



Mundo Interior de la Mujer Embarazada: Niño Interno de la Madre y Reciclaje de su Vínculo de Apego

Lic. Analía Rovtar

Legajo: 10.530

Director Dr. Alberto Dupén



Octubre 2016

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos, todo es a partir de ellos y la extraordinaria experiencia de ser su mamá.

Al Hospital Nuestra Sra. de Luján, a su director Dr. Martín Latorraca, al personal del Servicio de Maternidad, a las madres entrevistadas.

A mi familia, a Lorenzo y a Juliana.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1

Delimitación del Objeto de Estudio.	6
--	---

CAPÍTULO 2

Objetivos y Problema de Investigación.	17
---	----

2.1 Problema de Investigación.	17
--------------------------------	----

2.2 Objetivos Generales y Específicos.	19
--	----

CAPÍTULO 3

Estado del Arte.	24
-------------------------	----

3.1 Análisis Transaccional.	24
-----------------------------	----

3.2 Teoría del Apego.	27
-----------------------	----

3.3 Neurociencias.	32
--------------------	----

CAPÍTULO 4

Niño Interno	38
---------------------	----

4.1 Definición y características	38
----------------------------------	----

4.2 Modelo PAN de Análisis Transaccional. Estado del Yo Niño	41
--	----

4.3. Modelo de los Ciclos de Poder de Pamela Levin	45
--	----

4.4 Reciclaje	48
---------------	----

CAPÍTULO 5

Teoría del Apego	54
-------------------------	----

5.1 Definición	54
----------------	----

5.2 Desarrollo y Evolución	57
----------------------------	----

5.3 Conducta de Apego	61
-----------------------	----

5.4 Modelos Internos de Apego	63
-------------------------------	----

5.5 Apego y Maternidad	64
------------------------	----

CAPÍTULO 6

Aportes de las Neurociencias sobre la Temática	76
6.1 Definición	76
6.2 Desarrollo y Evolución	77
6.3 La Psicología y las Neurociencias	81
6.4 Neurociencias y el Vínculo Materno	82
6.4.1 Bowlby y las Neurociencias	82
6.4.2 Neurobiología del Vínculo de Apego	86
6.4.3 El cerebro Materno	89
6.4.4 Efectos transgeneracionales del Vínculo Materno	94

CAPÍTULO 7

Investigación Empírica	100
7. 1 Metodología	100
7.2 Método	101
7.2.1. Momento de la Entrevista	102
7.2.2. Construcción del Instrumento	103
7.2.3 Guía de Entrevistas.	104
7.3 Muestra	106
7.3.1 Tipo de Muestra	107
7.3.2 Contexto	107
7.3.2.1 La Ciudad	107
7.3.2.2 El Hospital	108
7.3.2.3 El Área	110
7.3.3 Diagnóstico	110
7.3.4 Procedimiento	111

7.4 Estar en el campo	115
CAPÍTULO 8	
Resultados	118
8.1 Introducción	118
8.2 Resultados Generales	119
8.2.1 Predisposición para relatar, involucramiento	119
8.2.1.1 Participación	119
8.2.1.2 Contenidos de los relatos	120
8.2.1.3 Percepción de la entrevista por parte de las entrevistadas	122
8.2.2 Necesidad de apego	124
8.2.3 Persona identificada como figura de apego	127
8.2.4 Conductas de apego	130
8.2.5 Percepción de sí misma durante el embarazo	138
8.3 Resultados por objetivos	145
CAPÍTULO 9	
Discusión	152
CAPÍTULO 10	
Referencias	177
ANEXO (Versión digital)	
A.1 Carta al Hospital Ntra. Sra. de Luján	
A.2 Modelo de autorización de entrevista	
A.3 Entrevistas	

CAPÍTULO 1

Delimitación del Objeto de Estudio

CAPÍTULO 1

Delimitación del Objeto de Estudio

El vínculo entre la madre y el hijo es uno de los temas más antiguos y a la vez más actuales dentro de la psicología. Abarcar esta temática implica profundizar en cuestiones que superan los límites de la disciplina y se articulan con otras ciencias. Su relevancia se evidencia en la atención a esta problemática en las últimas décadas desde organismos internacionales como la Organización mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o la Organización Panamericana de Salud (OPS).

En el contexto internacional la OMS en la declaración de Fortaleza (1985) en las recomendaciones sobre el nacimiento refiere específicamente al período de gestación, haciendo hincapié en la importancia de la experiencia y la preparación de los padres, señalando que la gestación debería ser una experiencia consciente, responsable y un período de enriquecimiento, recomendando el trabajo conjunto y la preparación previa entre los padres y la persona o personas que asistan al parto. Por su parte UNICEF, el Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER) y la Academia Nacional de Medicina convergen en la idea traducida en la publicación en año 2007 de la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (Larguía, Lomuto, & González, 2007), documento que refleja el trabajo desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires que es un hospital emblemático en lo que refiere a esta cuestión. En el mismo sentido en el año 2009 UNICEF trabajó, articuladamente con el Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico

y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura. Ambos modelos, Maternidades Centradas en la Familia y Maternidad Segura sintetizaron sus aspectos esenciales y se conceptualizaron en un nuevo modelo integrador bajo la consigna “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” (MSCF). Este cambio de paradigma en la atención perinatal se sustenta en ejes conceptuales que responden a principios que promueven una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre, del niño y la familia, como unidad mínima funcional del tejido social. (Larguía, González, Solana, Basualdo, Di Pietrantonio, Bianculi, Ortiz, Cuyul & Esandi, 2012).

Este nuevo paradigma de atención perinatal tiene como correlato un marco normativo que lo sustenta, diversos organismos a través de convenciones, conferencias, cumbres y declaraciones internacionales aportaron la plataforma legal que el Estado Argentino ratificó y transformó en leyes. Entre los hitos en el ámbito internacional se encuentran:

Convención sobre los Derechos del Niño, Organización Naciones Unidas (1989): acentúa que el Estado es responsable de prestar asistencia a los padres para el desempeño de sus funciones de crianza y que los niños no deben ser separados de sus padres.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Organización Estados Americanos “Convención do Belem do Pará”. Concibe por “violencia contra la mujer” toda acción que le cause daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. (OEA, 1994).

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Organización Naciones Unidas (1994) (CIPD) El Cairo, Egipto: Define los Derechos Reproductivos como: “los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el

apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.”

Conferencia Internacional de las Mujeres, Beijing, Organización Naciones Unidas (1995): los países abren una agenda humanística, integral y acumulativa en beneficio de la vida, la salud y los derechos de las mujeres.

Cumbre del Milenio, Organización Naciones Unidas (2000): se enunciaron los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio entre los que se distingue el Objetivo 4: Promover la igualdad de género y la participación de la mujer en las decisiones, el Objetivo 5: Disminuir la Mortalidad Infantil y el Objetivo 6: Mejorar la salud de las madres.

5to. Congreso Mundial de Perinatología, Barcelona, España (2001): Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido. Esta declaración fue reconocida por la Asociación Mundial de Perinatología. (WAPM), juntamente con otras sociedades nacionales e internacionales de Medicina Perinatal, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, y la colaboración de Academias, Asociaciones, Fundaciones, Institutos, Centros y Organizaciones humanitarias de todo el mundo.

En el ámbito nacional, la **Asamblea Constituyente** (1994) sancionó sustanciales modificaciones al texto constitucional, el art. 75 inc. 22 de la misma enuncia que los tratados y concordatos tienen jerarquía constitucional y entre otras menciona a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) y a la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), confiriéndole jerarquía constitucional a las mismas.

Respecto a la legislación que la Nación Argentina ratificó y transformó en leyes se destacan los siguientes plexos normativos:

Ley N° 418, Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable: sancionada el 22 de junio de 2000 por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (7) Entre los derechos fundamentales que promueve la ley se encuentran el acceso de varones y mujeres a la información sobre los métodos y las prestaciones de anticoncepción, para promover su libre elección. Atención integral durante el embarazo, parto y puerperio. Información, asesoramiento y atención adecuada para adolescentes.

Ley 24.632 Apruébese la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer - "Convención de Belem do Pará". Sancionada en marzo 13 de 1996, ratificada en el Art. 75 de la Constitución Nacional.

Ley N° 1040 Ley de Derecho de la mujer a estar acompañada: sancionada el 12 de Junio de 2003 por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, establece que toda mujer tiene derecho durante el transcurso del trabajo de parto, el nacimiento de su hijo y mientras se prolongue la internación a estar acompañada por la persona que ella designe.

Ley N° 25.929 Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, promulgada el 25 de agosto de 2004 por el Congreso Nacional Argentino establece en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto que toda mujer tiene derecho a ser informada sobre las diferentes intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas, a ser tratada con respeto y como protagonista, a un trato personalizado que le garantice intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales, a ser considerada, al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén, a ser informada sobre el proceso de su parto, el estado de su hijo o hija y que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, a

no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética, a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto, a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales, a ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar, a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña, a ser informada sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Ley N° 26.862 Reproducción médicamente asistida: promulgada el 5 de julio de 2013 por el Congreso Nacional Argentino, tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida y designa al Ministerio de Salud de la Nación Argentina como autoridad de aplicación.

La comunidad científica forma parte activa en el nacimiento de este nuevo paradigma, los avances científicos y tecnológicos en el campo de las Neurociencias y Neuroimagen exponen los cambios que se producen en el cerebro de la mujer en el período perinatal y el diálogo que se da a nivel celular entre la madre y el embrión. (Rovtar, 2014).

Específicamente en lo que refiere a la Psicología Perinatal y reconociendo la etapa perinatal como una oportunidad única para la prevención primaria emocional y física de trastornos psicológicos en la edad adulta, se funda the Association of Pre and Perinatal Psychology and Health, (APPPAH) con el objetivo de mejorar la calidad de vida del ser humano. ISPPM recaba y distribuye los resultados de la investigación y la práctica a

nivel internacional en colaboración con otras organizaciones como la Asociación Prenatal y Perinatal de Psicología y Salud (APPPAH) en América del Norte y Asociación Nacional para la Educación Prenatal (ANEP) en Italia, a través de la publicación del Journal of the Association of Pre and Perinatal Psychology and Health. (APPPAH, 2011).

Este interés manifiesto de la ciencia como parte de transformaciones sociales y formación de nuevos paradigmas, profundiza la relevancia del tema, desplegando su complejidad y la necesidad de la integración de diversos saberes para su comprensión. Integración contemplada en el abordaje de esta investigación y enunciada en sus objetivos.

Tal como surge de la enunciación realizada de diversas circunstancias, hechos y normas es justificado observar cómo se ha configurado un nuevo paradigma en torno al rol de la mujer en el nacimiento, sus derechos, los del niño recién nacido y el debido cuidado y atención que les corresponde.

La valoración del período perinatal cobra una nueva dimensión, se lo revaloriza y se enfatiza su importancia para la salud física y psicológica de la madre y el niño recién nacido: se entiende que el nacimiento trasciende la esfera individual y se lo reconoce como un acontecimiento individual, familiar y social.

La sociedad elabora este nuevo paradigma, su intensidad dispara sus correlatos legislativos que constituyen los emergentes de esta nueva cosmovisión. La formalidad normativa implica que los ciudadanos puedan exigirle al Estado que garantice los derechos adquiridos. Tal realidad implica la imposibilidad fáctica de negar o distorsionar dichos derechos sin evitar los costos políticos que supone contradecir valores y visiones mayoritariamente consensuados.

Este escenario acrecienta la importancia de reflexionar sobre esta problemática, de ampliar los conocimientos interrelacionando los avances científicos con la sinergia que implican los avances tecnológicos, resignificando conceptos a la luz de los contextos sociales actuales. Investigar sobre el nacimiento, los nuevos vínculos afectivos y las vivencias maternas cobra una especial trascendencia.

Una vez explicitada la relevancia del campo temático del estudio destacando su interés en base a la importancia que la temática tiene para la ciencia y la sociedad; Se delimitará el tema y describirán las cuestiones nodales que componen la presente investigación.

Basados en estudios científicos, investigadores de la talla de Frederic Leboyer, Wilhem Reich, Michel Odent, Thomas Verny, Alfred Tomatis coinciden en afirmar que la gestación, el nacimiento y la primera infancia es la época en que se gesta la salud física y psíquica del futuro adulto a partir de las vivencias y experiencias transitadas en ese período. (Larguía, M. et al., 2007). Thomas Verny subraya que "...las emociones maternas se graban tan profundamente en su psique y su fuerza sigue siendo tan poderosa más tarde en la vida". (Verny & Kelly, 1988, pág. 21). Ya en la década del 1960 Renee Spitz en su libro *El primer año de vida* describe cómo el niño durante la primera etapa de vida vive en lo que llama simbiosis (del sim: con, biosis: vida) depende del adulto que lo interpreta para sobrevivir, también afirma que: "George Summel llamó en 1908 a este grupo "Díada" y destacó que en ella se podía encontrar el germen de todas las relaciones sociales del orden más elevado". (Spitz, 1965, pág. 23). Desde esta perspectiva el mismo autor afirma que durante el embarazo y la etapa posterior al parto, en las madres se produce una serie de procesos regresivos, que en ellas se activa la capacidad potencial para dar respuestas cenestésicas y que son capaces de percibir señales de las que el resto no podría percatarse. (Spitz, 1965).

Considerando la trascendencia que este primer período de la existencia tiene para el desarrollo de la persona, esta investigación tiene como propósito analizar reflexivamente qué acontece en la mujer durante la gestación, qué cambios psíquicos, sociales y físicos atraviesa, y define como objeto de estudio el mundo interior de la mujer durante el embarazo.

En los años ochenta del siglo XX, estos conceptos son retomados y desarrollados por Pamela Levin, discípula del creador del Análisis Transaccional, Eric Berne. Dentro del encuadre Transaccional, basada en sus experiencias clínicas y en las teorías de autores como Piaget, Erickson y Berne, refiere a las etapas del desarrollo humano como ciclos de crecimiento. Cada uno de estos ciclos corresponde a una etapa evolutiva y en ellos se llevan a cabo tareas correspondientes a cada etapa. Al culminar cada una de las etapas evolutivas el niño logrará un poder, siempre y cuando cuente con el apoyo parental o de figuras de apego que cubran las necesidades requeridas. Es decir, cada etapa conlleva necesidades a satisfacer, tareas a cumplir y poder a lograr por parte de los niños. (Kertész, 1997). A partir de la adolescencia comienzan las etapas de reciclaje, donde se actúan y se ponen en juego los roles fundamentales de la persona. Aquí la autora introduce un nuevo concepto, esencial a la hora de delimitar el campo de estudio de esta investigación: el concepto de reciclaje. El concepto de reciclaje se define como el proceso de repetir las etapas del desarrollo que tienen lugar durante la niñez. (Levin, 1988). Y es precisamente este un punto sustancial en la teoría: considerar la vida como un ciclo reconoce en la persona la posibilidad de un desarrollo continuo. Esta capacidad de volver a las escenas del comienzo de la vida para repetirlas nuevamente, posibilita a la persona a acceder al poder que quedó atrapado en ella, el niño que no logró alcanzar plenamente al poder en la etapa del desarrollo conveniente tiene la posibilidad de hacerlo en la etapa adulta si cuenta con el contexto afectivo y el apoyo adecuado. Este

reciclaje de las etapas de la niñez sucede afectado por las experiencias y contextos del presente.

Desde esta perspectiva, durante el embarazo la madre recicla su primer estadio evolutivo: la etapa del Ser (cero a seis meses). El embarazo conecta a la madre con sus propias vivencias tempranas, sus vínculos de apego, sus primeras sensaciones y emociones. En ella se recicla la necesidad de ser protegida, cuidada afectivamente, acariciada; este reciclaje le otorga a la madre la posibilidad de acceder al poder de Ser. (Rovtar, 2014).

Hasta aquí el intento fue definir el objeto de estudio de esta investigación como el reciclaje de la etapa del Ser en la madre durante el embarazo, cómo desde un rol de cuidado realiza el pasaje a un rol de cuidador, cuáles son las vivencias y necesidades de la madre durante la gestación.

Para realizar una investigación se introdujeran los conceptos en torno a los vínculos de Apego. A fines de la década de 1960 John Bowlby junto con Mary Ainsworth desarrollan un nuevo enfoque: la Teoría del Apego. El mismo autor define la conducta de apego como "...cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo." (Bowlby, 2009, p. 40). Esta conducta es instintiva y parte integral de la naturaleza humana, la función biológica que se le atribuye es la de protección. Esta teoría se apoya en la etiología, en la observación de otras especies, respecto a cómo son los vínculos con sus crías, cómo reaccionan a la presencia y ausencia de la madre. (Bowlby, 1998).

La Teoría del Apego se basa en innumerables investigaciones y a lo largo de los más de 30 años desde su presentación fue revisada, ampliada y aclarada, lo que hace que sea considerada la teoría mejor sustentada y aún disponible del desarrollo emocional.

(Bowlby, 2009). Según la teoría, el infante humano nace en situación de vulnerabilidad, no está preparado para sobrevivir sin un adulto que lo alimente y lo proteja, estas experiencias tempranas con el cuidador, la figura de apego, son internalizadas como modelos de relación y proporcionan un prototipo de futuras relaciones. (Casullo, 2005).

Desde la perspectiva de la madre, que es la que interesa a este estudio, Bowlby basado en estudios de Wenner (1966) y Ballou (1978) (citados en Bowlby, 2009) afirma que la mujer cuando espera un bebé o cuando atiende a su hijo siente un profundo deseo de ser cuidada y amparada y que la activación de esta conducta de apego debe ser considerada la norma. Y sostiene que la conducta de crianza en los seres humanos tiene raíces biológicas profundas a la vez que también depende de las experiencias vividas en la primera infancia, en la adolescencia, con la pareja y con cada hijo. (Bowlby, 2009) Este desarrollo conceptual desde la Teoría del Apego guarda una profunda relación con el concepto de reciclaje definido por Pamela Levin dentro de la perspectiva del Análisis Transaccional y es en este cruce donde fue concebido el objeto de estudio de la presente investigación: “El mundo interior de la mujer embarazada: reciclaje de su propio vínculo de apego”.

CAPÍTULO 2

Objetivos y Problema de Investigación

CAPÍTULO 2

Objetivos y Problema de Investigación

2.1 Problema de Investigación

“La formulación de un problema es muchas veces más importante que la solución, la cual puede ser meramente una cuestión de habilidad matemática o experimental”.

(Albert Einstein).

Definir el problema, finalmente, es entrar en contacto con él, no delimitar sus fronteras. No se trata de poner una cerca conceptual a su alrededor para persuadirse de que uno está “dentro” del problema mismo, sino de sumergirse en él, como en un bautismo por inmersión, para disfrutar de la convicción, desde el principio de la investigación, de que uno está en el “medio”, en el fondo, en la médula del problema. (Ruíz Olabuena & Ispizúa, 1989, p. 61).

Para formular el planteamiento del problema en la presente investigación fue necesaria no sólo una exhaustiva revisión bibliográfica sobre la temática considerando su complejidad o reflexión en cuanto a la metodología de investigación aplicada; si bien estas fueron instancias fundamentales, lo que permitió definir el problema de investigación fue realizar como referencia la cita “un bautismo por inmersión”. Este “sumergirse” o “estar en la médula” del problema fue viabilizado al haber explorado la práctica en el área de Maternidad del Hospital Nuestra Sra. de Luján, hospital municipal del conurbano bonaerense. El proceso de investigación empírica se inició con una observación participante con modalidad intensiva, con idas al campo con permanencia y recurrencia durante dos meses antes de comenzar con la etapa de entrevistas en

profundidad a madres recientes, que conformó una instancia posterior del mismo trabajo investigativo. Las observaciones de las rutinas hospitalarias y las prácticas cotidianas de las áreas de Neonatología y Obstetricia, las interacciones mantenidas con diferentes actores como neonatólogos, obstetras, enfermeras, asistentes sociales, voluntarias y pacientes permitieron tomar una dimensión más amplia de la temática y articular contenidos teóricos y metodológicos para definir el problema a partir de entrar en relación con éste.

George y Solomon (citado en Casullo & Fernández Liporace, 2005) señalan que las investigaciones sobre el apego se han enfocado en modelos centrados en el desarrollo infantil (psicoanálisis, psicología evolutiva, pediatría) y no dieron tanta relevancia a la consideración del sistema de apego de las figuras adultas cuidadoras. Sus investigaciones dan cuenta de cómo las representaciones mentales de los cuidados de las madres brindan información sobre el sistema de cuidado familiar, sobre cómo los comportamientos de la figura adulta protectora se organizan de manera independiente y a la vez relacionada con el propio vínculo de apego. Del mismo modo, los autores mencionados destacan la importancia de poder dejar de lado la representación de ser protegido (meta infantil), para lograr la de ser protector (meta del cuidador).

Esta idea es precisamente la punta del iceberg para comenzar a delimitar el problema de investigación, ya que la comprensión de este pasaje o cambio de posición de “ser protegido” a “ser protector” constituye el aspecto nodal de su planteamiento.

Pensar al embarazo no sólo como un período necesario para el desarrollo embrionario de un ser humano, sino también como un tiempo de preparación para ser padres, un tiempo en el cual apremia este cambio de posición de “ser protegido” a “ser protector”, permite preguntarse: qué pasa en la psique de las madres durante la gestación, qué pasa en su mundo interior, qué evocaciones suceden, qué pasa en su Niño

Interno, qué acontece con sus representaciones de apego. Para así, a través de estas formulaciones arribar al problema de investigación planteado en este proyecto.

Es útil a los fines de esta investigación partir de la afirmación que para plantear un problema se debe “Efectuar un análisis crítico de un conjunto de hechos y conceptos, con el objetivo de descubrir una laguna o inconsistencia en el cuerpo de conocimientos de la disciplina.” (Quintana, 2008, p. 244). En tal sentido, preguntarse sobre el modo en que la madre recicla su propio vínculo de apego durante el embarazo sería para este estudio el eje del problema de investigación. La consideración del concepto de vínculo de apego desde la perspectiva del Análisis Transaccional y su relación con el concepto de reciclaje de Pamela Levin, representa esa “laguna en el cuerpo del conocimiento” en lo registrado hasta el momento. Haber accedido a la posibilidad de entrevistar a una población de madres recientes en el Hospital Municipal Nuestra Sra. de Luján fue un significativo aporte para realizar una prueba empírica y confirió viabilidad a esta investigación.

2.2 Objetivos generales y específicos

Objetivo general:

Identificar y describir el modo en que la madre recicla su propio vínculo de apego durante el período de embarazo.

Objetivos específicos:

1. Definir el concepto de Niño Interno y reciclaje desde la perspectiva del Análisis Transaccional.
2. Definir vínculo de apego, conducta de apego, modelos internos de apego y apego prenatal.

