiene el ítem
El ambiente en el que vivo influye en la forma en que me preparo para ser mamá	4.33	4	4.44	4.26	0.81	0.66-0.9	4.88	4.75	4.75	4.79	0.94	0.81-0.98	Se modifica redacción incluyendo la palabra positivamente después de influye
La relación que tengo con la persona que es mi figura materna me ayuda a prepararme para la maternidad	4.78	4.22	4.33	4.44	0.86	0.71-0.93	4.88	4.38	4.38	4.54	0.88	0.73-0.95	Se mantiene el ítem
La relación que tengo con mi pareja me ayuda a prepararme para ser mamá	4.56	4.44	4.56	4.52	0.88	0.73-0.95	5	4.88	4.5	4.79	0.94	0.73-0.98	Se mantiene el ítem
Estoy segura de que mi pareja quiere que sea mamá	4.11	4.89	4.89	4.63	0.90	0.77-0.96	4.63	4.88	4.88	4.79	0.94	0.73-0.98	Se mantiene el ítem
Estoy segura de querer ser mamá con mi pareja actual	4.33	4.33	4.33	4.33	0.83	0.68-0.92	4.75	4.63	4.75	4.71	0.92	0.78-0.97	Se mantiene el ítem
Mi pareja se muestra interesado en aprender acerca de la gestación	4.11	4.44	4.33	4.30	0.82	0.67-0.91	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem

Realizo cambios en el espacio donde vivo para la llegada de mi bebé	4.44	4.44	4.67	4.52	0.88	0.73-0.95	5	4.88	4.75	4.88	0.97	0.84-0.99	Se cambia la palabra espacio por lugar
Me informo acerca de cómo prepararme para el parto	4.56	4.89	4.89	4.78	0.94	0.81-0.98	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Me informo acerca de los cuidados del recién nacido	4.67	5	5	4.89	0.97	0.85-0.99	5	4.88	5	4.96	0.99	0.87-0.99	Se mantiene el ítem
Me informo acerca de la crianza de un hijo	4.33	4.67	4.78	4.59	0.89	0.75-0.96	5	5	4.88	4.96	0.99	0.87-0.99	Se mantiene el ítem
Consigo elementos de cuidado para la llegada del bebé	4.44	4.56	4.89	4.63	0.90	0.77-0.96	4.88	4.88	4.88	4.88	0.97	0.84-0.99	Se cambia la redacción del ítem así: "consigo elementos para el cuidado de mi bebé"
Mi pareja me apoya económicamente	4.33	4.67	4.67	4.56	0.89	0.74-0.95	4.75	5	5	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Adquiero los elementos necesarios para la llegada y comodidad de mi bebé	4.11	4.33	3.89	4.11	0.77	0.61-0.88	4.5	4.75	4.63	4.63	0.9	0.76-0.96	Se cambia la palabra adquiero por tengo
Tengo recursos económicos para los gastos de mi gestación	4	4.22	3.89	4.04	0.76	0.60-0.87	4.5	4.88	4.5	4.63	0.9	0.76-0.96	Se mantiene el ítem
Tengo recursos económicos para la asistencia a todas las citas de salud	3.78	4.33	4	4.04	0.76	0.60-0.87	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se elimina ítem por su similitud con el ítem "tengo recursos económicos para los gastos de mi gestación"
Tengo recursos económicos para los gastos derivados de la atención del parto	3.78	4.33	4	4.04	0.76	0.60-0.87	4.5	4.88	4.5	4.63	0.9	0.76-0.96	Se mantiene el ítem