3. Relacionar los conceptos de reciclaje, vínculo de apego y maternidad.
4. Investigar las bases neurobiológicas que puedan dar sustento a las conductas de apego que experimentan las madres durante el embarazo.
5. Relacionar las conductas de apego identificadas en las entrevistadas con el concepto de reciclaje, vínculo de apego y cerebro materno.

Los primeros objetivos obedecen a la necesidad de definir conceptos clave para esta investigación. Los conceptos de Niño Interno y reciclaje abordados por el Análisis Transaccional y el concepto de vínculo de apego desde la Teoría del Apego constituyen los constructos teóricos que conforman el marco teórico de referencia. El desarrollo de estos conceptos conllevará un abordaje profundo de ambas teorías y una implicancia de otros conceptos y definiciones que en torno a ellos se articulen.

El tercer objetivo específico contribuye al logro del objetivo general en tanto refiere a la relación de ambas teorías y conceptos. Relacionar vínculo de apego y reciclaje implica no sólo definir conceptos o constructos teóricos sino también abordar la relación entre las teorías, analizar y comparar términos y conceptos, plantear continuidades y rupturas. El logro de este objetivo constituye el desarrollo teórico fundamental de esta investigación e intenta aportar conocimiento teórico al Análisis Transaccional y a la Teoría del Apego.

El cuarto objetivo recupera los más recientes avances científicos y tecnológicos en el ámbito de las Neurociencias y la Neuroimagen que exponen las modificaciones que se producen en el cerebro de la mujer durante el embarazo. Estas investigaciones aportan las bases neurobiológicas a modo de sustento del objetivo general, a saber, la posibilidad biológica de que el reciclaje del vínculo de apego acontezca.

El quinto y último objetivo específico es integrador tanto de los conceptos teóricos como del trabajo de campo, procura articular los conceptos de reciclaje, vínculo de apego y cerebro materno durante la investigación de campo en las entrevistas realizadas a las madres.

En relación a los propósitos y la problematización de la pregunta de investigación la relevancia y las contribuciones esperadas en términos de avances científicos para la disciplina refieren a dos aspectos, uno respecto al aporte más acotado al conocimiento científico y otro en sentido más amplio en torno al aporte social.

Uno de los propósitos de este trabajo de investigación es la contribución tanto teórica como empírica al concepto de Reciclaje y Niño Interno de la mujer en período de embarazo desde la perspectiva del Análisis Transaccional y su relación con el vínculo de apego. Desde un enfoque ecléctico, aunque sin perder la objetividad propia de las dos teorías mencionadas, se busca enriquecer dichos conceptos con el aporte de otras teorías y saberes cuyos fundamentos filosóficos responden en línea a ellas y con los contenidos relevados en el trabajo de campo. En tal sentido, el intento es establecer relaciones entre el Análisis Transaccional y la Teoría del Apego, haciendo una revisión de las principales investigaciones de dichas teorías a fin de lograr una articulación entre ambas, reconociendo matices y diferencias conceptuales, pretendiendo que los desarrollos conceptuales y el análisis de los resultados obtenidos en el trabajo de campo apoyen el desarrollo teórico de las teorías, y aporten al conocimiento científico.

Respecto a la relevancia social, tanto la teoría como el trabajo de campo de esta investigación intentan ampliar el conocimiento sobre el estado emocional de la mujer, vivencias y necesidades durante el embarazo. Como se describió en el capítulo anterior, existe un nuevo paradigma en la atención perinatal que se sustenta en ejes conceptuales que responden a principios que promueven una atención humanizada, centrada en los

derechos de la madre, del niño y la familia como unidad mínima funcional del tejido social. (Larguía, M. et al., 2011). Este nuevo modelo atencional sustentado por convenciones, conferencias, cumbres y declaraciones de diversos organismos internacionales, ratificado por leyes del Estado Argentino, es llevado a la práctica a través de las políticas públicas. (Rovtar A., 2014). Estas nuevas prácticas que atienden a una problemática compleja requieren profundizar los marcos teóricos q las sustentan y esto implica necesariamente el hecho de recurrir a la investigación empírica que descansa en una profunda revisión y construcción teórica.

La potencial aplicación de los resultados de esta investigación aspira a enriquecer la práctica en múltiples disciplinas relacionadas al embarazo, a la atención de la mujer en gestación y a la labor en prevención orientada a favorecer una mejor calidad de vida del ser humano.

CAPÍTULO 3

Estado del Arte

CAPÍTULO 3

Estado del Arte

A partir del surgimiento de la psicología perinatal (peri: alrededor de, natal: nacido) se realizaron innumerables investigaciones sobre el embarazo, el nacimiento y lo que acontece a su alrededor, sobre los actores involucrados en el proceso de gestación, y nacimiento y desarrollo de una persona. Ya que el objetivo del presente trabajo es identificar y describir el modo en que la madre recicla su propio vínculo de apego durante el período de embarazo, aquellos estudios que investigaron sobre el vínculo de apego prenatal, el reciclaje desde el Análisis Transaccional, las conductas de apego que experimentan las madres durante el embarazo, el cerebro materno, los cambios que acontecen en la madre durante la gestación, la investigación en Neurociencias que refiere al vínculo madre-hijo durante el embarazo podrían ser el punto de partida para relevar el estado actual del conocimiento. También se debe tener en cuenta a la hora de realizar el estado del arte de la temática las teorías nodales desde donde se estructura esta investigación. Para ello se dividirá el capítulo en tres apartados a saber: Análisis Transaccional, Teoría del Apego y Neurociencias. Cada uno de estos apartados resumirá el avance del conocimiento en relación al período del embarazo y nacimiento, los cambios que suceden en la madre en el embarazo, el vínculo materno-filial durante la gestación desde la perspectiva de cada teoría.

3.1 Análisis Transaccional

Definir el concepto de Niño Interno y reciclaje desde la perspectiva del Análisis Transaccional, es el primer objetivo de esta tesis y responde a la necesidad de profundizar y relacionar estos conceptos clave a lo largo de la investigación.

Al indagar el estado de arte en el modelo de Análisis Transaccional, las teorías tienden a enfocarse más a la clínica que a la investigación. A la hora de definir conceptos como el Niño Interno y Estado del Yo se abordarán autores como Eric Berne creador del modelo en San Francisco en la década de 1950, Thomas Harris discípulo de Berne y fundador en 1971 del Transactional Analysis Journal (Kriz J., 1990) y Roberto Kertész, quien introduce el Análisis Transaccional en Argentina en la década de 1970 incorporándolo en la Carrera de Psicología en la Universidad de Flores en 1995. (Kertész R., 1997).

Otro autor a tener en cuenta, Erskine (2009) en el Transactional Analysis Journal relaciona el argumento de vida con el estilo de apego adulto y sus implicaciones para la psicoterapia.

El concepto de reciclaje fue definido por Pamela Levin (1980), discípula de Berne, quien en su libro “Cycles of Power” describe las etapas del desarrollo de la personalidad como ciclos dentro de un proceso formativo, donde cada etapa contiene necesidades fundamentales, tareas a cumplir para satisfacerlas y potencialidades a desarrollar o poder para hacerlo, todo acorde a la maduración neurobiológica. La autora despliega las etapas en 6 ciclos formativos (del Ser, del Hacer, del Pensar, del Ser Habilidadoso y Establecer Valores, y de la Adolescencia) luego describe las etapas de “reciclaje” en donde existe la posibilidad de regenerar las etapas cuyas potencialidades no fueron desarrolladas. Desde ese enfoque la mujer durante el embarazo recicla su etapa del Ser y se pone en contacto con sus vivencias infantiles, sus primeras sensaciones y emociones, sus primeros vínculos de apego. (Rovtar A., 2014).

En 2008 la autora del concepto de reciclaje, Pamela Levin, revisa su teoría y práctica clínica en una nueva versión de su obra traducida al francés, “Les Cycles de

L'identité", incorpora una nueva etapa a partir de los 19 años, la etapa de la "transmutation" (transmutación).

Pamela Levin fue también discípula de Jacqui Schiff, quien centra su labor en el tratamiento de patología de la psicosis. Los conceptos de Schiff de simbiosis y reparentalización se relacionan y definen el concepto de reciclaje (Kertész R., 1997). Dichos conceptos descritos por Mellor y Andrewartha, (1980) en el *Transactional Analysis Journal*, fueron retomados por Zefiro Mellacqua (2014), en *Beyond Symbiosis, The Role of Primal Exclusions in Schizophrenic Psychosis*.

Kertész y Kerman (1985) describen e integran conceptos del Análisis Transaccional y las etapas del desarrollo de Pamela Levin con las etapas de la vida, tomando al embarazo y al nacimiento de los hijos como estresores normativos de la pareja y la familia.

John Bradshaw (1993) aplica a la clínica teorías del desarrollo de Pamela Levin, Erik Erikson y Jean Piaget en su guía para recuperar el Niño Interior Herido. También allí refiere a conceptos de Carl Jung sobre el arquetipo del Niño Interior.

Analía Rovtar (2000) expone en el X Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual sobre el trabajo formativo con los futuros padres desde la perspectiva del Análisis Transaccional. En la misma línea de trabajo en el artículo *Reciclaje del Propio Ser durante el Embarazo: Una Mirada Integradora*, Rovtar (2014) toma las etapas de la vida desde la perspectiva de Levin y describe cómo el embarazo conecta a la madre con sus propias vivencias tempranas, cómo ella recicla su propia etapa del Ser y su necesidad de ser protegida y cuidada afectivamente.

La ampliación de la significación del término y su origen etimológico aportan a su definición. Corral-Verdugo (1996) y Peter Krieger (2006) lo amplían incorporando significantes desde otras disciplinas como la ecología y la arquitectura respectivamente.

3.2 Teoría del Apego

La Teoría del Apego desde su concepción en la década de 1960 hasta la actualidad fue revisada, ampliada y aclarada por múltiples investigaciones y el mismo Bowlby sostiene que es reconocida como una de las teorías mejor sustentadas y actuales del desarrollo emocional. (Bowlby, 2009).

A la hora de definir y presentar sobre la Teoría del Apego, las obras de John Bowlby, su creador: *El Apego. El Apego y la Pérdida* (1998), *El Apego. La Separación* (1998), *La Pérdida. Tristeza y Depresión* (1998), *Una base segura Aplicaciones clínicas de una Teoría del Apego* (2009) constituyen la base de la presente investigación.

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, es otro pilar de la teoría, es quién introduce a la teoría en el ámbito de la investigación empírica (Crittenden, 2002). La técnica para evaluar el apego infantil, el concepto de base segura y las categorías de apego están presentes en la obra de Bowlby e investigaciones subsiguientes. Mary Main, otro teórico del apego, complementa el trabajo de Ainsworth incorporando una nueva categoría: Apego desorganizado. (Bowlby, 1998).

Para introducción la génesis y evolución de la Teoría del Apego es obligatorio citar las obras de Marrone (2009) y Fonagy (2004), que refieren a los orígenes y al desarrollo de la teoría, las contribuciones de la etología en los trabajos de Lorenz y de Harlow, las aportaciones de la psicología cognitiva y de la teoría de las relaciones objetales, los aportes de teóricos del apego como Ainsworth, Main, Sroufe y Waters, Hofer y otros. También Marrone y Fonagy detallan en sus respectivas obras la relación de la Teoría del Apego con el psicoanálisis, la postura y perspectiva de prestigiosos psicoanalistas y del mismo Bowlby.

Respecto a conceptos clave y definiciones significativas como conductas de apego, figuras de apego, modelos operativos internos además de la obra de Bowlby, los

trabajos de Crittenden, (2002), Marrone (2009), Fonagy (2004) y Di Bártolo (2012, 2016) proporcionan contenidos teóricos e investigaciones sustanciales.

Asimismo, diversos estudios longitudinales (Hodges, J., & Tizard, B., 1989; Chisholm, K., 1998, MacLean, K., 2003; Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E., 2005; Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., & Sonuga-Barke, E. J., 2006; Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H., 2007; Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., & Sonuga-Barke, E., 2007) que aportan información sobre los efectos de la privación por institucionalización temprana y el vínculo de apego, se realizaron con niños adoptados por familias de Rumania, Canadá y Reino Unido procedentes de orfanatos rumanos a la caída del régimen de Ceaucescu.

Al referirse más específicamente al apego en relación con la maternidad, el mismo John Bowlby (1988), cita los estudios de Schaffer (1979) y Stern (1985) para describir la interacción madre-niño como la capacidad de sensibilidad de la madre para interactuar y el estado de sensibilidad elevada que desarrolla una mujer en el embarazo y cómo este estado le permite adaptarse a las necesidades de su hijo. También asegura que cuando una mujer está embarazada o atiende a su bebé siente un fuerte deseo de ser cuidada y su conducta de apego se activa en esas circunstancias.

En la misma línea de investigación, una discípula de Bowlby, Patricia Crittenden (2002), toma en cuenta la psicobiología y los procesamientos preconscientes, cómo la conducta diaria es regulada por procesos que no alcanzan la conciencia.

Alan Sroufe (2000) profundiza sobre el vínculo de apego, el desarrollo emocional y la función especial de la experiencia temprana.

Daniel Stern en la temática de apego y maternidad, es considerado un integrador de la Teoría Psicoanalítica y la Teoría del Apego (Fonagy, 2004). En su trabajo se destacan la relación madre-hijo y la nueva organización que se da en la vida mental de la madre a partir del embarazo y el nacimiento del bebé “La constelación Maternal”. Stern (1997, 1998).

Sobre la aplicación y evolución de la Teoría del Apego de Bowlby en la publicación del *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, Brandon, Pitts, Denton, Stringer y Evans (2009) investigan la experiencia del embarazo desde la perspectiva maternal y paternal.

Barudy y Dantagnan (2010) en su *Manual de Evaluación de Competencias Parentales* citan los trabajos de Aisworth (1978), Fonagy y colaboradores (1995) y Siegel (2007), al hablar de memorias emocionales implícitas de los bebés sostienen que estas impresiones emocionales se transforman en representaciones y modelos de conductas que en la vida adulta van a determinar un estilo de apego adulto y la manera en que las madres y los padres se relacionarán con sus hijos.

Thomas R. Verny, fundador de *Prenatal & Perinatal Psychology & Health Association of North América (APPPAH)*, una autoridad sobre los efectos del entorno en el niño antes y después del nacimiento. Verny y Kelly (1981) exponen sobre el origen de la conciencia, del crecimiento y el desarrollo del nonato, y basados en los estudios de neurólogos como Dominck Purpura del *Albert Einstein Medical College* de Nueva York y de María Salam y Richard Adams del *Harvard Medical School*; de audiólogos como Erik Wedenberg del *Instituto de Investigaciones Karolinksa* de Suecia y de obstetras como Antonio Ferreria del *Mental Research Institute* de Palo Alto y del Dr. Albert Liley de la *Escuela para Posgraduados del National Woman’s Hospital* de Auckland de Nueva Zelanda afirman que el feto puede ver, oír, experimentar, degustar

y, de manera primitiva, incluso aprender, y sitúa el comienzo de la conciencia entre las semanas veintiocho y treinta y dos.

Verny y Kelly (1981) sostiene que "... una parte de nosotros siempre mira el mundo a través de los ojos del recién nacido que una vez fuimos." (p.120). Y al referirse a la memoria fetal revela que existen diferentes investigaciones al respecto y sostiene que "...es indudable que el niño intrauterino recuerda o retiene sus evocaciones."(1981, p.39).

Marc Costa Seguí (1995) en el artículo del Diario Oficial de ISPPM "El período prenatal como el origen de estructuras de carácter" en base a un estudio sobre catorce pacientes en psicoterapia de integración psicocorporal concluye que el niño nonato tiene un sistema de registro psico-somático, un sistema de comportamiento genéticamente programado y que pasa por procesos de aprendizaje que generan matrices prenatales de las estructura de carácter. Michael Trout (2004) en el Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health resume algunos aspectos de las nuevas investigaciones en neurobiología del desarrollo y sus implicancias en el comportamiento de los niños y adultos. Y Akira Ikegawa (2005) realizó un estudio sobre mil seiscientos cuestionarios con el propósito de aclarar el tipo de posesión de memoria del feto, del bebé en el útero o en el nacimiento.

Frances McCulloch Doyghty (2007) años más tarde en el mismo Journal presenta evidencia de la comunicación bioquímica de las emociones entre la madre y el bebé prenatal. Y ese mismo año Tara Blasco (2007) sugiere en otro artículo que los comportamientos de los niños tienen una relación directa con las experiencias particulares pre o perinatales, e infiere que los niños en etapa pre-verbal parecen ser capaces de acceder y recrear los recuerdos de su vida prenatal o perinatal.

En referencia al apego prenatal se cuenta con los trabajos de Brandon (2009) sobre el origen del vínculo materno-filial, el concepto de apego prenatal y la importancia que tiene en la medicina preventiva. El Departamento de Psicología de la Universidad de Redlands en Estados Unidos publica una investigación de Olivia Reed (2014) sobre los efectos del factor materno en el apego prenatal (The Effect of Maternal Factors on Prenatal Attachment). Los factores maternos examinados en el estudio fueron la historia de apego, la situación actual, el nivel de educación, la religión (en términos dicotómicos: si es o no religiosa), el apoyo social, la edad, el estado civil y el trimestre de embarazo.

El trabajo de los autores Loredana Cena y Antonio Imbasciati (2010) analiza los orígenes y el desarrollo de los principales conceptos e investigaciones en psicología clínica perinatal.

Otra publicación de la Prenatal and Perinatal Psychology and Health de Nancy Eichhorn (2012) refiere a la relación que existe entre la aceptación de la sensibilidad del feto y el apego materno-fetal.

Un estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile relaciona el estilo de apego adulto y el ajuste emocional en mujeres durante el primer embarazo. Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo (2008), sus autores, hacen referencia en su trabajo a otras investigaciones empíricas que sostienen esta misma hipótesis.

Otra investigación de Grimalt y Heresi (2012) publicada en la Revista de Pediatría de Chile realizada a madres primigestas tiene relaciona el estilo de apego de la madre con el tipo de representación que ella construye acerca del hijo en gestación, de sí misma como madre y de la propia historia de apego.

Chasse (2016) describe un programa de reducción de riesgos y educación de la depresión prenatal, “Prenatal Depression Risk Reduction & Education Program”.

3.3 Neurociencias

Uno de los objetivos del presente trabajo es investigar las bases neurobiológicas que puedan dar sustento a las conductas de apego que experimentan las madres durante el embarazo. Este objetivo conlleva introducirse en las neurociencias y para ello es necesario previamente aproximarse a su definición, describir cómo fue su desarrollo en el tiempo y detenerse en el lugar que ocupa la psicología dentro de las neurociencias.

Autores como Antonio Damasio (2010), Álvarez González, Trápaga Ortega y Morales Valiente (2013), Manes & Niro (2014) definen a las neurociencias y su propósito como retos o desafíos para entender y explicar el funcionamiento del cerebro y los procesos psíquicos.

Álvarez González et al. (2013) sitúan esta curiosidad propia del ser humano que es conocerse a sí mismo en tiempos inmemoriales. Y desde allí, épocas muy remotas de la historia de la humanidad, comienzan a describir el recorrido que transitaron las neurociencias hasta la actualidad.

Un hito importante para el desarrollo de las neurociencias lo marcó la designación en 1990 como la “década del cerebro”, proyecto iniciado en Estados Unidos que contó con la adhesión de diferentes gobiernos nacionales y sociedades científicas del mundo. Trabajos de autores como Cárdenas & Lamprea (2001), Martín Rodríguez, Cardoso Pereira, Bonifacio & Barroso y Martín (2004) describen los objetivos del proyecto, el avance que significó para el conocimiento científico y los cambios intelectuales, tecnológicos y políticos que acontecieron a partir de su implementación.

A la hora de reflexionar sobre el lugar que la psicología ocupa en las neurociencias, o la problemática que se suscita al considerar o no a la psicología dentro de las neurociencias, autores como Martín Rodríguez et al. (2004), (Álvarez, 2009), Álvarez

González et al. (2013) abordan la temática aportando datos y posicionamientos desde diversas perspectivas.

Una vez presentadas las neurociencias, definido su campo y problemática, y trazado su desarrollo es preciso indagar acerca de cuestiones más específicas de la temática: la investigación en Neurociencias que refiere al vínculo de apego, el cerebro materno y los cambios que se producen durante la gestación. Cumplir con el objetivo implica recuperar los más recientes avances científicos y tecnológicos que pudieran resultar aportes sobre las bases neurobiológicas del vínculo de apego. Y más estrictamente aquellos trabajos e investigaciones que pudieran dar sustento neurobiológico a la idea de que en la mujer durante el embarazo pudiera acontecer el reciclaje del vínculo de apego.

Un artículo introductorio en relación al apego y las neurociencias es el publicado por Allan Schore (2000) en *Attachment & Human Development* “Attachment and the regulation of the right brain”. En él propone hacer una revisión del trabajo original de apego de John Bowlby con la finalidad de integrar la investigación actual y modelos clínicos a las bases psicológicas y biológicas de la teoría. Schore sostiene que recientes contribuciones de la neurociencia brindan soporte a las afirmaciones de Bowlby de que el apego es un comportamiento instintivo con una función biológica.

Judith R. Schore & Allan N. Schore (2008) publican en el *Clinical Social Work Journal* el artículo “Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment” continuando en la misma línea de trabajo, integran los modelos psicológicos y biológicos del desarrollo humano de Bowlby, poniendo énfasis en los sistemas del cerebro derecho que basamentan el apego y el cambio evolutivo. Los autores sostienen que la Teoría del Apego moderna puede ser incorporada en el núcleo de la teoría, la investigación y la práctica.

Los estudios de Schore se completan con investigaciones (citadas en Schore 2000) de Thatcher (1994) sobre las particularidades de los distintos los hemisferios cerebrales y su interacción; los hallazgos de Rolls, Hornak, Wade y McGrath (1994) sobre el sistema orbitofrontal y el aprendizaje relacionado con la emoción; y de Barbas (1995) y Hariri, Bookheimer y Mazziotta, (2000) sobre la plasticidad cerebral y los patrones de apego temprano.

En relación con el apego como vínculo de amor, investigaciones de Esch & Stefano (2005) y Zeki (2007) sobre la neurobiología del amor, consideran al amor como una experiencia gratificante, vinculada a la perpetuación de la especie, con una función biológica de esencial importancia evolutiva y como foco actual de la investigación neurocientífica.