Realizo actividad física durante mi gestación	4.56	4.78	4.78	4.70	0.92	0.79-0.97	5	4.63	4.75	4.79	0.94	0.82-0.98	Se mantiene el ítem
Durante mi gestación consumo cigarrillo, alcohol u otras sustancias dañinas	4.67	4.44	4.67	4.59	0.89	0.75-0.97	4.63	4.13	4.38	4.38	0.84	0.68-0.93	Se agrega al ítem al final "como drogas"
Consumo los micronutrientes según las recomendaciones del médico	4.78	4.56	4.67	4.67	0.91	0.78-0.97	5	4.88	4.75	4.88	0.97	0.84-0.99	Se cambia la palabra médico por personal de salud.
Consulta con un profesional de salud antes de consumir algún medicamento	4.78	5	5	4.93	0.98	0.87-0.99	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se agrega al final del ítem "diferente a los ordenados durante el control prenatal"
Mi pareja está pendiente de mi como persona	4.22	4	4.22	4.15	0.78	0.63-0.89	4.75	4.63	4.63	4.67	0.91	0.77-0.97	Se modifica la redacción del ítem así: "Mi pareja está pendiente de mi como mujer y no solo por estar en gestación"
Me encargo sola de las labores del hogar	4.22	4.56	4.56	4.44	0.86	0.71-0.93	3.88	4.25	4.25	4.13	0.78	0.61-0.89	Se cambia la palabra labores por oficios y hogar por casa.
Asisto sola a las diferentes actividades relacionadas con la gestación	4	4.33	4.22	4.19	0.79	0.64-0.89	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se elimina el ítem por sugerencia de los expertos, dado que la mayoría de las usuarias asisten solas a las actividades relacionadas con la gestación.
Practico el cuidado de mi futuro bebé para ganar confianza	4.22	3.78	4.22	4.07	0.76	0.60-0.87	4.25	4.38	4.38	4.33	0.83	0.67-0.92	Se modifica la redacción del ítem así: "Practico los cuidados de un

													recién nacido para ganar confianza"
Cuento con el apoyo económico de otras personas	4.11	4.22	4.33	4.22	0.8	0.64-0.9	4.75	4.75	4.75	4.75	0.93	0.79-0.98	Se agrega al final del ítem "cuando lo necesito"
En desayuno, almuerzo y comida incluyo al menos un alimento de cada grupo alimenticio	4.56	4.78	4.78	4.7	0.92	0.79-0.97	5	4.5	4.63	4.71	0.92	0.78-0.97	Se mantiene el ítem
Modifico las formas de preparación de los alimentos durante mi gestación	4.33	4.22	4.11	4.22	0.8	0.64-0.9	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se elimina el ítem porque se considera que está muy confuso y es más importante el ítem de la inclusión de los grupos alimenticios.
Puedo manejar las situaciones estresantes relacionadas con la gestación	4.44	3.44	4.11	4	0.75	0.58-0.86	4.88	4.75	4.75	4.79	0.94	0.81-0.98	Se modifica la redacción del ítem así: "Durante la gestación puedo manejar las situaciones que me producen estrés"
Considero que ingrese al control prenatal de manera temprana	4.56	3.56	4.11	4.07	0.76	0.6-0.87	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se elimina ítem porque es confuso el término de manera temprana.
Asisto cumplidamente a los controles prenatales	4.67	4.89	4.89	4.81	0.95	0.83-0.98	5	5	5	5	1	0.89-1	Se agrega al final del ítem la palabra "programados"
Sigo las recomendaciones que me brindan los profesionales que me atienden	4.67	4.89	4.89	4.81	0.95	0.83-0.98	5	4.88	4.75	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem

durante la gestación													
Durante esta gestación las cosas se han salido de control	3.22	2.78	3.33	3.11	0.52	0.37-0.68	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Se elimina ítem porque es muy confuso
Durante la gestación asisto a actividades de preparación para el parto	4.56	4.22	4.44	4.41	0.85	0.7-0.93	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Asisto a actividades educativas sobre la preparación para ser mamá	4.56	4.67	4.78	4.67	0.91	0.78-0.97	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Siento que el afecto hacia mi bebé aumenta cada día	4.89	4.56	4.67	4.7	0.92	0.79-0.97	5	5	5	5	1	0.89-1	Se cambia la palabra afecto por "amor"
Imagino como es mi bebé y en qué posición está dentro de mi	4.56	4.22	4.11	4.3	0.82	0.67-0.91	5	5	5	5	1	0.89-1	Se retira del ítem la frase "y en qué posición está dentro de mi"
Pienso en un nombre para mi bebé	4.78	5	5	4.93	0.98	0.87-0.99	5	5	5	5	1	0.89-1	Se mantiene el ítem
Puedo entender que mi bebé es un ser diferente de mi	4.67	3.89	4.22	4.26	0.81	0.66-0.9	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Me molesta sentir el bebé pateando	4.33	4.78	4.78	4.63	0.9	0.77-0.96	4.5	4.38	4.38	4.42	0.85	0.69-0.93	Se modifica la frase "me molesta" por "me enoja"
Le hablo a mi bebé	5	4.78	4.78	4.85	0.96	0.84-0.99	5	5	5	5	1	0.89-1	Se mantiene el ítem
Siento que hay un lazo entre mi bebé y yo	4.89	4.11	4.44	4.48	0.87	0.72-0.94	5	4.75	4.88	4.88	0.97	0.84-0.99	Se agrega al ítem la palabra "afectivo" después de lazo
Comparto con otros los sentimientos que me despierta mi bebé	4.89	4.89	4.89	4.89	0.97	0.85-0.99	5	5	5	5	1	0.89-1	Se mantiene el ítem