Escolano Pérez (2013) en un artículo publicado en la revista Neurol, refiere los principales conocimientos aportados por diferentes investigaciones actuales en torno a los cambios neurológicos que se producen en la madre con el fin de garantizar el desarrollo favorable de la descendencia. El autor menciona diferentes estudios como los de Sameroff (2010) y Valencia Alonso et al. (2004) sobre la relación crítica que el bebé establece en los primeros días de vida con su cuidador principal y cómo este vínculo afecta su desarrollo afectivo, social y cognitivo a lo largo de toda su vida.

Estudios como los de Paniatescu & Vladereanu (citado en Escolano Pérez, 2013) y Kim., Leckman, Mayes, Newman, Feldman & Swain, (2010) concentran su atención en los cambios que el cerebro de la madre sufre durante la maternidad y cómo la predisponen a responder adecuadamente a los estímulos provenientes del bebé y a brindarle cuidado y atención.

López Moratalla (2008) (2009) y (Giménez Amaya, 2009) profundizan la investigación en el comportamiento maternal y su sustrato anatómico. La complejidad

del comportamiento cognitivo–emocional humano, la integración de diferentes áreas del cerebro y el complejo amigdalino como centro neurálgico clave en el vínculo de apego son algunos de los temas abordados por los autores que revisten importancia en la presente investigación.

El cerebro materno y los cambios que se producen durante la gestación en función a la comunicación materno-filial son estudiados por López Moratalla (2008) mientras que Escolano Pérez (2013) describe los cambios como estructurales, funcionales y neuroendócrinos. Kinsley & Meyer (2010) y Lambert & Kinsley (2012) reflexionan en ambos artículos sobre la maternidad y las transformaciones cerebrales y conductuales que acompañan a la maternidad.

Si bien las investigaciones en animales deben explorarse con cautela, es importante para la presente investigación considerar aquellas que guarden relación con la temática. Estudios en animales demostraron la plasticidad del hipocampo durante la gestación. (Pawluski & Galea, 2006).

Escolano Pérez (2013) sostiene basado en diversos estudios con animales que el amamantamiento afecta la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) en la cría. Estos estudios parecen indicar que cuestiones como el contacto físico serían la clave del descenso de la actividad en dicho eje.

Otros estudios realizados con roedores, demuestran que cuando la cría es separada de su madre aumenta la actividad del eje HPA. Sin embargo, aquellos roedores separados de sus madres que recibían por diferentes procedimientos estimulación física artificial, la reactivación del eje HPA era menor que en los primeros roedores. (Escolano Pérez, 2013).

Desde el campo de las neurociencias se comenzó a explorar con modelos animales experiencias materno filiales que pueden establecer un efecto transgeneracional. Los

cuidados maternos recibidos durante la primera infancia pueden asociarse con cambios funcionales y estructurales en las regiones cerebrales implicadas en dar respuestas adecuadas a los estímulos infantiles cuando se es madre en edad adulta. Este efecto transgeneracional evidencia la relevancia que tienen las primeras interacciones madre-bebé para la supervivencia del individuo y de la especie en su conjunto (Escolano Pérez, 2013). Investigaciones en animales como las de Pawluski & Galea (2007) sobre el área del hipocampo de la madre durante la experiencia reproductiva, o las de Champagne & Curley (2007) sobre la interrupción de la relación madre-hijo y las consecuencias en la función materna en los hijos adultos lo evidencian.

Desde la perspectiva de la epigenética el embarazo es un período de diálogo activo y continuo entre el niño prenatal, la madre y su entorno psico-social. En este sentido las últimas investigaciones apuntan a evaluar los efectos del estrés prenatal en el desarrollo humano, Carolina Remedi (2010) de la Universidad Católica de Córdoba expone la relación que existe entre del estrés prenatal y la programación fetal y Carlos Soria (2010), presidente de la Asociación Argentina de Psicofarmacología, lo hace desde los factores postnatales.

En referencia al efecto transgeneracional en una publicación reciente del *Prenatal and Perinatal Psychology and Health* se analiza cómo los altos niveles de estrés materno prenatal producen efectos estructurales y fisiológicos en el cerebro del feto pudiendo impactar negativamente sobre la descendencia. (Humphreys, 2015).

CAPÍTULO 4

Niño Interno

CAPÍTULO 4

Niño Interno

4.1. Definición y características

“Todo el mundo lleva en su interior un niño o niña pequeños.” (Berne, 2007, p. 31).

El concepto de Niño Interno o interior fue abordado por diferentes teóricos, investigadores y terapeutas. Bradshaw (1993) en su obra y desde su enfoque terapéutico profundiza el concepto y recopila las distintas perspectivas de autores tales como Carl Jung, Eric Berne, Erik Erison, Jean Piaget, Alice Miller, Pamela Levin entre otros.

Bradshaw (1993) centra su terapia en la recuperación del niño interior herido, toma la perspectiva de Jung y lo señala como el primero en trabajar formalmente este concepto. Para Jung el niño interior de cada uno conserva el potencial innato para explorar, asombrarse y ser creativo, es una fuente de regeneración y vitalidad, y lo denomina “niño maravilloso”. Jung (2008) en su obra “Conflicto del Alma Infantil” refiere especialmente al nacimiento de un niño como un fenómeno biológico único en su género que pierde verdadero valor ante los ojos de la civilización y se pregunta dónde ese valor puede afianzarse a lo largo de los siglos, otorgándole al nacimiento de un niño un poder de regeneración de la misma civilización: “¿Y dónde encontrarlo sino en el espíritu del niño, en quien la civilización todavía no ha obliterado el pensamiento espontáneo y primitivo?”. (p. 41).

Para Eric Berne todo individuo en su interior lleva fijaciones procedentes de los primeros años de vida que se activarán en determinadas circunstancias, denominado funcionamiento arqueopsíquico guardando una reminiscencia con el pensamiento

ungeano. En un lenguaje más coloquial “Todo el mundo lleva en su interior un niño o niña pequeños”. (Berne, 2007, p. 31).

Roberto Kertész, quien aborda y profundiza en Argentina el Análisis Transaccional propuesto por Berne, define al Niño Interno como “...lo mejor y lo peor de cada uno de nosotros...” (1997, p. 32), atribuye al niño la capacidad de hacer lo que le gusta, conocer el sentido de la vida, expresarse en un lenguaje simple y captar la riqueza de los mensajes no verbales (gestos, tonos de voz, miradas, cambios vegetativos), muchas veces no conscientes tanto para el receptor como para el emisor. El autor reconoce la corteza cerebral del hemisferio no dominante (hemisferio derecho en los diestros) como sustrato anatómico predominante en el niño y el cerebro límbico como sustrato de sus emociones.

Según Kriz (1997), en el Análisis Transaccional se adjudica al niño una parte cruel, sádica y hambrienta de poderío, al cual Berne denomina “el pequeño fascista”. Concepto posiblemente influido por su didacta Paul Federn, precursor en 1932 de la noción de la pulsión de destrucción y de agresión.

Bradshaw (1993) describe algunas de las características que posee el niño interior en su estado natural. Al nacer el niño tiene un potencial que lo acompaña y lo anima a descubrir el mundo que lo rodea.

Expectación: Los niños poseen una necesidad innata de observar, experimentar, explorar, descubrir, tocar. Para ellos todo es interesante y emocionante. Esta capacidad de expectación es la energía que impulsa a lo largo de la vida de la persona a descubrir nuevos horizontes.

Optimismo: Por naturaleza los niños piensan que el mundo es amistoso, tienen esperanza, optimismo y confianza, lo que se denomina “fe infantil”. Este estado natural de optimismo y confianza es la base de la intimidad y vulnerabilidad.

Ingenuidad: Los niños están orientados hacia la vida, viven el momento y tienden al placer. La ingenuidad es parte de su encanto y atracción, y el núcleo de su inocencia.

Dependencia: Los niños por naturaleza son dependientes y necesitan apoyo. No pueden satisfacer todas sus necesidades mediante recursos propios, necesitan del adulto para sobrevivir. Su vida depende de la habilidad que posea el o los adultos que lo cuidan para conocer y satisfacer esas necesidades.

Emociones: Las emociones propias de los niños son la risa y el llanto. Es natural que los niños rían y observen con placer todas las cosas. La felicidad y el entusiasmo son características propias. Los niños también experimentan el llanto, es su señal de auxilio e impulsa al adulto a ayudarlo y reconfortarlo. La risa y el llanto como expresiones emocionales producen una respuesta de los demás.

Elasticidad: Los niños son elásticos por naturaleza, cuanto más pequeños, más elásticos. La elasticidad es su habilidad para recuperarse del dolor producto de la interacción con el medio, es una habilidad adaptativa.

Juego libre: El juego es parte de la naturaleza humana, los niños poseen libertad y espontaneidad, cualidades que conforman la estructura del juego. El juego espontáneo y auténtico es una actividad simple y placentera para el niño. La capacidad de imaginación desempeña un rol fundamental en los juegos y en el desarrollo del niño.

Singularidad: A pesar de su inmadurez, los niños poseen un verdadero sentido de integridad de su ser, se sienten conectados y unificados dentro de sí mismo. Esta integridad hace a cada niño especial, único y maravilloso. Si bien, el sentido de su valor y dignidad es precario y depende del reflejo que le brindan sus padres, ese sentido de singularidad los conecta con su espiritualidad. Los niños son espirituales por naturaleza, poseen una espiritualidad ingenua y acrítica, son creyentes naturales, saben que algo más grande que ellos existe.

Amor: Los niños nacen predispuestos al amor y al afecto, deben ser amados para aprender a amar. Su crecimiento saludable depende de alguien que los ame y los acepte incondicionalmente, cuando esta necesidad básica es cubierta la energía para amar se libera y pueden amar a otro.

4.2 Modelo PAN de Análisis Transaccional. Estado del Yo Niño

El Análisis Transaccional es una nueva ciencia de la conducta creada a mediados del siglo pasado por el psiquiatra Eric Berne. La visión de hombre que sustenta la ubica dentro de la psicología humanista, cuyas bases epistemológicas responden a una filosofía positiva y de confianza en el ser humano. Su denominación de Análisis refiere a la separación del comportamiento en unidades fácilmente observables a través de la comunicación verbal y no verbal, y Transaccional por su énfasis en las transacciones valorando lo interpersonal por sobre lo intrapersonal. (Kertész, 1997).

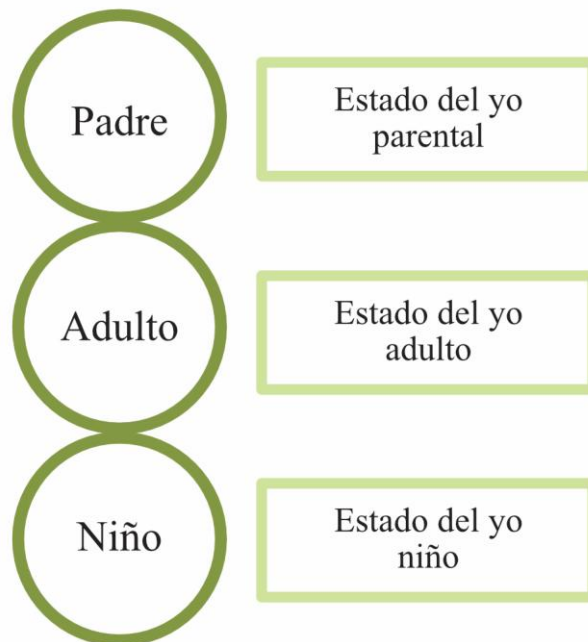
Según Análisis Transaccional la personalidad se articula en tres “estados del yo” (Padre-Adulto-Niño). Berne (2007) describe al estado del yo desde el punto de vista fenomenológico como “un sistema coherente de sentimientos, y funcionalmente, como un conjunto de patrones conductuales coherentes.” (p. 29).

Kertész (1997) define la personalidad desde esta misma perspectiva como “el modo habitual por el cual el individuo piensa, siente, habla y actúa, para satisfacer sus necesidades en su medio físico y social.” (p. 20).

Para el creador del Análisis Transaccional los estados del yo semejantes a las figuras parentales constituyen el estado del yo Padre (Padre), los estados del yo que en forma autónoma evalúan objetivamente la realidad, son el estado del yo Adulto (Adulto); y los estados del yo que se fijaron en la primera infancia y representan reliquias arcaicas son

el estado del yo Niño (Niño) (Berne, 2007). De acuerdo a la parte de la personalidad o estado del yo que se manifieste los comportamientos varían. (Kertész, 1997).

Estado del YO. Esquema PAN



Fuente: Kertész, R (1997). *Análisis Transaccional Integrado*.
(2da. Ed.) Buenos Aires, Argentina: IPPEM.

Este esquema de la personalidad y su análisis estructural y funcional es el primer instrumento de las diez categorías que conforman la teoría Transaccional. El primero de los cuatro instrumentos desarrollados por Berne y el primero de los diez desarrollados por Kertész. (1997).

Kriz (1997) en su obra considera al Análisis Transaccional como una de las corrientes fundamentales que existen de la psicoterapia. En ella describe a su primer instrumento, el análisis estructural y a los tres estados del yo como la manera en que se articula la personalidad. En estos estados se plasman los procesos intraindividuales

(percepción, sensación, diálogos internos) y las acciones dirigidas hacia afuera. El autor detalla los estados del yo según las secuencias del desarrollo:

Yo Niño: son contenidos fijados en la primera infancia que en determinadas situaciones vuelven a ser operantes. Son mociones afectivas y deseos no controlados, espontáneos, que gobiernan tanto la selección y procesamiento de la información como las acciones.

Yo Adulto: es el procesamiento cognitivo de la información que proviene tanto del entorno como de los otros estados del yo y su acción/reacción autónoma frente al ambiente.

Yo Padre: imita principios de acción de las figuras parentales, gobiernan este estado del yo las normas y valores internalizados en la infancia, a menudo sin previo análisis y en forma de prejuicios.

Kertész (1997) refiere al primer instrumento de la teoría en el denominado análisis estructural de Primer Orden, allí describe los estados del yo:

Estado del Yo Padre: son una serie de mensajes y grabaciones, tanto verbales como no verbales, que provienen de figuras parentales importantes en la primera infancia, representa lo que se debe hacer. Se inicia a los ocho años de edad del individuo y se completa a lo largo de la vida. “Permite tener a las figuras parentales dentro de la cabeza” (p.25). Estos mensajes serán completados por otras figuras parentales fuera de la familia como maestros, religiosos, amigos.

Estado del Yo Adulto: observa y recopila datos e información objetiva, tanto de fuentes internas como son los otros estados del yo, como de la realidad externa a través de los sentidos. Analiza, ordena, deduce y valida la información para operar de acuerdo a esa evaluación. Este funcionamiento lineal, lógico y ordenado se vincula al hemisferio dominante del cerebro (izquierdo en el caso de los diestros). Comienza a formarse al

segundo año de vida y se desarrolla con la estimulación, la práctica y la interacción con adultos.

Estado del Yo Niño: es el primer estado del yo que aparece, a partir de él, más tarde se diferencia el Adulto y finalmente el Padre. Es el componente con mayor contenido biológico de la personalidad, aquello que se transmite genéticamente (sexo, color de ojos y cabello, contextura física, etc.). Tiene un funcionamiento vinculado al hemisferio no dominante (derecho en diestros) se relaciona a lo intuitivo, creativo, imaginativo, lo guía un pensamiento mágico y una captación del fenómeno (personas y situaciones) en forma global.

Profundizando en el análisis funcional de los estados del yo, el mismo autor (Kertész, 1997) describe diferentes divisiones en los estados del Yo Padre y Niño:

Estado del YO. Esquema PAN

Sistema negativo		Sistema positivo
Perseguidor. Agresor, autoritario, prejuicioso, desvalorizante. Salvador. Sobreprotector, meloso, impide el desarrollo de otros.	PC PC	Conductor. Firme, serio, justo, correcto, ordenado. Protector. Afectuoso, nutritivo, cálido. Permite vivir y disfrutar.
No informado o mal informado. Robotizado. Deshonesto.	A	Ético, informado, responsable, autónomo.
Egoísta, cruel, brutal, grosero, manipulador. Desvalorizado, temeroso, ansioso. Desafiante, rencoroso, agresivo.	NL NS NR	Alegre, afectuoso, disfruta, siente emociones auténticas. Creativo, curioso, intuitivo. Disciplinado. Rechaza injusticias y arbitrariedades

Fuente: Kerman, B (1998). *Nuevas Ciencias de la Conducta*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Uflo.

Estas divisiones de los estados del yo se construyen a partir de conductas objetivas que denotan comportamientos observables y medibles. Es decir, las personas reflejan el

estado del yo que se manifiesta a través de la comunicación verbal y no verbal, y sobre todo la congruencia que exista entre ambas.

El estado del Yo Padre se divide en: Padre **Crítico**: son conductas de firmeza, control, orden. Los aspectos positivos contienen la fijación de límites, la organización, las normas; los negativos el autoritarismo, los prejuicios, la desvalorización. **Padre Nutritivo**: apoyo al crecimiento, protección, comprensión, permiso para vivir y disfrutar en su aspecto positivo, y sobreprotección y descalificación de los recursos en el aspecto negativo.

El estado del Yo Niño se divide en: **Niño Libre**: incluye la parte biológica, la creatividad, la intuición, la curiosidad. **Niño Adaptado**: a partir de la adaptación del Niño Libre a las exigencias familiares y del medio. Comprende dos subestados, **Niño Sumiso**: obediente, disciplinado, y desvalorizado en su aspecto negativo. **Niño Rebelde**: opositor, desafiante, competitivo, con versiones positivas y negativas de estos aspectos.

4.3. Modelo de los Ciclos de Poder de Pamela Levin

Bradshaw (1993) basado en los conceptos de Erik Erikson recuperados en su obra *Childhood and Society* y con aportes de Piaget y Levin detalla la infancia donde se forma el niño interior. Describe cómo para Erikson la infancia saludable se fundamenta en cuatro fuerzas básicas del ego: la esperanza, la fuerza de voluntad, el propósito y la competencia. La primera es la esperanza y se cimienta en la experiencia de confianza básica definida por sus padres o tutores. La segunda es la fuerza de voluntad, que surge en la lucha del niño por separarse de los padres o tutores y nacer psicológicamente adquiriendo una sensación de autonomía que supera sus vergüenzas y dudas. La tercera es el propósito y se desarrolla cuando el sentido de iniciativa del pequeño sobrepasa su

culpabilidad. La cuarta y última fuerza básica, la competencia, surge como resultado de superar el sentido de inferioridad a través de la diligencia o laboriosidad. El mismo autor relaciona la teoría de Erikson con la de Pamela Levin, quien enuncia la idea de que estas fuerzas del ego están presentes en cuatro poderes básicos: poder del ser, poder de hacer, poder de identidad y poder de poseer habilidades de supervivencia.

Pamela Levin, terapeuta y discípula de Berne, toma de su mentor la estructura de la personalidad y con apoyatura en las teorías del desarrollo evolutivo de Piaget y Erikson describe las etapas del desarrollo humano como ciclos de crecimiento. En cada uno de estos ciclos el niño lleva a cabo tareas correspondientes a una etapa determinada. Al culminar cada una de las etapas si el niño contó con el apoyo parental o figuras de apego que cubran las necesidades requeridas, logrará un poder correspondiente a esa etapa. Es decir, cada una de estas etapas implica tareas a cumplir, necesidades a satisfacer y poder a lograr por parte de los niños. La primera de estas etapas es la del Ser que involucra las vivencias tempranas, los primeros vínculos de apego, las primeras emociones y sensaciones y conlleva el poder fundante de ser y existir. El bebé necesita ser amado, acariciado, protegido y alimentado. La madre durante el embarazo recicla la etapa del Ser y sus necesidades, desde ese rol de ser cuidada se prepara para su nuevo rol de cuidador. (Rovtar, 2014).

Kertész (1985) presenta una síntesis en forma de gráfico con los principales ítems de cada etapa del desarrollo de Levin.

Etapas del Desarrollo de Pamela Levin

ETAPAS	NECESIDADES	TAREAS	LOGROS
Del Ser o a 6 meses	Protección, alimentación, caricias y afecto	Alimentarse, conectarse, establecer lazos afectivos	Poder para ser y existir incondicionalmente
Del Hacer 6 a 18 meses	Protección y estimulación para explorar y descubrir	Moverse, explorar, comunicarse en forma no verbal	Poder para descubrir y moverse en el mundo
Pensar 18 meses a 3 años	De individuación, aceptación, separación gradual de las figuras de apego, límites entre el yo y el no yo	Pequeñas decisiones, decir no quiero, defender sus objetos y sus límites "caprichos"	Poder para pensar en forma independiente, defender sus propios límites
Identidad de 3 a 6 años	Identificación con figuras parentales, saber quién soy y cómo soy	Preguntar ¿Por qué? explorar ¿Qué pasa cuando x? tomar conciencia del poder del propio cuerpo y del rol sexual	Poder para ser quien soy, para imaginar y averiguar consecuencias de mis actos
Ser habilidoso y establecer valores de 6 a 12 años	Aprender cómo se hacen las cosas, reflexionar sobre que se debe hacer y en qué creer	Experimentar como se hacen las cosas, discrepar, discutir, negociar, acordar	Poder para hacer las cosas a mi manera, con mis valores, descubrir mis roles sociales
Adolescencia de 12 a 18 años	Integrar los cambios físicos y hormonales, revisar valores, ideales y metas en la vida, vivir romances, integrarse a grupos fuera de la familia	Aceptar el propio cuerpo, experimentar sensaciones sensuales y eróticas, cimentar la autoestima, integrar grupos sociales, independencia e independencia familiar	Poder para formar mi propia personalidad

Fuente: Rovtar, A. (2013). Reciclaje del propio ser durante el embarazo: Una mirada integradora. *Calidad de Vida y Salud*, 6(2).

Pamela Levin (2008) sostiene que las etapas infantiles se reciclan durante la adolescencia, siendo la misma una instancia de regeneración y renovación de las etapas anteriores y de toda la existencia. “Alors que nous nous renouvelons, que nous nous reconstituons et abandonnons des niveaux d’existence anciens pour en créer de nouveaux, il nous devient possible aussi d’avoir des enfants.” (P. 155).

En 2008 Pamela Levin revisa su teoría y práctica clínica e incorpora una nueva etapa a partir de los diecinueve años, la etapa de la “transmutation” (transmutación) plasmada en la nueva versión de su obra “Les Cycles de L’identité”. En esta etapa la persona se plantea un viaje desde el fin a un nuevo comienzo, de la complejidad a la simplicidad, el

mundo se le presenta como a un recién nacido, intenso, vital, vulnerable, lleno de promesas, de energía y de descubrimientos. (Levin, 2008).

Respecto a los poderes y las fuerzas del ego que se desarrollaron en la infancia, según Levin deberán ser reforzadas en las etapas posteriores de la vida, estas necesidades básicas de la infancia deben reciclarse cada trece años. Es decir, al comienzo de la adolescencia (trece años) cuando los cambios biológicos dan paso a una nueva madurez sexual; a los veintiséis años al encarar una nueva independencia es preciso volver a regenerar la propia confianza, autonomía, iniciativa y cooperación; a los treinta y nueve años, crisis de la mediana edad, comienza otro ciclo regenerativo.

Los ciclos posteriores coinciden con la madurez y el inicio de la ancianidad. Todos los ciclos desarrollados por Levin poseen una estructura constructivista, en la que cada etapa se basa en la precedente, siendo que las bases y los cimientos se constituyen en la infancia. (Bradshaw, 1993).

4.4. Reciclaje

Desde la perspectiva Transaccional varios autores trabajan en la clínica con técnicas y ejercicios dirigidos a recuperar al Niño Interior. Kertész (1994) en sus obras “Plan de Vida” y “Análisis Transaccional Integrado” describe varias de estas técnicas, también alude al trabajo terapéutico realizado por Jacqui Schiff, cuyo principal aporte fue el concepto y su ulterior puesta en práctica de la técnica de Reparentalización. Para Shiff la psicosis se relaciona con mensajes nocivos grabados durante la infancia por los padres en el estado del Yo Padre de sus hijos, estos mandatos pueden expresarse bajo la forma de las siguientes proposiciones: mis necesidades están antes que las tuyas, tú no estás bien, eres malo, no mereces que te quieran y el mundo es malo. La técnica de Reparentalización consiste en llevar al paciente a una regresión (volver a su niño) y allí

el mismo terapeuta desde un estado del Yo Padre Nutritivo OK graba mensajes de protección y aceptación, y desde el estado del Yo Padre Crítico OK graba límites adecuados, esta técnica propone al Niño interno del paciente redecidir liberarse de los mandatos parentales y recibir el afecto, protección e información carentes. Schiff exigía que los padres dejaran de ver a sus pacientes por un tiempo o definitivamente para aceptar su tratamiento. Esta línea de trabajo que la escuela sistémica de Palo Alto y la terapia Ericksoniana comparten, refiere a la patología del paciente identificado como producto de las interacciones en la familia de origen y proponen una terapia familiar como tratamiento. (Kertész, 1997).

Los aportes de Schiff influyeron en su discípula, Pamela Levin, en su teoría en general y en el concepto de reciclaje en particular. (Kertész, 1997).

Pamela Levin (1988) define el concepto de “reciclaje” como el proceso de repetir las etapas del desarrollo que tienen lugar durante la niñez. Rovtar (2014) destaca que el hecho de entender la vida como un ciclo reconoce en la persona la posibilidad de desarrollo continuo y lo considera un punto fundamental de la teoría. También sostiene que:

Esta capacidad de volver a las escenas del comienzo de la vida para repetir las nuevamente y acceder así al poder que quedó atrapado en ella, este reciclaje de una etapa de la niñez acontece influenciado por las experiencias y contextos del presente.(p. 8).

El término “Reciclar” (*Recycling* en la versión original en inglés y *Régénération* en la traducción de la obra de Levin (2008) al francés) es un neologismo de origen griego. Se forma a partir del vocablo *κύκλος, κύκλου* (pr.kýklos, kýklu) cuyo significado es *círculo, órbita*, denominando también por extensión la recurrencia o repetición ordenada de fenómenos. Con esta acepción pasa al latín *cyclus, cycli*, a esa raíz se le

agrega el prefijo *re* - que significa repetición y el sufijo *-ar* formante de verbos, acción de reciclar. De esta forma se puede considerar que el concepto original de este verbo es volver a poner en órbita, hacer circular algo. (Corominas, 1973).

La Real Academia española (DRAE, 2001) define reciclar como: someter un material usado a un proceso para que se pueda volver a utilizar. Dar formación complementaria a profesionales o técnicos para que amplíen y pongan al día sus conocimientos. Dar una nueva formación a profesionales o técnicos para que actúen en otra especialidad. Someter repetidamente una materia a un mismo ciclo, para ampliar o incrementar los efectos de éste.

El concepto reciclar no es un término originado en la psicología, proviene de otras disciplinas como la ecología y la arquitectura. Para la ecología el “reciclaje implica el tratamiento o procesamiento de un objeto desechado, de manera que éste pueda estar disponible para su uso en una forma parecida a la original o de alguna otra manera.” (Corral-Verdugo, 1996).

Desde el punto de vista de la arquitectura el concepto de reciclaje se aleja del concepto de objeto desechado y se vincula con otros conceptos. Peter Krieger (2006) analiza la obra de Agustín Hernández, reconocido arquitecto mexicano, en su artículo “Reciclaje del Pasado Construido”, allí la palabra reciclaje se conjuga con conceptos arribando a terrenos de orden más sociológico como “rastrear, procesar y adaptar las propias raíces culturales a las necesidades contemporáneas” (p. 215), “dialogo que comunica todas las épocas”, “transferencia e integración cultural”. (p. 217).

En la descripción de las Etapas de la Vida o Ciclos de Poder que protagoniza la persona durante sus primeros años, las diferentes etapas se reciclan a lo largo de la vida. Existen situaciones, contextos o experiencias que conectan a la persona a una determinada etapa del desarrollo. Es decir, situaciones en donde se recicla una etapa.

(Kertész, 1985). Levin (1988) denomina a este proceso de repetir las etapas del desarrollo debido a las influencias del medio, reciclaje de respuesta.

En la primera etapa de la vida se desarrolla la fuerza para Ser. El poder de Ser se refiere a la existencia, mantener el cuerpo y el alma juntos, la vida pasa por estar, simplemente estar vivo, tener derecho a estar, ser tocado, acariciado, cuidado y alimentado. (Levin, 1988).

Las situaciones en que una persona puede reciclar su etapa del Ser son cuando: está enferma, mantiene un aislamiento prolongado, padece un estrés excesivo, comienza nuevas actividades o relaciones, situaciones de intimidad, al cuidar a otros, en momentos del embarazo y nacimiento de un hijo. (Kertész, 1985).

Desde esta perspectiva, en el embarazo la madre recicla su propia etapa del Ser y con ella la necesidad de ser protegida, cuidada afectivamente, acariciada. Puesto que en relación a lo mencionado anteriormente, “El embarazo conecta a la madre con sus propias vivencias tempranas, sus vínculos de apego, sus primeras sensaciones y emociones.” (Rovtar, 2014).

Levin (1988) sostiene que en la clínica los pacientes que están reciclando la etapa del Ser sienten la necesidad de estar acompañados y lo expresan en frases como: “estar junto a alguien todo el tiempo”, “preferiría que todos nos sentáramos juntos”, “deseo que otra persona haga las cosas por mí”, “deseo acurrucarme junto a alguien”.

Kertész (1997) orientado también a la clínica tal como Levin propone en su teoría fortalecer el Circuito Emotivo (Padre Nutritivo – Niño Natural) a las personas que reciclan la etapa del Ser. El circuito emotivo forma parte del segundo instrumento de la teoría transaccional, el análisis de las transacciones. Una transacción es un intercambio de estímulos y respuestas entre estados del Yo específicos de diferentes personas. El Circuito Emotivo (Padre Nutritivo – Niño Natural) tiene como objetivos sentir, expresar

y compartir emociones auténticas, disfrutar de sensaciones agradables, contar con apoyo afectivo. Rovtar (2014) afirma que este tipo de transacción promueve en la mujer embarazada un contexto de confianza y contención, con vínculos de afecto seguros en donde su propio Ser pueda verse fortalecido, validado y a partir de allí permitirle desde su rol de ser cuidado prepararse para su nuevo rol de cuidador.

CAPÍTULO 5

Teoría del Apego

CAPÍTULO 5

Teoría del Apego

5.1 Definición

A fines de la década de 1960 John Bowlby ideó un nuevo enfoque, la Teoría del Apego. Se trata de un nuevo paradigma que a pesar de tener más de cincuenta años aún continúa ampliándose, revisando y ramificando (Marrone, 2009).

La Teoría del Apego puede definirse como una manera de entender cómo se organiza, funciona y se desarrolla la conducta de protección en los seres humanos. (Miró citado en Crittenden, 2002).

El mismo Bowlby la define como:

...una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva. (Citado en Marrone, 2009 p. 43).

Marrone (2009) refiere a dos cuestiones básicas respecto a la teoría, por qué los seres humanos tienden a establecer vínculos selectivos, fuertes y duraderos con otras personas y cómo la alteración de estos vínculos puede causar emociones fuertes y patologías.

Miró resume la tesis central de la teoría en tres postulados:

- 1) Los seres humanos están innatamente preparados para establecer con sus cuidadores una relación de apego.
- 2) El objetivo de la relación es la protección de la figura apegada.
- 3) Estas relaciones están establecidas antes del primer año de vida.

Y Miró afirma que la Teoría del Apego se desarrolló a partir de la integración de aportes de otras ciencias como la etología, la teoría de la evolución, el psicoanálisis y la teoría cognitiva. (Citado en Crittenden, 2002).

Bowlby (1998), por su parte, sostiene que su teoría se apoya en la etología, en la observación de otras especies, en torno a cómo son los vínculos con sus crías, y cómo reaccionan a la presencia y ausencia de la madre. Años más tarde, sostiene que su enfoque teórico de la paternidad humana es un planteo de carácter etológico, dado que la naturaleza del vínculo del niño con su madre es el resultado de un conjunto de pautas de conducta en parte preprogramadas y que se desarrollan en el entorno sociocultural en los primeros meses de vida y tienen como efecto mantener la proximidad del niño con la madre. Y la función biológica de dichas conductas es la protección de las crías del accionar de los depredadores. (Bowlby, 2009).

Marrone (2009) señala el marcado interés de Bowlby por la etología y describe como centrales para la Teoría del Apego los trabajos del etólogo austríaco Konrad Lorenz publicados en 1935 y difundidos en 1950 sobre la impronta y de Harry Harlow con los monos rhesus. El primero descubre en algunas especies de pájaros cómo sus crías en los primeros días de vida desarrollan vínculos fuertes con una figura materna sin que exista ninguna relación con la alimentación, sino simplemente por familiarización y contacto. El segundo se inspira en los trabajos del psicoanalista Rene Spitz sobre cómo los niños en condiciones de privación materna sufren angustia y corren riesgo de desarrollar psicopatologías. Para ello realiza experimentos con crías de monos rhesus separadas de sus madres y criadas con madres sustitutas inanimadas (una de alambre y otra de felpa). Los pequeños monos prefieren a la madre que podía proporcionarles calor y un lugar donde acurrucarse (madre de felpa) por sobre la que les brindaba el alimento (madre de alambre). (Marrone, 2009).

Este concepto de cómo la conducta de apego es primaria y no necesita satisfacer ninguna necesidad nutricia, es uno de los aspectos en que el modelo de Bowlby se diferencia del modelo de Freud. Otra diferencia en contraste con el modelo psicoanalítico es que el niño según modelo de Bowlby desde el comienzo se encuentra activamente comprometido en un contexto intersubjetivo que necesita respuestas recíprocas. (Marrone, 2009).

Respecto a la diferencia entre ambos modelos Bowlby (1998) refiere que el modelo psicoanalítico intenta explicar el funcionamiento de la personalidad en términos de una ontogénesis, en oposición, el modelo de apego observa la conducta de niños desde su nacimiento en determinadas circunstancias y a partir de estas observaciones pretende describir el posible desarrollo de conductas futuras.

Mary Ainsworth colaboradora de Bowlby introdujo el concepto de base segura en la Teoría del Apego. Implementó una técnica para evaluar el apego infantil: situación extraña, a través de episodios breves de reunión y separación del niño y su cuidador y la interacción con un extraño se observa cómo se comporta el niño. Según los resultados Ainsworth distingue en primer lugar tres categorías de apego: **Apego Seguro (B)**, el niño confía en que la figura de apego permanece accesible, sensible y puede brindarle protección, una base segura desde donde hacer sus exploraciones al mundo. **Apego ansioso evitativo (A)**, el niño no confía en que la figura de apego será accesible, sensible o lo ayudará si es necesario, se siente ansioso al explorar el mundo y muestra desinterés en el reencuentro. **Apego ansioso ambivalente (C)**, el niño muestra ansiedad de separación, parece tener una tendencia al aferramiento y a exagerar el afecto (Fonagy, 2004). Luego de otros estudios, Mary Main incorpora una nueva categoría: Apego desorganizado, el niño responde a la separación y al reencuentro en forma confusa y desorientada (Bowlby, 1998). Esta relación entre dos sistemas motivacionales

primarios, como son el apego y la exploración, trae una importante reestructuración de la teoría de la conducta del niño. Esta dinámica de interacción se mantiene a lo largo de la vida de la persona.

Los aportes de Ainsworth llevaron a las investigaciones de las relaciones de apego al ámbito universitario de los Estados Unidos, logrando un status de investigación empírica, sistemática y rigurosa, y una fuerte injerencia en el campo de la psicopatología. (Miró citado en Crittenden, 2002).

La Teoría del Apego además de desarrollarse sobre la integración de aportes de otras ciencias es un modelo que propone la integración de la observación clínica, con la investigación de laboratorio, empírica y estadística. (Marrone, 2009).

5.2 Desarrollo y Evolución

La Teoría del Apego se basa en innumerables investigaciones y a lo largo de los más de treinta años desde su presentación hasta la actualidad fue revisada, ampliada y aclarada, lo que hace que sea considerada la teoría mejor sustentada y aún disponible del desarrollo emocional. (Bowlby, 2009).

Para hacer una introducción de la génesis de la Teoría del Apego es ineludible citar como antecedente angular los estudios publicados por Bowlby en 1944 Cuarenta y cuatro jóvenes ladrones. En este estudio de carácter retrospectivo Bowlby analiza las biografías de jóvenes que delinquían y sugiere que el comportamiento antisocial tenía su origen en trastornos de apego tempranos. Este trabajo aportó a temas como las consecuencias que provoca la institucionalización en los niños y le llevó a sostener que las relaciones tempranas alteradas constituyen un factor importante en la génesis de la enfermedad mental. (Fonagy, 2004).

Otra referencia fueron las filmaciones realizadas por Joyce y James Robertson, un matrimonio de trabajadores sociales con orientación psicoanalítica, colaboradores de Bowlby en Tavistock en 1962 a niños que debían pasar por una situación de separación de sus padres, cuyas edades estaban comprendidas entre catorce y dieciocho meses. Estos trabajos aportaron clara evidencia acerca del impacto que producía la separación en los niños y cómo se ponía en movimiento una secuencia de reacciones con plausibles efectos a largo plazo. (Marrone, 2009).

Las contribuciones de la etología aportan conceptos clave a la Teoría del Apego, los trabajos ya descritos de Lorenz sobre la impronta y de Harlow en primates con madres inanimadas evidencian que los vínculos afectivos van más allá del alimento. El mismo Bowlby concluye al respecto que ciertos aspectos de la relación entre los progenitores y sus crías son comunes a una gran variedad de especies y sugiere que esto sería probable también en los seres humanos. (Marrone, 2009).

Los conceptos desarrollados por Ainsworth y por otros teóricos del apego que la sucedieron integran contenidos sustanciales de la teoría. En primer lugar, la respuesta del cuidador y su influencia en el sistema de apego; en segundo lugar, la relación existente entre el sentimiento de seguridad básica y los comportamientos exploratorios. Y finalmente la idea del miedo como activador de los sistemas de apego. (Fonagy, 2004).

La trilogía de Bowlby sobre el apego describe en su primer tomo el sistema de apego desde una perspectiva conductual. En el segundo volumen de la trilogía Bowlby sustenta cómo la meta del sistema de apego es mantener al cuidador receptivo y accesible, disponible. En su tercer volumen describe cómo las experiencias con el cuidador a través de una serie de procesos cognitivos dan lugar a modelos representacionales, denominados por él: Modelos de Funcionamiento Interno. Este

desarrollo teórico de los Modelos de Funcionamiento Interno está influido por el pensamiento de Piaget. (Fonagy, 2004).

Fonagy (2004) enfatiza la clarividencia de Bowlby al considerar la receptividad del cuidador como determinante de la seguridad del sistema de apego y señala la complementariedad del modelo respecto al comportamiento del cuidador y del cuidado, es decir, que un niño que desarrolla un modelo de funcionamiento interno centrado en el rechazo del cuidador, desarrollará un modelo interno no mereciendo ser querido. En tal sentido Bowlby valora las contribuciones de la psicología cognitiva y de la teoría de las relaciones objetales a la Teoría del Apego.

El mismo autor señala como otros aportes a la teoría los conceptos sobre la relación que existe entre el apego y la capacidad del niño para la autorregulación del afecto elaborados por L. Alan Sroufe y Everett Waters a fines de la década del 70 del siglo anterior. Sroufe y Waters consideraban que el objetivo de las conductas de apego era sentirse seguro, sin embargo las respuestas a la separación se veían condicionadas tanto por factores externos como por factores internos resaltando las características individuales del niño. (Fonagy, 2004).

Durante las décadas del setenta y del ochenta del siglo pasado, las investigaciones sobre apego se relacionaron con la psicopatología y centraron en niños maltratados y situaciones de traumáticas no resueltas en las historias de vida de los padres. (Fonagy, 2004).

Las investigaciones de poblaciones en riesgo han introdujeron avances en la Teoría del Apego y como consecuencia directa del estudio del maltrato infantil se incorporó una nueva categoría de apego, un nuevo patrón mixto: el apego desorganizado/desorientado, descrito por Mary Main y asociado con experiencias infantiles de abuso y/o negligencia. (Miró citado en Crittenden, 2002).

Diversos estudios longitudinales (Hodges, J., & Tizard, B., 1989; Chisholm, K., 1998, MacLean, K., 2003; Zeanah, C. H. et al., 2005; Beckett, C. et al., 2006; Smyke, A. T. et al., 2007; Rutter M. et al., 2007) sobre los efectos de la privación por institucionalización temprana se realizaron con niños adoptados por familias de Rumania, Canadá y Reino Unido procedentes de orfanatos rumanos a la caída del régimen de Ceausescue. Estos estudios efectuados a diferentes edades de los niños se compararon con una muestra de niños no institucionalizados. Algunas de las conclusiones señalan que los niños adoptados antes de los seis meses de edad pudieron recuperarse y no mostraron diferencias en las escalas de evaluación respecto a los niños que no fueron institucionalizados. En los niños que estuvieron institucionalizados por más tiempo se observaron resultados variados en función de la edad, tiempo de institucionalización, fueron más frecuentes en las dificultades emocionales y los trastornos del apego.

La investigación en el apego dio un salto cualitativo cuando George, Kaplan y Main en 1985 diseñaron una forma de evaluar las representaciones de apego y el estilo de apego en la adultez: la entrevista de Apego para Adultos (AAI), un instrumento que abrió el campo de la teoría y la investigación del apego. (Di Bártolo, 2016).

La AAI, centrada en la cualidad del relato sobre las experiencias de apego infantiles y las reflexiones sobre las mismas, evalúa la objetividad de las descripciones, lo cooperativo del discurso, la valoración de la experiencia y la capacidad de pensar sobre lo que piensa y siente, no la experiencia en sí, sino cómo se la cuenta. De acuerdo a su escala las categorías de las representaciones de apego pueden ser: Libre/Autónoma, Evitativa, Preocupada, no resuelto-desorganizada. Sin embargo existe una nueva categoría que resulta del cruce de dos dimensiones, el contenido de la experiencia (qué cuentan) y la forma en que lo hacen (cómo lo cuentan), hay personas que cuentan

experiencias infantiles negativas, dolorosas y hasta de maltrato asociadas a categorías de apego inseguras o desorganizadas, sin embargo lo hacen de manera coherente, completa, real con la suficiente distancia emocional. Estas personas tienen un modelo de vínculo considerado como libre/autónomo, se trata de personas que han logrado superar y sobreponerse a su historia, personas que se incluyen dentro de una categoría especial: seguridad ganada. Esta seguridad ganada se asienta sobre la relación con otras figuras de apego, ya sea en la infancia o más tarde. Si bien estas experiencias no se borran, se elaboran de forma tal que, según las investigaciones, una madre con seguridad ganada puede generar un apego seguro en su hijo al igual que la madre, cuya seguridad fue sostenida desde su nacimiento. La seguridad ganada es el proceso a través del cual los individuos superan las experiencias negativas con sus padres. En palabras de Di Bártolo (2016) “la historia no es el destino.” (p. 119).

Miró estima la relevancia que la Teoría del Apego tiene para la psicología evolutiva y para la clínica, destaca la coherencia que guarda con las actualizaciones provenientes de las neurociencias cognitivas y juzga propicio ampliar la perspectiva de la investigación. (Crittenden, 2002)

5.3 Conducta de Apego

Bowlby define la conducta de apego como “...cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo”. (Bowlby, 2009, p. 40).

Esta conducta instintiva es parte integral de la naturaleza humana y la función biológica que se le atribuye es la de protección. (Bowlby, 1998).

La conducta de apego tiene como propósito mantener la proximidad de la figura percibida como protectora y puede llevarse a cabo a través de diferentes conductas funcionalmente equivalentes que son: llorar, gritar, aferrarse o acercarse. (Miró en Crittenden, 2002).

Bowlby (1998) afirma que la conducta de apego suele dirigirse a la figura especial de apego y que a los seis meses el bebé es capaz de distinguirla y seguir sus movimientos. El autor identifica dos pautas de conducta que facilitan la formación del apego, la conducta de señales, cuyo efecto es llevar a la figura de apego hacia él y la conducta de acercamiento, cuyo efecto es aproximarse a la figura de apego.

Conducta de señales: llanto, sonrisa, balbuceo, gestos y llamada, señales sociales destinadas a aumentar la proximidad en especial con la madre. A pesar de haber diferentes tipos de llanto, todos suelen afectar la conducta de la madre o cuidador para consolarlo, alimentarlo o protegerlo. La sonrisa, el balbuceo y los gestos se presentan cuando el bebé está despierto y la conducta que provoca en la madre es prolongar la interacción, ambos se regocijan con la presencia del otro. La sonrisa social ejerce un efecto sobrecogedor en la madre, funciona como refuerzo positivo y aumenta la capacidad de respuesta de ella. Los gestos, en especial el de levantar los brazos con deseos de ser alzado, puede considerarse un movimiento homólogo ritualizado y que actúa como una señal para conseguir el aferramiento. La llamada o el anuncio del niño que indica dónde está y qué hace, persigue el fin de que la madre sepa dónde está para protegerlo si aparece un peligro.