Quisiera tener a mi pareja cerca	4.33	4.33	4.44	4.37	0.84	0.69-0.92	3.63	4.38	4.13	4.04	0.76	0.59-0.87	Se modifica la redacción del ítem así: "Comparto tiempo con mi pareja"
Cuando mi bebé se mueve lo acaricié a través de mi abdomen	5	4.89	5	4.96	0.99	0.88-0.99	5	5	5	5	1	0.89-1	Se modifica la palabra abdomen por "vientre"
Me genera ansiedad saber que debo sentir afecto por mi bebé	4.44	4.56	4.67	4.56	0.89	0.74-0.95	4.88	4.88	4.88	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem
Puedo imaginar cómo será mi bebé cuando nazca	4.78	4.89	5	4.89	0.97	0.85-0.99	5	4.63	5	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem
Desde que estoy en gestación siento que las relaciones con mi grupo familiar mejoraron	4.56	4.33	4.33	4.41	0.85	0.7-0.93	4.75	4.63	4.63	4.67	0.91	0.77-0.97	Se mantiene el ítem
Hago cosas para relacionarme con mi bebé como cantarle, ponerle música o tocarlo a través de mi vientre	5	4.89	5	4.96	0.99	0.88-0.99	5	5	5	5	1	0.89-1	Se mantiene el ítem
Deseo tener este bebé	5	5	5	5	1	0.89-1	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Siento que esta gestación me genera emociones positivas	5	5	5	5	1	0.89-1	4.5	4.63	4.5	4.54	0.88	0.73-0.95	Se mantiene el ítem
Me siento segura de poder brindar amor a mi bebé	5	5	5	5	1	0.89-1	4.88	4.88	4.88	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem
Me siento enamorada de mi bebé	4.78	4.56	4.56	4.63	0.9	0.77-0.96	5	4.88	5	4.96	0.99	0.87-0.99	Se mantiene el ítem
Siento que la presencia de mi pareja hace que me apegue a mi bebé	4.67	4.67	4.67	4.67	0.91	0.78-0.97	4.88	4.88	4.88	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem

La forma en que me trata mi pareja contribuye a apegarme a mi bebé	4.67	4.56	4.56	4.59	0.89	0.75-0.96	4.63	3.88	4.25	4.25	0.81	0.64-0.91	Se mantiene el ítem
Me siento segura con mi pareja	4.56	4.89	4.89	4.78	0.94	0.81-0.98	4.5	4.75	4.75	4.67	0.91	0.77-0.97	Se mantiene el ítem
Me siento incómoda con mi pareja	4.56	4.89	4.89	4.78	0.94	0.81-0.98	4.13	4.75	4.63	4.5	0.87	0.71-0.95	Se modifica la redacción del ítem así: "Me siento cómoda con la relación que tengo con mi pareja"
La presencia de la persona que es mi figura materna contribuye a que me apegue a mi bebé	5	4.78	4.78	4.85	0.96	0.84-0.99	4.88	4.88	4.75	4.83	0.95	0.82-0.99	Se mantiene el ítem
Sentir el afecto de mi figura materna hace que me sienta apegada a mi bebé	5	4.78	4.78	4.85	0.96	0.84-0.99	5	4.75	4.75	4.83	0.95	0.82-0.99	Se mantiene el ítem
Siento que voy a amar a mi hijo como mi figura materna me amo	5	4.56	4.56	4.7	0.92	0.79-0.97	5	4.5	4	4.5	0.87	0.71-0.95	Se mantiene el ítem
Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción	4.67	5	5	4.89	0.97	0.85-0.99	4.88	5	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem
Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos	4.67	5	5	4.89	0.97	0.85-0.99	4.63	4.88	4.88	4.79	0.94	0.81-0.98	Se mantiene el ítem
Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien	4.78	5	5	4.93	0.98	0.87-0.99	4.63	4.88	4.88	4.79	0.94	0.81-0.98	Se mantiene el ítem
Me gustaría tener a mi bebé para poder sentirlo en mis brazos	5	4.89	5	4.96	0.99	0.88-0.99	5	5	5	5	1	0.89-1	Se modificó la redacción del ítem así: "Me gustaría que mi bebé naciera para poder"

													sentirlo en mis brazos”
Los movimientos del bebé me generan emoción	5	5	5	5	1	0.89-1	5	5	4.88	4.96	0.99	0.87-0.99	Se mantiene el ítem
Estoy dispuesta a cuidar, acompañar y amar a mi bebé	5	5	5	5	1	0.89-1	5	4.88	4.75	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem
Siento que ser una mejor persona me ayudará a ser mejor madre	4.89	4.78	4.89	4.85	0.96	0.84-0.99	5	4.88	4.75	4.88	0.97	0.84-0.99	Se mantiene el ítem
Siento que mi deber es hacer lo mejor que pueda como madre	4.89	4.89	4.89	4.89	0.97	0.85-0.99	4.88	4.75	4.75	4.79	0.94	0.81-0.98	Se mantiene el ítem
Me siento comprometida con la maternidad independiente de las cosas que voy a dejar de hacer por ser mamá	5	4.56	4.56	4.7	0.92	0.79-0.97	4.88	4.75	4.63	4.75	0.93	0.79-0.98	Se mantiene el ítem
Tengo disposición para aceptar todos los cambios que vienen con la maternidad	5	5	5	5	1	0.89-1	5	4.88	4.88	4.92	0.98	0.86-0.99	Se mantiene el ítem

Anexo N° 12. Datos de las mujeres participantes en la validación facial del instrumento.

Participante	Edad	Estrato	Régimen de salud	Nº hijos	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Semanas gestación
1	36	3	Contributivo	0	Soltera	Empleada	Pregrado	13
2	34	4	Contributivo	0	Unión libre	Empleada	Especialista	19
3	31	4	Contributivo	1	Casada	Ama de casa	Pregrado	34
4	25	4	Contributivo	1	Unión libre	Empleada	Secundaria completa	31
5	28	3	Contributivo	1	Unión libre	Empleada	Técnica	24
6	26	2	Subsidiado	1	Casada	Estudiante	Secundaria completa	21
7	24	1	Subsidiado	0	Casada	Estudiante	Secundaria completa	34
8	22	2	Especial	0	Soltera	Estudiante	Secundaria completa	16
9	29	3	Contributivo	0	Casada	Empleada	Pregrado	10
10	25	1	Contributivo	1	Soltera	Empleada	Secundaria completa	25
11	25	2	Contributivo	0	Soltera	Empleada	Técnica	37
12	26	3	Contributivo	2	Casada	Empleada	Primaria completa	20
13	19	2	Contributivo	0	Unión libre	Empleada	Secundaria completa	9
14	30	2	Subsidiado	0	Unión libre	Ama de casa	Secundaria completa	35
15	39	1	Contributivo	4	Unión libre	Ama de casa	Primaria incompleta	22
16	22	1	Contributivo	0	Unión libre	Empleada	Técnica	27
17	20	2	Contributivo	0	Soltera	Estudiante	Técnica	22

18	23	2	Contributivo	0	Unión libre	Ama de casa	Secundaria completa	23
19	22	2	Subsidiado	0	Unión libre	Independiente	Secundaria completa	32
20	28	2	Contributivo	1	Soltera	Independiente	Pregrado	28
21	25	1	Contributivo	1	Unión libre	Ama de casa	Secundaria completa	24
22	23	2	Subsidiado	1	Unión libre	Ama de casa	Técnica	13
23	23	1	Subsidiado	1	Soltera	Ama de casa	Primaria incompleta	12

Anexo N° 13. Versión 1.3 del instrumento con 69 ítems y sometida a validación factorial.