Conducta de acercamiento: existen tres pautas que llevan al niño a mantenerse próximo a la madre: el acercamiento en sí, con cualquier medio de locomoción disponible, la succión sin fines alimenticios y el aferramiento. A los nueve meses el niño ha desarrollado el aparato cognitivo de tal forma que puede concebir objetos

ausentes y buscarlos utilizando en la medida de sus posibilidades todos los medios de locomoción disponibles, reptar, rodar, gatear, caminar o correr. La succión sin fines alimenticios: es una conducta de apego que sólo busca la proximidad de la madre y relaja al bebé. El aferramiento en las primeras semanas de vida es una reacción refleja sencilla en términos de organización, que más adelante se transforma en una habilidad más compleja.

5.4 Modelos Internos de Apego

Marrone (2009) sostiene que un punto central en la Teoría del Apego es el concepto de modelos operativos internos. “Los modelos operativos son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo (como entidad corporal y psíquica única) y de su entorno.” (p. 95).

La principal función de los modelos operativos es la de posibilitar el filtrado de información acerca de sí mismo o del mundo exterior, haciendo posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia del mundo exterior. (Marrone, 2009).

Estos modelos operantes que el niño construye con la figura de apego, los modos en que está se comunica y se comporta con él, junto con los modelos complementarios de sí mismo en interacción son construidos por el niño en los primeros años de vida y más tarde se establecen como estructuras cognitivas influyentes que tienden a persistir y comienzan a operar de manera inconsciente. (Bowlby, 2009).

El concepto de modelo operativo elaborado por Bowlby se relaciona con la teoría de representación de Piaget y el trabajo de Craik sobre la organización de la conducta adaptativa en función de las experiencias pasadas.

5.5 Apego y Maternidad

El Dr. Lester W. Sontag presenta en 1944 una ponencia, La guerra y la relación materno-fetal. En este trabajo Sontag analiza las consecuencias que padecían la embarazada y el feto ante la amenaza que sufría el marido en el frente de batalla. Este trabajo fue precursor en el estudio de cómo las ansiedades maternas graves influían en el desarrollo de la personalidad del feto. (Verny & Kelly, 1988).

Verny & Kelly (1988) aseguran que la tesis planteada por Sontag en términos especulativos a mediados del siglo pasado es sustentada por todos los trabajos posteriores referidos a los complejos circuitos neurohormonales que conectan a la mamá y al bebé. Y afirman también que estos enlaces son vitalmente importantes a la hora de establecer entre la madre y el hijo intrauterino un “diálogo emocional”. (p. 53).

Desde la perspectiva de la Teoría del Apego Marrone (2009) sostiene que los trabajos de Bowlby y Ainsworth enfatizaban la función de la madre pero que a partir de la segunda mitad de la década del 70 del siglo anterior los estudios del apego comenzaron a incorporar a la figura del padre, siendo Michael Lamb, un alumno de Ainsworth uno de los primeros en aportar a la temática.

Marrone (2009) afirma que la Teoría de Apego debe considerar la complejidad del contexto familiar e ir más allá de la díada madre-hijo o la tríada madre-padre-hijo y distingue contribuciones significativas al respecto como las realizadas por John Byng-Hall respecto al concepto de guiones familiares, patrones de interacción evocados en situaciones particulares como producto de representaciones de interacciones multi-personales. O el aporte de la profesora de psicología de la Universidad de Bolonia sobre la llegada del hermanito y cómo está reactiva la conducta de apego en el hijo mayor que se siente desplazado. El mismo autor reflexiona sobre cómo las relaciones entre los hermanos afectan el vínculo de cada niño con su progenitor y que tanto la posición que

tuvo la madre en su familia de origen y cómo sus propios padres manejaron los conflictos influirá en el vínculo de apego que construya con cada hijo.

En esta línea de trabajo considerando la complejidad del sistema familiar y en relación específica con la maternidad y paternidad, Marrone (2009) rescata el trabajo realizado por un matrimonio de investigadores de la Universidad de Berkeley, Phil y Carolyn Cowan. Los Cowan (2000) indican de manera concluyente en su obra, *When Partners Becom Parents* (Cuando las parejas se convierten en padres), que la calidad del vínculo de los padres predice la seguridad del apego del niño con su madre y con su padre. Basados en su experiencia clínica señalan que existen diversos aspectos como la ausencia de violencia familiar, la presencia del padre en el hogar, el apoyo mutuo entre los padres y el bajo nivel de conflicto que hacen a la seguridad del vínculo de apego en el niño.

Desde la perspectiva de la madre Bowlby (2009) asegura que la conducta de apego no está limitada a los niños y que una mujer durante el embarazo activa esa conducta "... una mujer que espera un bebé o una madre que atiende a su pequeño siente el profundo deseo de ser cuidada y amparada" (p. 16). El autor menciona los estudios (citados en Bowlby, 2009) de Wenner (1966) y Ballou (1978) realizados a grupos representativos de mujeres, los cuales informan un creciente deseo de las madres por ser cuidadas por su esposo o por su madre.

En lo que refiere específicamente a la maternidad es preciso destacar el aporte de Daniel Stern a la temática. Stern es considerado un integrador de la Teoría Psicoanalítica y la Teoría del Apego, es un teórico que desarrolla sus postulados a partir de la observación siguiendo la tradición de psicoanalistas como René Spitz y Margaret Mahler. (Fonagy, 2004).

Daniel Stern (1997) sostiene que tras el nacimiento del bebé la madre entra en una nueva organización psíquica, la constelación maternal que determinará sus sensibilidades, deseos, fantasías y tendencias a la acción. Esta nueva organización se convierte en el eje principal de la vida psíquica de la madre y deja de lado organizaciones o complejos nucleares previos. Stern afirma que la constelación maternal refiere a tres preocupaciones y discursos diferentes, el de la madre con su propia madre, el de la madre consigo misma y el de la madre con su bebé, una nueva tríada psíquica: madre de la madre, madre, bebé. Y las problemáticas asociadas a ella que surgen en nuestra cultura de tradición occidental contemporánea se refieren a cuatro temas centrales: si la madre es capaz de mantener al bebé con vida y hacerlo crecer, si puede relacionarse afectivamente con el bebé, si puede crear y permitir una red de apoyo a su bebé, y si puede transformar su propia identidad para realizar estas funciones.

Stern reflexiona sobre el modelo que tiene la madre de su propia madre para seguir o rechazar y menciona trabajos realizados por Edelman (1989) y de Bartlett (1964) (citados en Stern, 1997) que desde las neurociencias cognitivas subrayan la importancia del contexto de memorización actual. Es decir, de qué forma el contexto presente es la clave de la memoria evocada.

Visto de esta manera, para la madre el momento presente de sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos actúa como detonante para activar muchas redes de memoria y recuerdos. El contexto memorizador de la madre es consiste en las interacciones diarias con el bebé, sentirlo, tenerlo en brazos, amamantarlo, consolarlo, acunarlo. En palabras de Stern (1997):

El contexto de memorización se compone de la experiencia de una persona de ambos lados de la interacción o de la relación cuando ocurren de forma casi

simultánea: lo que siente directamente una parte y lo que se aprehende empáticamente de la experiencia de la otra. (p. 221).

Desde esta perspectiva, la evocación por parte de la madre de sus propias experiencias maternas recibidas anteriormente como hija no es un acto de regresión sino un acto motivado por un contexto memorizador presente profundo y poderoso que no es experimentado desde sus primeros momentos de vida. Contexto que reeditará antiguos modelos de-estar-con-la-madre que se renovarán trabajosamente mediante las nuevas experiencias de la nueva madre. (Stern, 1997).

El concepto de apego prenatal fue desarrollado formalmente por una serie de doctores y enfermeras del campo de la obstetricia y cuidado perinatal en la década de 1960, quienes extienden el concepto de apego de Bowlby y Ainsworth y el origen del vínculo materno-filial a un enlace de la madre hacia el niño antes del nacimiento. Estudios posteriores confirman que altos niveles de apego prenatal se relacionan con una mejor vinculación de la madre con su hijo después del nacimiento. (Reed, 2014).

La Teoría del Apego prenatal postula que se desarrolla una relación única entre los padres y el feto mucho antes de que nazca un niño. Desde su introducción se desarrollaron herramientas que permiten la evaluación de apego materno fetal y paternal. La investigación sugirió que el apego prenatal motiva buenas prácticas de salud durante el embarazo, facilita la adaptación al rol de la paternidad, y tal vez incluso sirve como un factor protector contra la depresión perinatal. Este enfoque teórico plantea la importancia del trabajo en todas las disciplinas de la medicina, la psiquiatría y el trabajo social durante el embarazo tanto desde la teoría como desde la clínica, jerarquizando la identificación temprana y la intervención en los trastornos del apego. (Brandon, 2009).

En relación a la temática de apego y maternidad a partir de la creación de la Asociación Prenatal y Perinatal de Psicología y Salud (APPPAH) y la publicación de su Journal se divulgaron numerosos trabajos y artículos.

Loredana Cena y Antonio Imbasciati (2010) analizan los orígenes y el desarrollo en el tiempo los principales conceptos e investigaciones en psicología clínica perinatal. Destacan la figura de Bowlby y la Teoría del Apego como una bisagra en el estudio de la temática. Y los aportes de autores que estudian la interacción madre-hijo a través de métodos experimentales como la observación y análisis de videos. Y cómo el avance de la tecnología permite a otros autores utilizando el ultrasonido y videos investigar el comportamiento fetal, cómo responde el feto ante diversos estímulos, y concluir que esas experiencias deben considerarse el centro de las estructuras emocionales que proveen las bases para su posterior desarrollo.

Los autores distinguen numerosas investigaciones (citadas en Cena e Imbasciati, 2010) realizadas entre 1970 y el fin del milenio (Rascovsky (1977), Laing (1978), Gasper y Fifer (1980), Mancina (1980- 1981), Ianniruberto y Tajiani (1981), Milani Comparetti (1981) Chamberlain (1988) e Imbasciati (1998)) en las que se demuestra la importancia de la relación materno fetal para el desarrollo de la estructura mental del bebé y cómo las emociones maternas influyen en el desarrollo del comportamiento neurológico del feto. Junto a otras investigaciones, Field (1995) y Dipiero (1996 (citadas en Cena & Imbasciati, 2010)), revelaron cómo la depresión materna durante el embarazo puede causar menor actividad motora e irritabilidad fetal.

Los trabajos de Daniel Stern sobre el efecto de sintonía y cómo la madre desde el segundo mes de embarazo puede transmitir al bebé sus emociones y sentimientos de diferentes formas son referenciados por diferentes investigaciones posteriores. Según el autor la sintonía de la madre con el feto y la comunicación no verbal son de

fundamental importancia para el desarrollo de las estructuras mentales del bebé desde los primeros momentos del embarazo. (Cena & Imbasciati, 2010).

Centrándose en el tema del apego y este nuevo enfoque los autores destacan los estudios de la escuela de Bowlby (Ainsworth, Bell y Stayton (1974), Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), Main y Weston (1982), Crittenden (1994-1995-1997) (citados en Cena & Imbasciati, 2010) y su contribución a la construcción de un instrumento de evaluación del apego (la situación extraña) diseñado por Ainsworth y la entrevista de apego adulto diseñada por Crittenden, permiten evaluar al año de vida el apego del niño y el apego en la infancia del adulto respectivamente. Ainsworth focaliza también en la respuesta de la madre, en la habilidad de esta para responder a las necesidades del niño. Crittenden también es considerada como precursora en la evaluación del apego temprano, antes del primer año de vida del bebé, a través de un instrumento denominado CARE-Index, una video-observación que permite analizar en detalle y evaluar la interacción de la figura del cuidador y el niño.

Los autores concluyen después de esta investigación a lo largo del tiempo de la psicología perinatal y la interacción entre padres e hijos en la atención primaria que es esencial que la obstetricia, ginecología, neonatología y pediatría puedan cuidar atender a todo lo que acontece durante el embarazo, el nacimiento, el puerperio y el primer año de vida tanto de la madre como del niño. Y que es necesario incluir prácticas y especialidades psicológicas en el cuidado de la madre como la psicológica perinatal. También opinan que esta perspectiva debería estar incluida en la currícula de las carreras y en la formación de los profesionales involucrados en esta temática y que a su juicio deberían incorporar un trabajo interdisciplinario continuo que incluya la discusión de casos clínicos, reuniones de equipo con el objetivo de comprender a las pacientes y mejorar la relación con ellas. (Cena & Imbasciati, 2010).

Otra publicación de la *Prenatal and Perinatal Psychology and Health* refiere a la relación entre la aceptación de la sensibilidad del feto y el apego materno-fetal. Eichhorn (2012) conceptualiza sobre cómo a pesar de que el principal punto de vista sigue siendo hoy que el feto no está equipado para aprender, recordar o dar sentido a cualquier experiencia, con la toma de conciencia y la aceptación de la reciprocidad entre la madre y el feto, la palabra apego asume un nuevo significado que no sólo impacta en la relación materno-fetal y en la conducta fetal, sino también en la fundación y evolución de la relación de apego después del nacimiento.

Eichhorn (2012) define al apego materno-fetal como un concepto relativamente nuevo que alude a los sentimientos, pensamientos, hábitos y emociones de la madre que impactan en el niño no nacido. Considera a esta relación materno-fetal multidimensional y con el objetivo de ofrecer una definición más clara del concepto propone introducir tres categorías: apego cognitivo (cognitive attachment) conceptualizaciones acerca del feto, características atribuidas al feto, aquello que está esperando saber del feto; apego afectivo (affective attachment) accesibilidad emocional, interacción con el feto, sentimientos sobre esa interacción; apego altruista (altruistic attachment) preparación para el arribo del bebé, imaginar ser padres.

Un estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile relaciona el estilo de apego adulto y el ajuste emocional de mujeres durante el primer embarazo sobre una muestra de ciento treinta y nueve mujeres embarazadas. Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo (2008), sus autores, relacionan en primera instancia el apego y el ajuste emocional y citan investigaciones empíricas (Heim et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemerff y Charney, 2001; Korte, 2001) que lo abalan, plantean también la relación existente entre el estilo de apego adulto preocupante y los trastornos de ansiedad, como así también entre el estilo de apego adulto rechazante con los trastornos depresivos y alimenticios.

Introduciéndose en la temática, los autores, toman el concepto de Stern de constelación maternal para describir el ajuste emocional durante el embarazo, y cómo esta experiencia genera en la mujer embarazada un proceso de redefiniciones con posibilidades amplias de modificar su modelo operativo interno. Produciéndose con ello una mayor permeabilidad y vulnerabilidad, y una posibilidad de reeditar su propia historia vincular. Estas afirmaciones se sustentan en los estudios sobre depresión y embarazo realizados (Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A., 2000). En lo que refiere a lo significativo del primer embarazo, los autores basan su tesis en el profundo cambio de vida que produce en la mujer y en los sentimientos ambivalentes que conlleva, citan un estudio realizado en Estados Unidos sobre setecientas y un mujeres embarazadas que concluye que en la primera gesta aumenta significativamente el porcentaje de embarazos no planificados. Otro punto destacado por la investigación es el efecto que produce en el vínculo madre-bebé el ajuste emocional de la madre, existen estudios que correlacionan desajustes emocionales de las madres con trastornos del apego en los niños. Los autores corroboran a través de los resultados que el estilo de apego autónomo se asocia a mayores niveles de ajuste emocional durante el embarazo, relación documentada ampliamente con investigaciones a nivel mundial. Constatan también que un estilo de apego autónomo permite establecer relaciones más sanas con otros, enfrentar el estrés adecuadamente, tener menor vulnerabilidad ante situaciones de riesgo, factores que incidirán en que la mujer desarrolle un mejor vínculo con su bebé. El estilo de apego predominantemente preocupado, al igual que los resultados arrojados en otros países, se relacionó con mayores probabilidades de presentar desajuste emocional, en especial asociado a sintomatología depresiva y problemas psicosociales; esto por lo tanto afectará las relaciones que estas mujeres establezcan con otros, el manejo del estrés y el

vínculo con su bebé. El estilo de apego predominantemente rechazante presentó menor sintomatología o disconformidad que el estilo de apego preocupado, pero sí se relacionó con dificultades en cuanto a sus relaciones interpersonales y en los vínculos establecidos con otras personas, y por lo tanto en el vínculo con su bebé. Los autores concluyeron que desde la perspectiva de la promoción y prevención de un apego sano, el embarazo es uno de los momentos de mayor sensibilidad y vulnerabilidad donde puede producirse una modificación en el estilo de apego, considerando al primer embarazo un momento idóneo para intervenir preventivamente y detectar trastornos en el apego de la madre o trastornos de ansiedad o depresión. Destacan también la importancia que cobra para ello los equipos de salud que acompañan a la madre y pueden hacer esta detección temprana, y ayudar a la madre a que su experiencia de embarazo sea positiva y extender esos controles durante el primer año de vida del niño. “Una detección oportuna apoyará una adecuada construcción del vínculo en esta importante etapa y beneficiará el bienestar socioemocional de la madre así como el de su bebé.” (Farkas et al., 2008, p. 77).

Otra investigación chilena de Grimalt y Heresi (2012) publicada en la Revista de Pediatría relaciona el estilo de apego de la madre con el tipo de representación que ella construye acerca del hijo en gestación, de sí misma como madre y de la propia historia de apego. Este estudio cualitativo efectuado a tres mujeres primigestas con estilos de apego diferentes (identificados a través del Parental Bonding Instrument) a las cuales se les realizó una entrevista semi-estructurada, mostró resultados que dan cuenta de las diferencias que existen tanto en los contenidos temáticos, como en la calidad y coherencia de las representaciones maternas según el estilo vincular de la madre. Los resultados alcanzados, los cuales concuerdan con otras investigaciones, revelan en la madre con Apego Seguro un mundo representacional equilibrado de sí misma y del futuro hijo, capaz de brindarle cuidado y seguridad. La madre con Apego Inseguro

Ambivalente revela en su mundo representacional pensamientos negativos de temor, pérdida e incluso fantasía de muerte y de incapacidad de llevar a cabo la función materna. La madre con Apego Inseguro Evitativo describe su mundo representacional acotado al presente, evita representaciones del feto y de sí misma como futura madre, evidencia un deseo de diferenciarse de su figura materna y proyecta lo positivo que le hubiera gustado recibir. Los autores concluyen que el rol fundamental que las representaciones maternas juegan en la relación madre-hijo antes y después del nacimiento, considerando al embarazo una situación en la que la mujer se enfrenta a la reestructuración de su mundo representativo. Señalan también la importancia que tiene el conocimiento del mundo representacional de la embarazada a la hora de desarrollar intervenciones prenatales con el propósito de promover el establecimiento de un apego seguro madre-hijo.

El Departamento de Psicología de la Universidad de Redlands en Estados Unidos publica una investigación de Olivia Reed (2014) sobre los efectos del factor materno en el apego prenatal (The Effect of Maternal Factors on Prenatal Attachment). Los factores maternos examinados en el estudio fueron la historia de apego, la situación actual, el nivel de educación, la religión, el apoyo social, la edad, el estado civil y el trimestre de embarazo. La muestra fue compuesta por treinta y dos mujeres en varios puntos de su embarazo. El estudio distingue a la baja sobreprotección paterna, el alto apoyo social, la no religión y la baja ansiedad y dependencia en relación al apego actual, como los factores que parecen aumentar de forma individual el apego prenatal de la madre. También destaca la importancia del campo de estudio del apego prenatal por la relación que guarda éste con el vínculo que se establezca después del nacimiento.

Chasse (2016) describe un programa de reducción de riesgos y educación de la depresión prenatal, Prenatal Depression Risk Reduction & Education Program. Este

programa se fundamenta en numerosos estudios sobre la incidencia de esta patología y los efectos negativos que provoca tanto en la salud de la madre como en la del bebé. Está dirigido a cómo proveer cuidado y contención a las madres durante el embarazo, y a cómo reconocer, tratar o derivar los trastornos de ansiedad del estado de ánimo en el período perinatal.

CAPÍTULO 6

Aportes de las Neurociencias sobre la Temática

CAPÍTULO 6

Aportes de las Neurociencias sobre la Temática.

6.1 Definición

“El cerebro humano es la estructura más compleja del universo, tanto que se propone el desafío de entenderse a sí mismo.” (Manes & Niro, 2014, P. 25).

Las neurociencias tienen como propósito entender el funcionamiento del cerebro, estudian las funciones que distinguen al ser humano del resto de los pobladores de la Tierra: la conciencia, el lenguaje y otras complejas funciones psicológicas. El mayor de los retos de las neurociencias lo constituye conocer en detalle cómo el cerebro origina tales procesos. (Álvarez González, Trápaga Ortega y Morales Valiente, 2013).

Los autores amplían, el cerebro de manera continua se adapta, se actualiza y se modifica a sí mismo a partir de la experiencia, y estas variaciones se realizan dependiendo no sólo de la función cerebral sino también de la herencia genética, la edad, el género y las experiencias personales. Parte del desafío de las neurociencias es explicar cómo funcionan estos circuitos, cómo se modifican y se relacionan con los más complejos procesos psíquicos. (Álvarez González et al., 2013).

Antonio Damasio (2010) subraya esa complejidad afirmando que el cuerpo tal como está representado en el cerebro humano puede constituir el marco de referencia de los procesos neuronales y se utiliza como base para las explicaciones que el sujeto hace del mundo y para la interpretación del sentido de subjetividad siempre presente en la experiencia.

Damasio (2010) afirma que el cerebro humano y el resto del cuerpo constituyen un organismo indisoluble, integrado a través de circuitos bioquímicos y neuronales reguladores, mutuamente interactivos. El organismo interactúa con el ambiente y esa interacción es siempre dual. Los fenómenos mentales sólo pueden comprenderse en el contexto de la interacción de un organismo con su ambiente. Y el hecho de que el ambiente sea el producto de la propia actividad del organismo enfatiza la complejidad de estas interacciones.

Para Álvarez González et al. (2013) se conjugan aspectos centrales en el abordaje de las neurociencias, el equilibrio entre la seguridad de la homeostasis y la flexibilidad del aprendizaje, es decir, los principios anatomofisiológicos y la plasticidad cerebral, junto a la teoría de la transmisión de la información que constituye un puente entre la biología y la comunicación simbólica.

La investigación en neurociencias plantea dificultades extraordinarias atendiendo a la complejidad del funcionamiento cerebral y a lo inherente al carácter multidisciplinario que implica. El diálogo necesario entre las distintas disciplinas, como neuroanatomía, neurofisiología, farmacología, neurocirugía o psicología que poseen un grado de desarrollo heterogéneo abordan la problemática con muy variados niveles de abstracción, aportando mayor dificultad. (Álvarez González et al., 2013).