APEGO, COMPROMISO Y PREPARACIÓN

Lea cada afirmación y elija SOLO UNA respuesta que se ajuste a su situación actual.

1. Busco información que me ayude a entender los cambios que he tenido por estar en gestación.
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

2. Me preparo para ser mamá observando lo que otras mamás hacen
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

3. El ambiente en el que vivo influye positivamente en la forma en que me preparo para ser mamá
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

4. La relación que tengo con la persona que es mi figura materna me ayuda a prepararme para la maternidad
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

5. Estoy dispuesta a cuidar, acompañar y amar a mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

6. La relación que tengo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me ayuda a prepararme para ser mamá
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

7. Estoy segura de que mi pareja (compañero/a o padre del hijo) quiere que sea mamá
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

8. Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) se muestra interesado en aprender acerca de la gestación
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

9. Realizo cambios en el lugar donde vivo para la llegada de mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

10. Le hablo a mi bebé
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

11. Me informo acerca de cómo prepararme para el parto
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

12. Me informo acerca de la crianza de un hijo
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

13. Consigo elementos para el cuidado (ropa, aseo) de mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

14. Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me apoya económicamente
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

15. Me siento segura de poder brindar amor a mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

16. Tengo los elementos necesarios para la llegada y comodidad de mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

17. Realizo actividad física (caminar, nadar, bailar) durante mi gestación
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

18. Comparto tiempo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

19. Durante mi gestación consumo cigarrillo, alcohol u otras sustancias dañinas como drogas
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

20. Consumo los micronutrientes (calcio, ácido fólico, hierro) según las recomendaciones del personal de salud
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

21. Hago cosas para relacionarme con mi bebé como cantarle, ponerle música o tocarlo a través de mi vientre
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

22. Consulto con un profesional de salud antes de consumir algún medicamento diferente a los ordenados durante el control prenatal
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

23. Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) está pendiente de mi como mujer y no solo por estar en gestación
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

24. Me encargo sola de los oficios de la casa
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

25. Practico los cuidados de un recién nacido para ganar seguridad
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

26. Cuento con el apoyo económico de otras personas cuando lo necesito
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

27. En desayuno, almuerzo y comida incluyo al menos un alimento de cada grupo alimenticio (frutas, verduras, harinas, proteínas y grasas).
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

28. Sentir el afecto de mi figura materna hace que me sienta apegada a mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

29. Estoy segura de querer ser mamá con mi pareja (compañero/a o padre del hijo) actual
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

30. Me enoja sentir el bebé pateando
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

31. Durante la gestación puedo manejar las situaciones que me producen estrés
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

32. Asisto cumplidamente a los controles prenatales programados
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

33. Sigo las recomendaciones que me brindan los profesionales que me atienden durante la gestación
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

34. Asisto a actividades educativas sobre la preparación para ser mamá
Muy frecuente__ Frecuente__ Poco__ Nunca__

35. Siento que el amor hacia mi bebé aumenta cada día
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

36. Imagino como es mi bebé
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

37. Tengo recursos económicos para los gastos derivados de la atención del parto
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

38. Pienso en un nombre para mi bebé
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

39. Busco información acerca de cómo prepararme para ser mamá
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

40. Entiendo que mi bebé es una persona diferente de mi
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

41. La forma en que me trata mi pareja (compañero/a o padre del hijo) contribuye a apegarme a mi bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

42. Tengo en cuenta las recomendaciones que otras personas me dan para prepararme como mamá

Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

43. Tengo recursos económicos para los gastos de mi gestación
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

44. Siento que hay un lazo afectivo entre mi bebé y yo
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

45. Comparto con otros los sentimientos que me despierta mi bebé
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

46. Me genera ansiedad saber que debo sentir afecto por mi bebé
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

47. Puedo imaginar cómo será mi bebé cuando nazca
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

48. Desde que estoy en gestación siento que las relaciones con mi grupo familiar mejoraron
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

49. Deseo tener este bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

50. Siento que esta gestación me genera emociones positivas
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

51. Durante la gestación asisto a actividades de preparación para el parto:
Muy frecuente__ Frecuente__ Poco__ Nunca__

52. Me siento enamorada de mi bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

53. Siento que la presencia de mi pareja (compañero/a o padre del hijo) hace que me apegue a mi bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