6.2 Desarrollo y Evolución

Conocerse a sí mismo y a la propia mente ha sido uno de los problemas más atractivos para el hombre a lo largo de su historia. Desde la Edad Antigua se intentó explicar la naturaleza de la conciencia y los procesos de percepción, pensamiento y memoria, entre otros. (Álvarez González et al., 2013).

Hipócrates, uno de los más famosos médicos de la antigüedad, en el siglo V antes de Cristo postula que el cerebro es el órgano del raciocinio, “el director del espíritu”, mientras que el corazón es el órgano de los sentimientos. Galeno, médico griego del siglo II antes de Cristo (A.C), consideraba que el principio vital era el “pneuma”, fluido que se mezclaba con la sangre y recorría todos los órganos hasta llegar al cerebro, donde se transformaba en “pneuma psíquico”. Estas ideas sobre fluidos espirituales perduraron durante siglos. (Álvarez González et al., 2013).

Durante la Edad Media, toda enfermedad mental era interpretada como posesiones demoníacas y sus víctimas eran condenadas. La indagación sobre la función del cerebro como generador de procesos psicológicos era una actividad riesgosa para los sabios de la época, por lo que la investigación quedó totalmente relegada. (Álvarez González et al., 2013).

Entre los siglos XIV y XVI la gran transformación cultural del Renacimiento hace resurgir el interés por la indagación directa de la naturaleza; y del hombre en particular. El cerebro humano comenzó a ser estudiado como un posible centro de control de la actividad humana, y el método experimental, criterio de verdad aplicable a la investigación científica, introducido por Galileo Galilei en la física trasciende a otros campos del saber. La teoría de René Descartes modificó la concepción de la relación entre cuerpo y mente. (Álvarez González et al., 2013).

En los siglos XVII y XVIII diversas investigaciones sobre las propiedades físicas de los nervios, las vías motoras y sensoriales del cordón espinal, la percepción de los colores y la conducción nerviosa, sepultaron la idea de los fluidos. Recién en el siglo siguiente las técnicas de observación del tejido nervioso permitieron ahondar en el estudio de la célula nerviosa. A fines de ese siglo se introduce el concepto de sinapsis y se hacen relevantes descubrimientos sobre la electrofisiología del tejido nervioso. Estos

estudios constituyeron la base de la electroencefalografía, técnica empleada para el diagnóstico de lesiones cerebrales. Si bien los equipos utilizados para su registro variaron significativamente desde su introducción en la clínica neurológica a la actualidad, su utilidad y sus principios básicos permanecen intactos. (Álvarez González et al., 2013).

Comenzado el siglo XX se construye el primer microscopio electrónico y el empleo de la microscopía en combinación con técnicas bioquímicas y métodos de biología molecular, dan lugar al surgimiento y vertiginoso desarrollo de la biología celular. En esta época otro descubrimiento marca un hito fundamental en la evolución de la teoría neuronal: los neurotransmisores, sustancias que portan mensajes químicos entre las células. El descubrimiento de cada nueva sustancia que interviene en la intercomunicación neuronal aporta al conocimiento de la compleja red de conexiones nerviosas, al desarrollo de la neuropsicofarmacología y a la investigación de las relaciones existentes entre el sistema endócrino y el sistema nervioso. (Álvarez González et al., 2013).

Junto con las investigaciones sobre el tejido nervioso, se desarrollan otras acerca de la localización de las funciones psicológicas. En el siglo XIX los hallazgos de Brocca y Wernicke sustentan la hipótesis de que las funciones psicológicas complejas tienen su sustrato biológico en la corteza cerebral. Así localizacionistas (relacionan una zona cerebral determinada con una función concreta) y anti localizacionistas (sostienen que el cerebro funciona como un todo) contribuyeron al desarrollo de las modernas concepciones acerca del funcionamiento del cerebro. También hizo lo propio el desarrollo de la fisiología experimental, con Ivan P. Pavlov la interpretación de la relación cuerpo-mente arriba a una nueva concepción: el concepto de función en la teoría de la localización dinámica de las funciones en el cerebro. Trabajos relacionados

también a las localizaciones de ciertas funciones psicológicas en el cerebro se realizaron a través de un método quirúrgico, la leucotomía, que si bien perdió validez por consideraciones éticas contribuyó al conocimiento del papel de los lóbulos frontales en la conducta humana. (Álvarez González et al., 2013).

En la década de 1950 los avances en neuropsicofarmacología y el surgimiento de nuevos medicamentos hicieron caer en desuso los métodos cruentos utilizados en la terapéutica psiquiátrica. En esos años surgieron investigaciones clínicas sobre la especialización hemisférica y las diversas formas de procesar la información de cada uno de los hemisferios. La evolución de técnicas de registro, el surgimiento y perfeccionamiento de técnicas neuropsicológicas, electrofisiológicas, radiológicas y otras permitieron arribar a relevantes resultados acerca de las funciones de diferentes zonas del sistema nervioso central. (Álvarez González et al., 2013).

El siglo XX se caracterizó por ser una época de profundos y acelerados cambios a partir de la introducción de la informática en el ámbito de la medicina. La introducción de técnicas no invasivas como la tomografía computada permitía obtener imágenes tridimensionales del tejido nervioso, las técnicas de evaluación funcional del cerebro, imagenología, posibilitaron la exploración del cerebro en vivo y su funcionamiento en personas sin patologías durante la ejecución de diversas funciones psicológicas. (Álvarez González et al., 2013).

En Estados Unidos se designó a la década de 1990 como la “década del cerebro”, a partir de un proyecto patrocinado por la Biblioteca del Congreso y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) cuyo propósito fue fortalecer la conciencia pública sobre los beneficios del estudio científico del cerebro. A este proyecto adhirieron la Federación Mundial de Sociedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas, diferentes gobiernos

nacionales, sociedades científicas y la Comunidad Europea. (Martín Rodríguez, Cardoso Pereira, Bonifacio & Barroso y Martín, 2004).

A partir de este proyecto se obtuvieron notables avances especialmente en el campo tecnológico, con el surgimiento de técnicas de registro de alta precisión de la actividad del sistema nervioso, se impulsó el desarrollo de la investigación científica en neuroanatomía funcional y en psicobiología. Los años noventa del siglo XX se caracterizaron por un abordaje inter y transdisciplinario del estudio del cerebro. Este abordaje y la divulgación de las diferentes investigaciones promovieron el avance de su conocimiento desde diferentes frentes. (Cárdenas & Lamprea 2001).

El desarrollo tecnológico, el avance del conocimiento científico y el abordaje multidisciplinario del cerebro humano no dieron cierre a las controversias entre localizacionistas y antilocalizacionistas, ni respecto a la relación cuerpo-mente. El fenómeno de la conciencia no es empíricamente observable, explorar y estudiar el cerebro en vivo más allá de lo avanzadas y complejas que sean las técnicas no significa observar la conciencia. (Álvarez González et al., 2013).

6.3 La Psicología y las Neurociencias

La imbricación de la psicología en las neurociencias no sustituye ninguna de las ramas o funciones de la psicología, sino que potencia muchas de sus posibilidades. (Álvarez, 2009).

Las neurociencias conciben al hombre como una unidad biopsicosocial, no pretenden ser una nueva versión de la psicología clínica o sustituir el diagnóstico o la psicoterapia, sino ampliar el conocimiento del problema aportando datos sobre aspectos neurobiológicos, cuestión que en el siguiente párrafo resulta ilustrativa (Álvarez González et al., 2013):

No se trata específicamente de psicología de género, pero las neurociencias pueden contribuir a esta importante rama del conocimiento psicológico al explicar que el cerebro de la mujer es cognitivamente distinto al del hombre en habilidades perceptuales y procesamiento verbal, debido a las influencias en el cerebro fetal de las hormonas sexuales masculinas y femeninas. Esto podría ser interesante para después explorar qué es atribuido por la cultura y qué viene dado en una impronta previa. (p. 44).

Para Martín Rodríguez et al. (2004) las neurociencias reclaman la hegemonía de los territorios de la mente y citan a Kandel, Jessell y Schwartz, quienes aseveran que sólo puede ser sólido el estudio de la psicología si se desarrolla en el marco de una neurociencia comportamental y que sólo algunas ramas de la psicología, tales como Neuropsicología, Psicobiología, Psicofarmacología, Psicología Cognitiva, Psicología Comportamental aceptaron ese desafío.

Respecto a la problemática y al lugar de la psicología dentro de las neurociencias, Álvarez González et al. (2013) sostiene que ante la inexistencia de una teoría de la mente que evolucione y marque las necesidades y pautas tecnológicas, y para evitar la mera y amalgamada acumulación de datos que avanza con rumbo impreciso, la psicología debería ejercer el rol de brújula que guíe la exploración.

6.4 Neurociencias y el Vínculo Materno

6.4.1 Bowlby y las Neurociencias

Allan Schore (2000) en *Attachment & Human Development* presenta el artículo *Attachment and the regulation of the right brain* donde señala a John Bowlby como un innovador en el desarrollo humano temprano y propone hacer una revisión del trabajo

original de apego con el objetivo de integrar el estado actual de la investigación y nuevos modelos clínicos a las bases psicológicas y biológicas de la teoría.

Schore (2000) sostiene que las recientes contribuciones de la neurociencia sustentan las afirmaciones de Bowlby de que el apego es un comportamiento instintivo con una función biológica, cuyos procesos emocionales se encuentran en la base de un modelo de comportamiento instintivo, comportamiento regulado por un sistema de control biológico en el cerebro impulsado afectivamente.

Con el avance de las neurociencias este sistema de control puede ahora ser identificado como el sistema orbitofrontal y sus conexiones corticales y subcorticales. Este sistema funciona como un regulador emocional y se expande en el hemisferio derecho, dominante en la primera infancia. (Schore, 2000).

Schore (2000) desde una perspectiva psiconeurobiológica, enfatizando el trabajo interdisciplinario, sugiere que las futuras investigaciones sobre el apego deben centrarse en los mecanismos psiconeurobiológicos que en edad temprana regulan los procesos adaptativos y desadaptativos. La próxima generación de estudios en el campo teórico de Bowlby podría trazar en detalle cómo los diferentes entornos sociales y experiencias de apego temprano diseñan una microtopografía única en un cerebro en desarrollo.

Basado en cómo la atención conjunta, la sincronía de la comunicación cara a cara y el ejercicio de la capacidad de atención temprana en la díada madre-hijo genera altos niveles de información social y cognitiva. Schore (2000) sostiene que estudios de apego pueden elucidar la etiología temprana de trastornos tales como funcionamiento deteriorado de los circuitos frontales derechos, trastornos de atención o hiperactividad o discapacidades de aprendizaje del hemisferio derecho.

Otra línea de investigación sería según Schore (2000) las diferencias de género en la regulación emocional infantil, citando estudios de Weinberg, Tronick, Cohn & Olson, (1999) que indican que la maduración cerebral en bebés niñas es significativamente más avanzada que en bebés niños. Investigaciones referidas al modo en que las diversas experiencias sociales interactúan con distintas tasas de crecimiento de las regiones femeninas y masculinas del cerebro, podrían dilucidar los orígenes de las diferencias de género que existen en el sistema límbico, que con el tiempo se expresan en las variaciones de procesamiento de la información social y emocional. Sobre los efectos maternos en la maduración temprana del cerebro. Sobre los efectos paternos, especialmente en el segundo y tercer año, en desarrollo psiconeurobiológico del niño y niña en lo que refiere especialmente a las capacidades de afrontamiento del estrés.

Para Schore (2000) es importante profundizar en la investigación sobre cómo es antes y después del nacimiento la maduración temprana de los circuitos del sistema límbico que organizan aquello que Bowlby denominó edificio bloques de experiencias de apego. Profundizar sobre cómo mecanismos de interacción entre genética y ambiente se suceden en sistemas cada vez más sofisticados de estructuras límbicas involucradas en el apego (la amígdala, la corteza cingulada anterior, la ínsula y la corteza orbitofrontal).

En relación a las experiencias de apego y al desarrollo de sistemas cerebrales para hacer frente a estrés relacional, según Schore (2000) los estudios futuros deben explorar la relación entre diferentes estilos adaptativos y desadaptativos de las diversas categorías de apego y cómo se asocian con los sistemas cerebrales de regulación del estrés, incluyendo los mecanismos de la transmisión intergeneracional.

Schore (2000) sostiene que el hemisferio derecho, posteriormente a la primera infancia vuelve a entrar en brotes de crecimiento conformando después de la

maduración un sistema interactivo con el hemisferio izquierdo. Ante estos hallazgos considera pertinente explorar la reorganización neurobiológica del sistema de apego de la infancia y su correlato en la edad adulta. Esta exploración psiconeurobiológica de la experiencia de maduración del hemisferio derecho podría dilucidar los mecanismos subyacentes que en ciertos patrones de apego pueden cambiar de inseguridad a seguridad. Hallazgos (citados en Schore, 2000) de Rolls, Hornak, Wade y McGrath (1994) sobre cómo el sistema orbitofrontal está involucrado en el aprendizaje relacionado con la emoción, y de Barbas (1995) acerca de cómo se conserva la plasticidad durante los períodos posteriores de la vida podrían ser el sustrato biológico del hecho cómo la psicoterapia centrada en la afectividad puede alterar los patrones de apego temprano.

Otro estudio funcional de imagen por resonancia magnética de Hariri, Bookheimer y Mazziotta, (citado en Schore 2000) proporciona evidencia de que regiones específicas de la corteza derecha prefrontal atenúan las respuestas emocionales a los niveles más básicos en el cerebro, tales procesos de modulación son el fundamento de la mayoría de los métodos psicoterapéuticos modernos. Esta red neocortical modulada por el sistema límbico es semejante al sistema orbitofrontal lateral derecho que regula la dinámica del apego. Para Schore (2000) el modelo de apego de la madre-infante como modelo psicobiológico de sintonía podría utilizarse para rastrear los orígenes de los procesos de empatía tanto durante el desarrollo como en la psicoterapia. Tales estudios deberían implementarse como base científica para crear programas de prevención temprana y metodologías de tratamiento.

6.4.2 Neurobiología del Vínculo de Apego

El amor es un complejo fenómeno neurobiológico apoyado en sentimientos como la confianza, la fe, el placer y la gratificación, que ocurre dentro del cerebro humano específicamente en las áreas límbicas. El amor, naturalmente gratificante o placentero es necesario para la supervivencia, por lo general rige los comportamientos biológicos beneficiosos como la alimentación, el sexo y la reproducción. El amor y el placer aseguran la supervivencia de los individuos y sus especies, sin embargo, el amor ha sido más considerado dominio de poetas y artistas que de las ciencias. (Esch & Stefano, 2005).

El apego, el compromiso, la intimidad, la pasión, el dolor por la separación, los celos son sólo algunos de los términos cargados emocionalmente utilizados para describir lo que el amor representa. Para la ciencia, el amor parece ser una hipotética y multi-dimensional construcción con diversas interpretaciones e implicancias, que comienza a ser foco de la investigación neurocientífica. (Esch & Stefano, 2005).

Zeki (2007) considera al amor romántico y maternal como experiencias altamente gratificantes, vinculadas a la perpetuación de la especie, por lo tanto con una función biológica de esencial importancia evolutiva. Asevera que las nuevas técnicas de imágenes del cerebro permitieron a los neurobiólogos aprender sobre las bases neurales del amor romántico y maternal, ambos tipos de afectos activan regiones específicas respectivas a cada uno, como regiones superpuestas en el sistema de recompensa del cerebro que coinciden con zonas con numerosos receptores de oxitocina y vasopresina.

Escolano Pérez (2013) afirma que a pesar de que una de las grandes necesidades primarias del ser humano es establecer vínculos afectivos percibidos como duraderos e incondicionales, la neurociencia del desarrollo afectivo presenta una menor expansión que la neurociencia del desarrollo cognitivo.

Michel Odent (2005) reflexionando sobre el amor y la ciencia menciona a Teilhard de Chardin, quien predijo a mediados del siglo pasado que algún día los seres humanos sacarían provecho de la energía del amor y que ese descubrimiento sería tan fundamental para la historia de la humanidad como el descubrimiento del fuego. Odent sostiene que esa “utopía” considerada a la luz de su época, en la actualidad se ha hecho realidad, la naturaleza del amor y su capacidad de desarrollo se convirtió en tema de estudio científico.

Para Odent (2005) las diferentes manifestaciones del amor, maternal, paternal, sexual, romántico, platónico, fraternal, amor al país, a objetos inanimados, la preocupación y la compasión tienen como prototipo al amor materno. El período perinatal es breve pero muy crítico y posee consecuencias a lo largo de toda la vida del ser humano relacionadas a la capacidad de amar. Afirma también que estos distintos modos de amar están integrados ya que las mismas hormonas y patrones de comportamiento están involucrados en una relación sexual, en el nacimiento y en el amamantamiento.

Escolano Pérez (2013) basado en diferentes estudios (Sameroff, 2010; Valencia Alonso et al. 2004; Oates et al. 2012) sostiene que el ser humano nace inmaduro y en los primeros años de vida su cerebro sufre cuantiosos y significativos cambios anatómicos y funcionales, producto de la interacción entre su genética y su entorno físico y social. En los primeros días de vida un bebé establece para su desarrollo humano una relación con su cuidador principal crítica, pues afecta su desarrollo afectivo, social y cognitivo a lo largo de toda su vida. El mismo autor basado en otros estudios (Paniatescu & Vladereanu, 2011; Kim et al. 2010) afirma que el cerebro de la madre sufre cambios durante la maternidad que la predisponen a responder adecuadamente a los estímulos provenientes del bebé y a brindarle cuidado y atención.

Estos cambios influyen en el cerebro infantil proporcionando las bases del desarrollo neurobiológico, socioafectivo y cognitivo del niño.

Escolano Pérez (2013) concluye que es necesario comprender los cambios cerebrales que acontecen en la madre durante la reproducción y la maternidad para entender el desarrollo infantil. Centra su trabajo de investigación en el relevamiento de los nuevos conocimientos científicos acerca del cerebro materno y sus modificaciones estructurales, funcionales y neuroendócrinas destinadas a garantizar el óptimo desarrollo de la descendencia.

López Moratalla (2008) asegura que la investigación neurocientífica sobre el vínculo de apego en la mujer gestante revela su importancia en dos ejes fundamentales, en la investigación de los soportes neuronales en la construcción de la vida emocional y la exploración de las relaciones entre el sistema límbico (ver figura **5.A y 5.B**) y los procesos cognitivos.

El comportamiento maternal se caracteriza por interacciones cognitivo-emocionales que tienen como sustrato anatómico el complejo amigdalino, punto de contacto entre cognición y emoción. (Giménez Amaya, 2009).

El complejo comportamiento cognitivo–emocional humano se basa en la integración de diferentes áreas del cerebro, no existe un área exclusivamente afectiva o exclusivamente cognitiva. La integración de conexiones tan diversas se debe, en parte a la estructura del cerebro humano en tres capas concéntricas (ver figura **5.C**), el núcleo denominado cerebro reptiliano que regula las funciones vegetativas e instintivas; la segunda capa o sistema límbico se despliega en ambos hemisferios cerebrales y la última, la corteza cerebral es la de mayor tamaño y complejidad en la especie humana. Estas interacciones se producen en zonas de gran conectividad, nudos que regulan el

flujo de información, en el vínculo de apego el centro neurálgico clave es el complejo amigdalino. (López Moratalla, 2008).

El vínculo afectivo, vínculo de apego entre la madre y el hijo forma parte de un proceso biológico natural. El cerebro de la madre se organiza y crea, orientado por las hormonas y factores del embarazo, el complejo y rico comportamiento materno. (López Moratalla, 2009).

6.4.3 El cerebro Materno

López Moratalla (2008) postula que durante el embarazo el cerebro de la mujer cambia estructural y funcionalmente de acuerdo a las consignas del feto, potenciándose este proceso en el parto y la lactancia. A este proceso neurobiológico natural producido por las hormonas durante la gestación se lo denomina cerebro materno.

En su informe científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo López Moratalla (2008) enumera las características del cerebro materno según el momento gestacional:

1er mes: En el momento que el embrión se implanta en el útero de la madre (día quince) comienzan los cambios hormonales en todo el cuerpo de la mujer, incluido cambios específicos a nivel cerebral.

2do al 4to mes: La progesterona aumenta en el cerebro de la mujer entre diez y cien veces, esta respuesta tiene como consecuencia una reducción en la respuesta emocional y física al estrés de la mujer.

Las señales provenientes del feto estimulan la producción de ciertos neurotransmisores que unidos a los receptores de diversas regiones cerebrales regulan su actividad específica. Estos neurotransmisores son la oxitocina también denominada

hormona de la confianza; la prolactina, hormona inductora de la producción de leche y la dopamina, reguladora de movimientos y sistemas de recompensa.

5to mes: A partir de que la madre comienza a registrar los movimientos del feto, estimula la secreción de oxitocina. Dicha hormona, determinante respecto a la plasticidad funcional y necesaria para generar el vínculo de apego, cuenta con receptores en todas las áreas conectadas al complejo amigdalino de la mujer, siendo estas conexiones un centro neurálgico clave para la integración cognitiva-emocional-vegetativa.

6to al 9no mes: Debido a la gran plasticidad el cerebro de la mujer reduce su tamaño en los últimos meses de gestación y lo recupera después del parto. Dicha reducción no es a expensas de la disminución o pérdida de neuronas sino en función de cambios producidos en el metabolismo celular necesarios para la reorganización de circuitos neuronales.

Parto: Debido al contacto cuerpo-cuerpo que se produce durante el parto, el cuerpo de la mujer libera la oxitocina almacenada durante el embarazo, situación que refuerza y favorece el vínculo de apego.

Lactancia: Al momento de la lactancia el contacto piel a piel de la madre y el bebé durante la succión produce la liberación de oxitocina reforzando el vínculo de apego.

Escolano Pérez (2013) clasifica los cambios que se producen en el cerebro materno como en:

Cambios estructurales: En base a datos obtenidos por resonancia magnética las investigaciones revelan que el período que transcurre entre la segunda semana y el cuarto mes posteriores al parto, coincidente con el período en que la relación materno-filial se desarrolla y profundiza, en diversas áreas el cerebro materno aumenta su

volumen. Dichas áreas descritas a continuación se relacionan con las conductas que lleva a cabo la madre para el cuidado y supervivencia de su hijo.

Área preóptica medial del hipotálamo → Promueve la motivación maternal, debido a su función en la discriminación olfatoria para reconocer al bebé.

Amígdala → Clave para el procesamiento emocional de señales sensoriales (llanto del bebé).

Córtex parietal → Interviene en el procesamiento de información somatosensoriales relacionada con el bebé (caricias).

Sustancia negra → Forma parte del sistema de recompensas, activado por los estímulos infantiles, reforzando la respuesta positiva de la madre.

Córtex prefrontal → Regulador de la conducta maternal en función de la integración de diferentes informaciones relativas al bebé.

El autor resume, que se desconoce aún el mecanismo en que se suceden estos cambios estructurales, si son producto de un aumento en el número de neuronas o la extensión dendrítica o algún otro mecanismo. A la luz de los resultados afirma que durante los primeros meses de la maternidad humana, las experiencias de la madre con el bebé se acompañan con cambios estructurales en las regiones cerebrales afectadas en el procesamiento de la información referida al bebé, la motivación y la conducta maternal.

Cambios funcionales: Utilizando la misma técnica de resonancia magnética funcional se realizaron estudios a madres destinados a evaluar la responsividad materna y sus correlatos neurofuncionales. Dichos estudios permiten captar la actividad cerebral que se desarrolla en la madre ante la presencia de estímulos visuales (caras) y auditivos (llanto).

La capacidad de la madre para reconocer el llanto de su bebé mejora desde el momento del parto y acompaña esa mejora una modificación en el circuito talámico-cingulado. Al presentar a la madre durante las primeras semanas posteriores al parto grabaciones del llanto de su hijo frente a otros estímulos auditivos, incluidos llantos de otros niños, se activan diversas áreas del circuito mencionado, en especial en la amígdala. Al volver a presentar las mismas grabaciones semanas después, se activa el mismo eje pero los patrones varían, se produce una menor activación en la amígdala y una mayor activación en el córtex prefrontal medial y el hipocampo. Estos cambios pueden explicarse debido a que en los primeros días de vida del bebé la madre responde al llanto mediante un estado de alarma, cierto grado de arousal, que actúa como movilizador hacia su hijo y es la amígdala (estructura filogenético y ontogénica anterior, relacionada a conductas más primarias como la detección de estímulos emocionalmente relevantes y negativos) la que se activa de manera sustancial para provocar la respuesta. Sin embargo, al repetir la prueba semanas después (doce a dieciséis) cuando la madre luego de un proceso de aprendizaje puede comprender al llanto de su bebé como una respuesta de carácter social y afectivo más que de alarma, las áreas que se activan son el hipocampo (estructura implicada en la memoria y el aprendizaje) y el córtex (estructura filogenética y ontogénica más reciente, especializada en el procesamiento de estímulos y conductas sociales más complejas).

Diversos estudios sirviéndose de la misma técnica de resonancia magnética, se realizaron a madres mediante la presentación de estímulos visuales, caras adultas e infantiles. Dichos estudios revelaron que si bien existen áreas de activación comunes para ambos estímulos, el procesamiento de caras infantiles se acompaña de un mayor número de áreas de activación, especialmente el córtex prefrontal orbital. Otros estudios demostraron que cuando las imágenes infantiles corresponden a sus hijos aumenta la activación en el córtex prefrontal orbital, siendo todavía mayor cuando las caras expresan alegría. Estos resultados relacionados a otras investigaciones que evidencian que el córtex prefrontal orbital está implicado en el procesamiento de estímulos de recompensa y aprendizaje por recompensa, podrían sugerir que estímulos familiares relativos a expresiones de alegría y felicidad actuarían reforzando la respuesta positiva de la madre, potenciando el vínculo materno-filial.

Cambios neuroendócrinos: El embarazo y el parto producen múltiples y complejos cambios neuroendócrinos dificultando determinar el papel que ejerce cada uno. La hormona oxitocina forma parte de los cambios cerebrales relacionados al comportamiento maternal, produciendo efectos a corto y largo plazo. Los niveles de oxitocina aumentan durante el parto produciendo sensación de euforia, aumento del umbral de dolor, incremento de la sensación de cariño con el bebé y disminución de la sensación de estrés, al reducir los valores de cortisol (hormona del estrés). Según estudios realizados las madres que dan a luz mediante cesárea y no por parto natural, manifiestan diferencias conductuales y de activación cerebral.

Algunos estudios en animales demostraron la plasticidad del hipocampo durante la gestación. Pawluski & Galea (2006) observaron en estudios con ratas cambios morfológicos en las ramificaciones dendríticas de las neuronas en el área del hipocampo

a causa de la gestación. El hipocampo está implicado en los procesos de memoria y aprendizaje.

Escolano Pérez (2013) sostiene basado en diversos estudios con animales que el amamantamiento afecta la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) en la cría. Estos estudios parecen indicar que cuestiones como el contacto físico serían la clave del descenso de la actividad en dicho eje.

Otros estudios realizados con roedores, demuestran que cuando la cría es separada de su madre aumenta la actividad del eje HPA. Sin embargo en aquellos otros que aun siendo separados de sus madres recibían por diferentes procedimientos estimulación física artificial, la reactivación del eje HPA era menor que en los primeros (Escolano Pérez, 2013).

6.4.4 Efectos transgeneracionales del Vínculo Materno

En el bebé se produce después del parto, entre el día tres y el día doce, una hipoactivación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), crucial para la valoración de estímulos estresantes, respuesta psicobiológica, interpretación de claves sociales y regulación emocional. La infancia temprana es un período crítico para la reactividad del eje HPA y está directamente relacionada a los cuidados maternos. Otros estudios han comprobado que una prolongada exposición en la infancia a hormonas relacionadas al estrés, como un aumento de cortisol, pueden provocar cambios neuroendócrinos importantes en los niveles de dopamina y oxitocina, como así también alteraciones anatómicas y funcionales en el córtex orbitofrontal, el cuerpo calloso, amígdala, hipocampo e inhibición de la neurogénesis y de la mielinización. Estos cambios producidos en la infancia pueden perdurar y afectar la vida adulta acompañándose de patrones afectivos, cognitivos y conductuales. Podría afirmarse que la capacidad

regulatoria del cuidador influiría a largo plazo en la reactividad del sistema infantil que responde al estrés (Escolano Pérez, 2013).

Los cambios que se producen en el cerebro de la madre durante la gestación la predisponen hacia el cuidado y la comunicación con su hijo. Estas experiencias maternofiliales revisten tal importancia que pueden constituir un efecto transgeneracional. (Escolano Pérez, 2013).

Investigaciones como las de Pawluski & Galea (2005) corroboran que el área del hipocampo de la madre, un área no asociada tradicionalmente con la maternidad sino relacionada particularmente al aprendizaje y la memoria, se ve afectada durante la gestación. Estos hallazgos apuntan al efecto que produce la experiencia reproductiva en la plasticidad del hipocampo también en la descendencia.

Champagne & Curley (2007) sostienen que las consecuencias a largo plazo de experiencias ambientales tempranas de desarrollo se han explorado ampliamente en modelos animales para comprender mejor los riesgos psicopatológicos que atraviesan los individuos expuestos a la adversidad en la niñez. Estos modelos de investigación tienen como característica común la interrupción de la relación madre-hijo y se asocian con alteraciones en la capacidad de respuesta de estrés y la conducta materna en los hijos adultos. Evidencia reciente da cuenta de que estos efectos a largo plazo pueden ser mediados por la modificación epigenética de las regiones promotoras de los genes del receptor de esteroides, causando efectos sobre la expresión genética y generando así diferenciación fenotípica en la descendencia. Los autores evidencian las implicancias que estos efectos epigenéticos revisten para la salud mental humana.

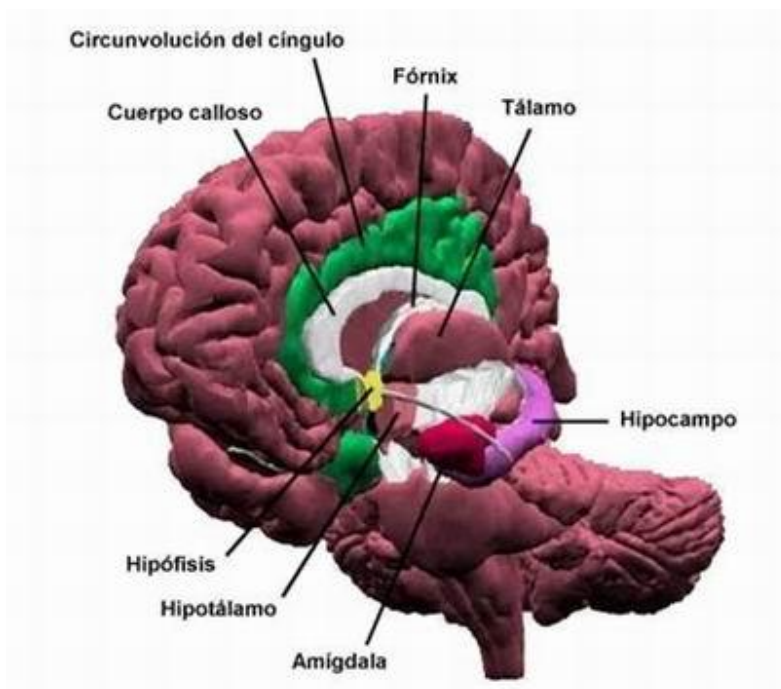
En una publicación reciente sobre el estrés materno durante el embarazo Anna Humphreys (2015), analiza investigaciones que indican que los altos niveles de estrés materno prenatal pueden tener impactos negativos sobre la descendencia.

La revisión de Humphreys (2015) examina la literatura actual sobre los efectos estructurales y fisiológicos del estrés gestacional en el cerebro del feto. Enfoques específicos que incluyen la estructura y la función del eje HPA evidencian cómo éste se ve afectado por altos niveles de estrés materno, generando la producción de glucocorticoides como el cortisol que atraviesan la barrera placentaria, alterando la formación del cerebro del feto y sus sinapsis. La autora concluye que es necesario explorar maneras de reducir el estrés de la madre antes y después del parto mediante el mejoramiento de los sistemas de salud que comprendan la preconcepción, la atención prenatal y atención materno-infantil.

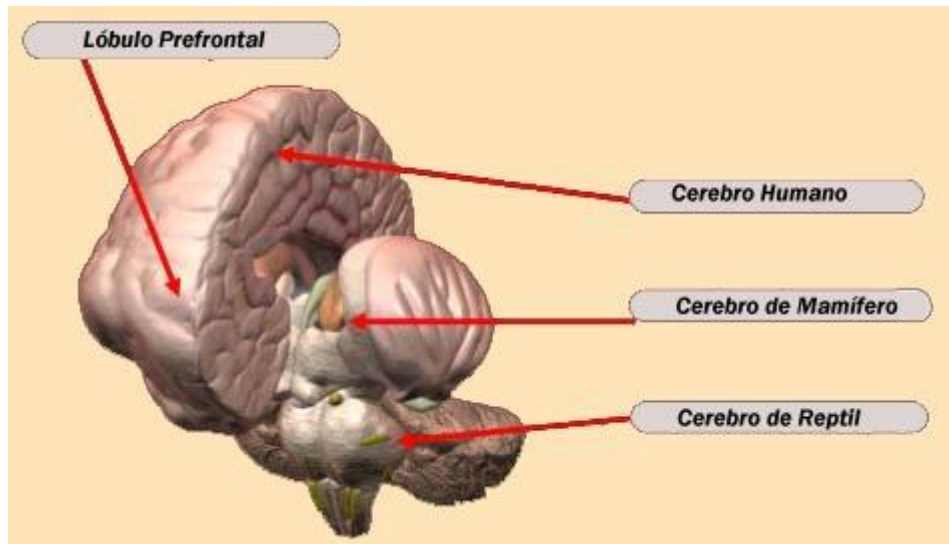
Según Escolano Pérez (2013) los cuidados maternos recibidos durante la primera infancia se asocian con cambios funcionales y estructurales en las regiones cerebrales implicadas en dar respuestas adecuadas a los estímulos infantiles cuando se es madre en edad adulta. Aquellas regiones cerebrales que durante la infancia participan en el procesamiento de los cuidados recibidos pueden estar implicadas en la habilidad materna para percibir, comprender y dar respuesta a las necesidades físicas y psicológicas del bebé al momento de ser madre. “Se produce así un efecto transgeneracional que evidencia la relevancia de las primeras interacciones madre-bebé ya no sólo para la supervivencia del individuo, sino de la especie en su conjunto.” (p.105).



5.A Fuente: Sistema Nervioso. Psicología. Recuperado de <http://sistemanervioso-psicologiaii.blogspot.com.ar/2012/05/o-sistema-limbico-o-o-el-sistema.html>



5.B Fuente: Sistema Nervioso. Psicología. Recuperado de <http://sistemanervioso-psicologiaii.blogspot.com.ar/2012/05/o-sistema-limbico-o-o-el-sistema.html>



5.C Fuente: Cerebro Humano. Recuperado de <https://sites.google.com/site/cerebrohumanoycalculoracional/algunos-nombres/paul-maclean-cerebrotriuno>

CAPÍTULO 7

Investigación Empírica

CAPÍTULO 7

Investigación Empírica

7.1 Metodología

El presente estudio es una investigación cualitativa de carácter exploratorio descriptivo dentro del área de la Psicología Perinatal.

Según Hernández Sampieri, Fernández Collazo y Baptista Lucio (2006) plantear el problema de investigación desde la óptica cualitativa deviene en acciones para entrar cada vez más en el problema, no busca precisarlo ni acotarlo sino expandirlo enfocándose en conceptos relevantes fundamentados en la intuición y la experiencia.

Para Sautu (2003) los estudios cualitativos son “aquellos en los cuales se intenta describir o explicar un proceso, donde la generación, emergencia y cambios sean aspectos centrales para la comprensión del tema a investigar.” (p. 56).

Maxwell (1996) sostiene que una investigación cualitativa presenta diferentes componentes: propósitos, preguntas de investigación, contexto conceptual, métodos y validez, los cuales conforman una totalidad integrada e interactuante puede ser modificado en función de cambios en el diseño de uno de ellos o la obtención de nuevos resultados.

El desafío intrínseco que implica interrelacionar las dos teorías basales de esta investigación (Análisis Transaccional y Teoría del Apego) conlleva la necesidad de posicionarse desde una investigación de tipo cualitativa, al menos como primer acercamiento. A fin de no restringir y limitar *a priori* las potencialidades que emerjan de la interacción en campo con las entrevistadas de la muestra, el propósito es mantener la cautela necesaria y suficiente para lograr abrir el planteo de nuevos conceptos y

relaciones rebasando la meta de mera recolección de datos, que para etapas posteriores podría resultar fértil.

La elección de esta metodología de investigación, al igual que el tipo de estudio, se fundamenta en el estado actual del conocimiento científico que presenta la temática desde el marco teórico elegido y respecto a la especificidad del problema de investigación.

En relación a lo anterior Hernández Sampieri (2006) afirma que los planteamientos cualitativos no están direccionados en su inicio, son abiertos, expansivos y flexibles.

Como es de suponer esta investigación prevé modificaciones y virajes entre los diferentes componentes, es más, es un requisito para su validez. Y es justamente esta lógica y este proceso interactivo de la investigación cualitativa lo que fundamenta su elección.

7.2 Método

En función de la necesidad de integración de las distintas instancias que conlleva la metodología cualitativa y a razón de la justificación antes mencionada, se considera coherente y atinada la elección de métodos; puntualmente la entrevista semiestructurada y realizada en profundidad se encuentra en línea con lo precedente al igual que la técnica observación participante.

Para Hernández Sampieri (2006) la observación y la entrevista se constituyen como principales métodos del análisis cualitativo. Y en un estudio de estas características el simple hecho de observar al ingresar al campo implica en sí recabar y analizar datos de la realidad abordada.

En esta investigación se recurrió a la observación participante como método de recolección de datos para comprender y ajustar la investigación al contexto,

instrumentar el proceso de elaboración de entrevistas, la instancia de realización de entrevistas y en la etapa de cierre en la institución sanitaria ulterior a la entrevista. Es decir, a lo largo de toda la investigación el método de observación participante se constituyó en una herramienta clave para recabar datos pero también para analizarlos y como un punto de apoyo fundamental en el proceso de entrevistas. Es precisamente durante las mismas donde fue necesario intensificar la observación atendiendo a los sujetos principales involucrados, entrevistado y entrevistador y al contexto que los atraviesa. Parafraseando a Hernández Sampieri (2006) el instrumento de recolección de datos en el proceso cualitativo es el mismo investigador, quien se constituye como fuente de datos. “Su reto mayor consiste en introducirse al ambiente y mimetizarse con éste, pero también en lograr capturar lo que las unidades de análisis o casos expresan y adquirir un profundo sentido de entendimiento del fenómeno estudiado” (p. 583).

Para Ruíz Olabuena & Ispizúa, (1989) la entrevista es una de las principales técnicas de investigación cualitativa que le imprime un sello particular a cada una de las fases de trabajo, la definición del problema, el diseño del trabajo, la recogida de datos y su análisis.

La entrevista semiestructurada planteada para la realización de la investigación estuvo dirigida a identificar las conductas de apego que manifiestan las madres durante el embarazo.

7.2.1 Momento de la entrevista

La realización de las entrevistas a las madres entre las veinticuatro y cuarenta y ocho horas posteriores al parto ha sido un hecho que responde al concepto clave en la presente investigación. Al desarrollar el problema de investigación ese momento del pasaje mencionado en el capítulo 2, dejar de lado la representación de ser protegido para

lograr la de ser protector (George & Solomon, 1999), motivó la realización de un proyecto de investigación que contara con la viabilidad necesaria para entrevistar a las madres en una institución sanitaria durante las horas inmediatamente posteriores al parto.

Retomando el concepto de Ruíz Olabuena & Ispizúa (1989) el momento de la entrevista imprimió un sello particular a cada una de las fases de trabajo, sobre todo al diseño del mismo. Entrevistar a las madres en una institución sanitaria en las horas posteriores al parto requirió el desarrollo de estrategias y procedimientos que tuvieran en cuenta las normas y rutinas de la institución y sobre todo la situación particular en que se encuentra una mujer en tal circunstancia. El entrevistador debe, de acuerdo a las sugerencias de Sampieri (2006) intentar construir formas inclusivas con los entrevistados, ser respetuoso, sensible y abierto, recordar que cada individuo representa una realidad única.

7.2.2 Construcción del instrumento

Previo a la definición de las características que tomaría la entrevista en esta investigación se realizaron entrevistas de otro tipo, más estructuradas a modo de prueba. Éstas se basaron en el Protocolo de la Entrevista sobre Apego de George, Kaplan y Main (Casullo, 2005), la puesta en práctica de estas entrevistas estructuradas aportó a la definición del problema de investigación y a la construcción de un instrumento en relación al mismo.

La observación por parte del investigador de las conductas del entrevistado y de sus propias conductas, el hecho de permanecer sensible y abierto provocó la desestimación de un instrumento estructurado y/o extenso. Este formato de instrumento generó en el entrevistado respuestas breves y poco desarrolladas y cierta resistencia a responder.

Indagar en la historia de apego infantil del entrevistado, pasar de una pregunta a otra sin considerar aquello que el entrevistado quería narrar limitaba la dinámica de la entrevista y coartaba su potencialidad, evitaba la intimidad para desarrollar una atmósfera propicia para que el entrevistado se explayara.

Durante esta etapa de prueba al del formato de entrevista estructurada le siguió el diseño de un modelo de entrevista que sólo contara con ideas guías, preguntas abiertas, respetando los tiempos y temas que planteaba el entrevistado. Esta experiencia reflejó cambios conductuales en ambos participantes, se recabó mayor información y la dinámica de la entrevista dio lugar al surgimiento de emociones relacionadas al nivel de intimidad alcanzado.

A partir de los resultados de esta práctica se planificó una entrevista con preguntas guía que respetara el estilo propio del entrevistador y permitiera una dinámica más fluida y flexible, tendiente a “adquirir un profundo sentido de entendimiento” (Sampieri, 2006 p. 583). El mismo autor define la recolección de datos en la investigación cualitativa como un proceso de ajuste que se conforma entre la recolección de datos y su análisis en función al planteamiento del problema (Sampieri, 2006). Este proceso de ajuste del modelo de entrevista se focalizó en el diseño de un modelo de entrevista adaptando cada uno de sus aspectos (redacción, duración, lenguaje y secuencia) al marco de referencia de las entrevistadas, al contexto de la entrevista y al problema de investigación.

7.2.3 Guía de entrevista:

Las características generales de la entrevista conciben con la relevancia y concepción de la interpretación que en palabras de Rockwell (1987):

...es la comprensión del significado de las acciones. La interpretación de “lo que se dijo” es una operación fundamental y continua en el proceso etnográfico. La comprensión de “lo dicho” requiere bastante más que un supuesto conocimiento del idioma utilizado; involucra no solamente el léxico local, ya en sí un reto a la comprensión, sino también los aspectos semánticos y pragmáticos de las expresiones lingüísticas. Es decir, es necesario no solamente comprender el significado de las palabras o expresiones enunciadas, sino también el sentido en que se dicen (por qué se dicen en ese momento, entre esas personas) y la fuerza que tienen (qué efecto tienen en quienes escuchan). Toda interpretación requiere también inferir el significado de enunciados indirectos en la interacción. (p. 27).

Con el objetivo de diseñar una guía clara y dinámica se delinearon distintas subfases de la entrevista, a saber: Apertura, entrevista y cierre

- Entrevistar cara a cara,
- Registrar la no verbalidad focalizando en tonos, gestos, ademanes, voces y silencios y la expresión de emociones.
- Recuperar el modo discursivo o lenguaje propio del entrevistado.
- Recordar al entrevistado el carácter voluntario de la entrevista y la posibilidad de interrumpirla en cualquier momento. Expresiones frecuentes: “si en algún momento la querés parar, porque sí, vos podés hacerlo, porque vos sos la dueña de la entrevista” (Fragmento de entrevista).

Subfase I: Apertura de la entrevista

Dar comienzo a la entrevista con preguntas en tono coloquial sobre el nombre del hijo/a recién nacido, y el parto. Expresiones frecuentes: “¿Cómo se llama tu bebe? ¿Cuándo fue el parto? ¿Es el primero?” (Fragmento de entrevista).

Subfase II: Entrevista

En función de las respuestas de la entrevistada, respetar sus tiempos y los temas que van surgiendo en su discurso, orientar la entrevista en relación a los contenidos teóricos más directamente vinculados con el problema de investigación y los objetivos generales y específicos. Expresiones frecuentes: “¿cómo viviste el embarazo?, ¿qué sentías durante el embarazo?, ¿tuviste necesidad de estar acompañada, más de que cuando no estabas embarazada? en caso de haberlos, ¿cómo fueron los embarazos anteriores?, ¿quién te acompañó en cada uno de ellos? ¿qué hacías para estar acompañada?, ¿con quién te sentías protegida?, ¿cómo te enteraste del embarazo?, ¿con quién lo compartiste?, ¿cómo fue ese momento?” (Fragmento de entrevista).