54. Me siento segura con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

55. La presencia de la persona que es mi figura materna contribuye a que me
apegue a mi bebé
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

56. Siento que voy a amar a mi hijo como mi figura materna me amo
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

57. Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

58. Acepto mi gestación sin importar si fue planeada o no
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

59. Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

60. Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

61. Me gustaría que mi bebé naciera para poder sentirlo en mis brazos
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

62. Los movimientos del bebé me generan emoción
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

63. Siento que ser una mejor persona me ayudará a ser mejor madre
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

64. Siento que mi deber es hacer lo mejor que pueda como madre
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

65. Me siento comprometida con la maternidad independiente de las cosas que voy a dejar de hacer por ser mamá
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

66. Cuando mi bebé se mueve lo acaricié a través de mi vientre
Siempre___ Muchas veces___ Pocas veces___ Nunca___

67. Me informo acerca de los cuidados del recién nacido
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

68. Me siento cómoda con la relación que tengo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

69. Tengo disposición para aceptar todos los cambios que vienen con la maternidad
Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

ANEXO N° 14. Instrumento Convertirse en madre durante la gestación.

Nombre: _____

INFORMACIÓN SOCIAL Y DEMOGRÁFICA

Lea por favor cada pregunta y de respuesta.

a. Edad: _____

b. Estrato socioeconómico:

1_____

2_____

3_____

4_____

5_____

6_____

c. N.º de hijos: _____

d. Estado civil:

Soltera_____

Casada_____

Unión libre_____

Separada_____

Divorciada_____

Viuda_____

e. Ocupación:

Ama de casa_____

Estudiante_____

Desempleada_____

Empleada___

Independiente___

f. Escolaridad:

Primaria incompleta___

Primaria completa___

Secundaria incompleta___

Secundaria completa___

Técnica___

Tecnología___

Pregrado___

Especialización___

Maestría___

Doctorado___

g. Semanas de gestación: _____

APOYO Y PRESENCIA DEL COMPAÑERO

Lea cada afirmación y elija SOLO UNA respuesta que se ajuste a su situación actual.

1. La relación que tengo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me ayuda a prepararme para ser mamá

Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

2. Estoy segura de que mi pareja (compañero/a o padre del hijo) quiere que sea mamá

Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

3. Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) se muestra interesado en aprender acerca de la gestación

Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

4. Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) me apoya económicamente

Mucho___ Regular___ Poco___ Nada___

5. Comparto tiempo con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

6. Mi pareja (compañero/a o padre del hijo) está pendiente de mi como mujer
y no solo por estar en gestación
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

7. Estoy segura de querer ser mamá con mi pareja (compañero/a o padre
del hijo) actual
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

8. La forma en que me trata mi pareja (compañero/a o padre del hijo)
contribuye a apegarme a mi bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

9. Siento que la presencia de mi pareja (compañero/a o padre del hijo) hace
que me apegue a mi bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

10. Me siento segura con mi pareja (compañero/a o padre del hijo)
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

11. Me siento cómoda con la relación que tengo con mi pareja (compañero/a
o padre del hijo)
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

PREPARACIÓN ALTRUISTA

Lea cada afirmación y elija SOLO UNA respuesta que se ajuste a su situación
actual.

12. Me informo acerca de cómo prepararme para el parto
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

13. Me informo acerca de la crianza de un hijo
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

14. Busco información acerca de cómo prepararme para ser mamá
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

15. Deseo tener este bebé
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

16. Siento que esta gestación me genera emociones positivas
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

17. Me informo acerca de los cuidados del recién nacido
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

APEGO COGNITIVO

Lea cada afirmación y elija SOLO UNA respuesta que se ajuste a su situación actual.

18. Ver a mi bebé en la ecografía me generó emoción
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

19. Acepto mi gestación sin importar si fue planeada o no
Siempre__ Muchas veces__ Pocas veces__ Nunca__

20. Ver a mi bebé en la ecografía me genera deseos de tenerlo en brazos
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__

21. Después de la ecografía me siento tranquila porque sé que mi bebé está bien
Mucho__ Regular__ Poco__ Nada__