Sugerir a la entrevistada agregar o destacar alguna cuestión sobre el embarazo y otros temas abordados a lo largo la entrevista.

Subfase III: Cierre de la entrevista

Para cerrar dar lugar a la devolución de la entrevistada acerca de su experiencia en la entrevista. Expresiones frecuentes: “¿cómo te sentiste durante la entrevista?, ¿algo te molestó o te incomodó?, ¿te agradó conversar sobre estos temas?”(Fragmento de entrevista).

7.3 Muestra

La población entrevistada está constituida por madres que dieron a luz a sus hijos/as a término (38 semanas gestacionales) en el Hospital Municipal Nuestra Señora de Luján en los meses de octubre y noviembre de 2011, entrevistadas entre las 24 hs. y 48 hs. posteriores al parto. No participaron de la muestra las madres

cuyos embarazos fueron de alto riesgo, tuvieron complicaciones en el parto o cuyos bebés presentaban un Apgar (Prueba para evaluar a un recién nacido, se otorga entre 0 a 2 puntos 5 factores: aspecto -color de piel-, pulso -frecuencia cardíaca-, irritabilidad -respuesta refleja-, actividad y tono muscular, respiración -ritmo y esfuerzo respiratorio-) menor a 8 o un peso menor a 2,500 kg. , por considerar que estas variables podrían afectar significativamente el estado emocional de las madres y en consecuencia el riesgo de obtener respuestas que distorsionen los resultados respecto a la temática que se intenta abordar.

7.3.1 Tipo de Muestra

La muestra fue seleccionada en forma aleatoria. Según Marradi, Archenti y Piovani (2007), “una muestra se dice aleatoria cuando todos los miembros de la población de la que se extrae tienen la misma probabilidad de ser extraídos y entrar en la muestra” (p. 89). En esta investigación los criterios de selección descriptos en el punto anterior precedieron al muestreo de tal manera que todos los miembros de la población convocados a participar lo hicieran en forma voluntaria.

7.3.2 Contexto

7.3.2.1 La Ciudad

Luján es una ciudad de la provincia de Buenos Aires, ubicada a 68 kilómetros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la que se puede acceder por una autopista y una línea ferroviaria, una de las ciudades más importantes de los alrededores del Gran Buenos Aires, en ella está ubicada la Catedral de Luján,

dedicada a Nuestra Señora de Luján, la patrona de la Argentina, por este motivo, es también considerada Santuario Nacional de Argentina. Su origen se remonta al año 1685 cuando en el lugar se levanta una pequeña capilla, es la cabecera del partido homónimo donde están establecidas industrias alimenticias y manufactureras, al tiempo que en sus áreas rurales se verifica una gran actividad agropecuaria. (Luján, Argentina, 2011).

El partido cuenta con 106.899 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC 2010), ese registro arrojó que el porcentaje de analfabetismo es superior a los números que muestran los distritos vecinos, que apenas el 39 por ciento de los hogares cuenta con cloacas y la mitad con agua corriente, que el déficit habitacional severo no sufrió variaciones significativas en tanto se mantiene la cantidad de ranchos y casillas.

Atento al marco socio ambiental del partido de Luján el público objetivo del Hospital se encuentra dentro del sector social que no cuenta con cobertura de medicina prepaga o que al desenvolverse en los sectores informales de la economía no es beneficiario de las prestaciones de las obras sociales de las asociaciones gremiales de trabajadores. (M. Latorraca, comunicación personal, 14 de junio de 2011).

7.3.2.2 El Hospital

El Hospital Municipal Nuestra Señora de Luján fue fundado el día 8 de Septiembre de 1890 por la Sociedad Hermanas de los Pobres, siendo subvencionado por la provincia de Buenos Aires hasta la vigencia de la Ley 9347 cuando a través del acta de transferencia suscripta por el Ministerio de Salud y el

Intendente Municipal de Luján fue transferido a jurisdicción municipal el día 01 de enero de 1981. (Luján, Argentina, 2011).

El Hospital es el único establecimiento público de salud del partido de Luján y cubre las necesidades básicas en salud de su población. Debido a su ubicación geográfica y a su condición de Zona Turística (gran cantidad de peregrinos y turistas de todo el país y el mundo suelen visitar a la Virgen de Luján en la Basílica Nacional Nuestra Señora de Luján), se convierte en un importante centro de salud. (Luján, Argentina, 2011).

El Hospital depende de la Municipalidad de Luján y pertenece a Zona Sanitaria VII B. Está a cargo de un Director Médico y un Director Asistente, cuenta con un plantel básico de 258 empleados: profesionales médicos, enfermeros, técnicos, personal administrativo y personal de servicio. (Latorraca, 2011).

El Hospital tiene 105 camas disponibles distribuidas en 6 sectores de internación, Cirugía General (24 Camas), Clínica General (32 Camas), Tocoginecología (17 Camas), Pediatría (21 Camas), Neonatología (9 Camas) y Servicio de Emergencia (2 Camas), cada uno de estos sectores está a cargo de un Jefe Médico, asimismo cuenta con Consultorios Externos para atención de pacientes ambulatorios. También presta servicios de diagnóstico y tratamiento de Fisiología, Diagnóstico por Imágenes, Electrodiagnóstico, Anatomía Patológica y Laboratorio. (Latorraca, 2011).

El área de Estadística del Hospital está a cargo de un Jefe de División que depende directamente del Director Médico del Hospital y las Oficinas que lo componen son: Oficina Central, Oficina de inscripción de pacientes a Consultorios Externos, Archivo de Historias Clínicas, Secretaría de Salas y Servicios donde se elaboran las estadísticas básicas correspondientes a todos los

sectores para luego ser procesadas y enviadas al Nivel Central (Región Sanitaria) correspondiente. (Latorraca, 2011).

7.3.2.3 El Área

El Servicio de obstetricia del hospital está compuesto por dos áreas, una de Consultorios Externos y otra integrada con Neonatología, que es el área de Maternidad, lugar donde se realizó la investigación. El Servicio atiende un promedio de 90 partos al mes y está compuesto por profesionales de las especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y enfermería.

El área de Maternidad cuenta con 17 camas repartidas en 9 habitaciones, esta distribución implicó que las entrevistas se realizaran en presencia de otra paciente internada además de la paciente entrevistada.

Las normas de la institución disponen de un horario de visita de 3 horas de duración, entre las 17 hs. y 20 hs., fuera de ese horario las pacientes se encuentran a solas con su bebé, la presencia del padre está autorizada solo en el horario de visita, con excepción de las madres recientes menores de edad a quienes se les permite permanecer en compañía de una persona de mayor de edad y de sexo femenino. (Latorraca, 2011).

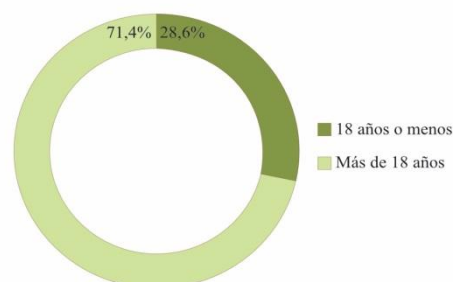
7.3.3 Diagnóstico

El total de la muestra fue de 28 sujetos: madres que dieron a luz a sus hijos/as a término en el Hospital Municipal Nuestra Señora de Luján en los meses de octubre y noviembre de 2011, entre las 24 hs. y 48 hs. posteriores al parto (con las excepciones antes descriptas).

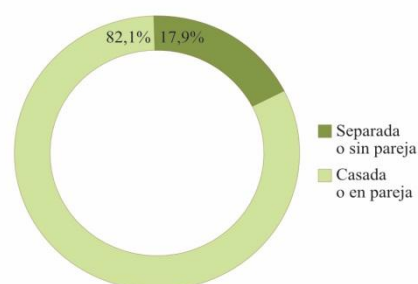
Muestra Total

Caso	Edad	Gesta	Semanas de Gestación	Tipo de Parto	Peso al nacer (Kg)	Apgar	Situación vincular	Acompañamiento durante el parto	Embarazo planificado (si - no)
1	32	2	40	cesárea	4,16	9-10	casada	marido	no
2	19	2	40	cesárea	2,96	9-10	casada	marido	no
3	22	3	38	natural	2,77	9-10	en pareja (conviven con los padres)	pareja	no
4	23	5	41	natural	3,55	9-10	casada	-	no
5	19	1	39	cesárea	4,26	9-10	casada	marido	si (había perdido 2 antes)
6	28	2	40	cesárea	3,28	9-10	en pareja	pareja	no
7	25	1	39	natural	3,39	9-10	en pareja	pareja	no
8	14	1	40	cesárea	3,28	9-10	en pareja (conviven con la madre)	pareja	no
9	30	4	38	natural	3,22	9-10	en pareja	pareja	si
10	31	1	40	cesárea	3,16	9-10	sin pareja	-	si
11	23	1	41	natural	3	8-10	en pareja	-	no
12	16	1	41	cesárea	4,03	9-10	en pareja	pareja	no
13	21	2	39	natural	3	9-10	casada	marido	no
14	18	1	39	cesárea	3,02	9-10	separada (convive con la madre)	-	no
15	18	1	39	cesárea	3,63	9-10	en pareja	pareja	si (tratamiento)
16	22	2	39	natural	3,4	9-10	separada	-	no
17	27	2	38	cesárea	2,88	9-10	separada	-	no
18	14	1	41	cesárea	3,38	9-10	casada	marido	no
19	19	1	39	natural	2,59	9-10	en pareja	pareja	si
20	15	1	39	natural	3,13	8-10	sin pareja (convive con los padres)	-	no
21	19	2	39	natural	3,18	9-10	en pareja	pareja	no
22	21	1	39	cesárea	3,74	9-10	en pareja (convive con los padres)	pareja	si
23	16	1	38	cesaréa	2,87	9-10	casada (convive con los suegros)	-	si
24	28	1	38	natural	3,35	9-10	en pareja (convive con la madre)	pareja	si
25	25	1	40	natural	2,82	9-10	en pareja	pareja	no
26	18	1	40	natural	3,12	9-10	en pareja	pareja	no
27	32	3	38	natural	2,531	9-10	casada	marido	no
28	35	3	42	cesárea	3,65	9-10	casada	marido	si

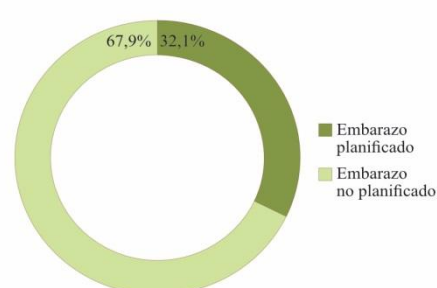
Muestra según edad



Muestra según situación vincular



Muestra según planificación de embarazo



7.3.4 Procedimiento

En lo que se denomina entrada al campo para llevar adelante esta investigación se presentó el proyecto ante las autoridades del Hospital Municipal Nuestra Señora de Luján, manteniendo reuniones con sus directivos a efectos de obtener la autorización correspondiente.

Como paso siguiente fue menester contactar a los responsables de las áreas de Neonatología y Obstetricia y al personal de enfermería para relevar los esquemas de funcionamiento de esas áreas a los fines de planificar en forma conjunta la articulación y las modalidades a las que debería adaptarse la investigación. Se diseñó un proceso de investigación empírica que se extendería por tres meses y abarcaría dos etapas: una etapa de reconocimiento y adaptación en el primer mes y otra focalizada en la realización de las entrevistas que transcurriría en los meses subsiguientes. Finalmente con las variantes que se suscitan a partir del trabajo en el campo se definieron tres etapas: una primera etapa de reconocimiento y adaptación durante el mes de septiembre de 2011, otra que incluyó como cuestión prioritaria la realización de las entrevistas a las madres en octubre y noviembre del mismo año y una última y nueva etapa, de cierre del trabajo con la institución sanitaria que transcurrió entre diciembre del 2011 y enero del 2012.

Etapa I: Reconocimiento y adaptación

La primera etapa de la investigación consistió en el reconocimiento de las normas y las rutinas de trabajo del Área de Maternidad. Según lo descrito por Marradi, Archenti, y Piovani (2007) “en el ámbito de la ciencia, la observación, por definición, es el modo de establecer algún tipo de contacto con el objeto/sujeto/situación de interés a los fines de su descripción, explicación, comprensión” (p.191). En sí la observación, aunque no exclusiva de esta etapa, se constituyó en la herramienta metodológica por excelencia válida para esta etapa.

Los mismos autores refieren a la observación participante como un involucramiento del investigador por un período prolongado de tiempo con el propósito de observar a

los miembros en su vida cotidiana y afirma que su participación en actividades habituales facilita la comprensión de los mismos. (Marradi et al. 2007).

A partir de la observación de las rutinas diarias de los integrantes del hospital y la participación del investigador en reuniones de equipo e interdisciplinarias se acordó la modalidad de trabajo para realizar las entrevistas y se convino con la Jefa de Enfermería una rutina diaria:

- Se revisarían con la enfermera las historias clínicas de las madres que dieran a luz y se realizaría la selección de acuerdo al muestreo.
- La enfermera solicitaría la autorización por escrito de la paciente (ver Anexo) para luego presentarla al investigador.
- En los casos en que los sujetos lo aceptaran, el investigador haría la presentación del proyecto con sus objetivos y convocaría a participar a los sujetos entregándoles la autorización correspondiente.
- Al día siguiente se realizarían las entrevistas a aquellas madres que entregaran la autorización firmada a la enfermera.

Esta primera etapa de observación participante fue definiendo un marco de colaboración con los profesionales del Área de Maternidad y el personal del Servicio que permitió establecer un contexto de trabajo accesible y propositivo que permitió al investigador integrarse a las rutinas del hospital y facilitó el acercamiento a las madres.

Etapa II: Entrevistas

En los meses de octubre y noviembre el trabajo empírico consistió en la realización de entrevistas a las madres. Cabe destacar, que esta etapa se cumplió dentro de los marcos establecidos y en los plazos previstos.

En base a la información relevada en la etapa de reconocimiento y adaptación se definió que la opción más apropiada era concretar las entrevistas durante los momentos de mayor tranquilidad para las entrevistadas respecto a la dinámica de la institución, a saber, las primeras horas de la mañana, con posterioridad a las visitas de los médicos a las salas y antes del almuerzo o excepcionalmente después del mismo.

Como regla antes de comenzar la entrevista se consultaba nuevamente a las madres si mantenían su decisión de ser entrevistadas y si estaban en condiciones de hacerlo en ese momento. Asimismo se les explicaba que durante toda la entrevista tendrían la opción de interrumpirla o suspenderla si así lo desearan, atendiendo a que la participación en la investigación era totalmente voluntaria.

Como resultado de esta etapa se formalizaron treinta entrevistas, veintiocho de las cuales conformaron la muestra a analizarse, toda vez que fue preciso excluir a dos de ellas por no cumplir en ese momento con las condiciones preestablecidas.

Etapa III: Cierre con la Institución Sanitaria

Esta etapa se desarrolló en los meses de diciembre del 2011 y enero del 2012. La misma consistió en la participación del investigador en diferentes actividades desde un rol de colaborador activo del Servicio. Las actividades podrían subdividirse en tres: participación en reunión del equipo de neonatología con el objetivo de fomentar la presencia de las madres y los padres en el servicio, el dictado de un taller sobre vínculo de apego para el personal de maternidad y el servicio de voluntarias y a modo de cierre una devolución a los directivos de la institución de las experiencias transitadas por el investigador durante el trabajo de campo.

Si bien esta etapa no se planteó desde el comienzo del trabajo de campo, constituyó una etapa fundamental para la investigación, contribuyendo al logro de sus objetivos y

en particular aportando a la comprensión del nuevo paradigma en la atención perinatal descrito en capítulos precedentes. La participación del investigador en las prácticas y actividades cotidianas de los sujetos permitió estar “dentro” de este paradigma, formar parte de él, atender a su problemática compleja, parafraseando a Marradi et al. (2007) tener un acceso privilegiado a su mundo y sus significados, una alternativa de investigación centrada en el acceso interpretativo al mundo social. Y es desde ese lugar de comprensión donde ésta se sustenta.

7.4 Estar en el campo

A modo de cierre del capítulo que aboga en la cuestión de la investigación empírica y dejando al margen en este capítulo todo proceso reflexivo sería valioso recapitular en forma descriptiva la preponderancia que tuvo para la investigación entrar al campo.

Tal como fue planteado en el capítulo 2, el primer acercamiento al trabajo de campo, implicó un profundo conocimiento de los escenarios que habrían de transitarse, sus actores y su funcionamiento. Este estar en contacto, el hecho de compartir rutinas con los integrantes del área de maternidad, parafraseando a Ruíz Olabuena & Ispizúa (1989) este “sumergirse” o estar en la médula del problema de investigación permitió su definición y el planteo de sus objetivos.

Más avanzada la entrada al campo con las primeras entrevistas, el cruce entre los datos recabados y su análisis en función del problema de investigación, determinó la elaboración del modelo de entrevista diseñado y aplicado a la presente investigación.

Durante la etapa III del trabajo de campo las actividades en las que intervino el investigador, su participación en reuniones del equipo de neonatología con el objetivo de impulsar la presencia de las madres y los padres en el servicio, el dictado un taller sobre vínculo de apego para el personal de maternidad y el servicio de voluntarias, la

devolución a los directivos del Hospital de las experiencias transitadas durante el trabajo de campo, significaron un aporte al paradigma atencional anticipando el propósito de la investigación respecto a su relevancia social.

Las modificaciones realizadas en la investigación a partir del estar en el campo devinieron del profundo análisis que implicó interactuar en él, eje central de la metodología cualitativa. Elsie Rockwell (1987) formula al respecto al referirse al proceso de análisis etnográfico

Los registros de campo sólo son útiles en el proceso de construcción de conocimientos si se integran en un sistemático análisis cualitativo, etnográfico. En nuestra experiencia el análisis etnográfico es un trabajo específico que conduce a la construcción de nuevas relaciones, no previstas antes de hacer el análisis. Según esta definición se ha hecho análisis cuando las concepciones que se tuvieron acerca del objeto de estudio al inicio del estudio resultan transformadas (modificadas, complejizadas, condicionadas, determinadas, etc.) en alguna medida. (p. 14).

CAPÍTULO 8

Resultados

CAPÍTULO 8

Resultados

8.1 Introducción

En el presente capítulo se vuelcan los resultados de la investigación, libres de interpretación, es decir aquellos datos surgidos de las entrevistas, ya sean cuantitativos: cifras, cuadros, gráficos, o cualitativos: frases textuales, descripción de emociones o/y conductas de las entrevistadas, y aquellas incongruencias que se advirtieron entre la comunicación verbal y no verbal o entre diferentes momentos de la entrevista.

Tratándose de una investigación cualitativa los datos cuantitativos son resultado del análisis ulterior a las entrevistas, y conforman un aporte significativo tanto para la organización de la información como para el desarrollo de la discusión.

Se establecieron cinco ejes temáticos para organizar los datos obtenidos centrados en los sujetos entrevistados:

- I) **Predisposición para relatar, involucramiento:** aquellos datos que refiere a dicha predisposición, el porcentaje de participación, el contenido de los relatos y la percepción de la entrevista por parte de las entrevistadas.
- II) **Necesidad de estar acompañada durante el embarazo:** aquellos datos que refiere a la manifestación explícita o implícita de dicha necesidad, respuestas afirmativas, expresión de emociones e incongruencias.
- III) **Persona identificada como figura de apego:** aquellos datos que identifican a la figura de apego, ya sean respuestas directas o inferidas que referencien a la persona e incongruencias.

- IV) **Conductas de apego:** aquellas conductas que impliquen un acercamiento a la figura de apego, solicitud de compañía, llamados, traslados por parte de la entrevistada o de la figura de apego.
- V) **Percepción de sí misma durante el embarazo:** aquellos datos que refieran a su autopercepción, comentarios acerca de sensaciones, emociones o vivencias al respecto.

Los resultados generales volcados y elaborados se ponen en relación con objetivos generales y específicos de la presente investigación.

8.2 Resultados Generales

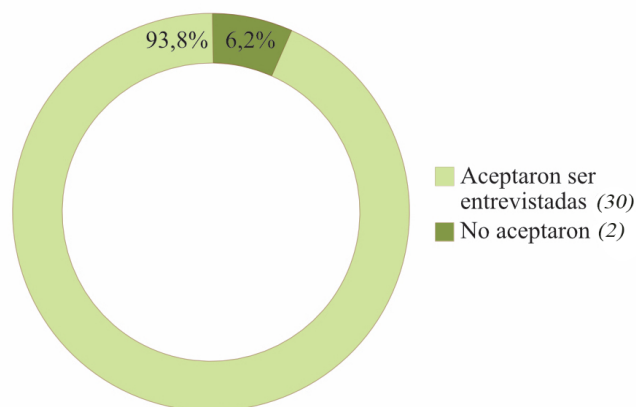
8.2.1 Predisposición para relatar, involucramiento: aquellos datos a que refiere a dicha predisposición, el porcentaje de participación, el contenido de los relatos y la percepción de la entrevista por parte de las entrevistadas.

8.2.1.1 Participación

El primer dato significativo previo a las entrevistas fue el registro de una gran cantidad de madres que manifestó interés por formar parte de la investigación en calidad de entrevistadas. Tal Como se desarrolló con precisión en el capítulo 7 sobre metodología, las entrevistas fueron realizadas a madres entre las 24 hs. y 48 hs. posteriores al parto, hecho que responde al concepto clave de la presente investigación. Esta situación particular en que se encuentra una mujer en tal circunstancia coincidió con una gran aceptación en la convocatoria. Efectivamente, de un total de treinta y dos mujeres consultadas, treinta aceptaron participar de la investigación y sólo dos no aceptaron hacerlo. Posteriormente la muestra sobre ese universo se conformó con

veintiocho casos debido a que dos de las madres entrevistadas tenían a sus bebés en terapia neonatal y no se incluirían en la muestra las madres cuyos embarazos fueran de alto riesgo, tuvieran complicaciones en el parto o cuyos bebés presentaran un Apgar menor a 8 o un peso menor a 2,500 kg., por considerar que estas variables podrían afectar significativamente el estado emocional de las madres y en consecuencia aumentar el riesgo de obtener respuestas que distorsionen los resultados respecto a la temática que se intenta abordar. En términos porcentuales, el 93,8 % aceptó realizar la entrevista.

Respuesta a la convocatoria



Observaciones: Las madres que tenían a sus bebés en terapia neonatal solicitaron a la entrevistadora realizar la entrevista a pesar de saber que no formarían parte de la muestra y se les brindó el espacio de ese intercambio sin incluirlas en la muestra.

8.2.1.2 Contenidos de los relatos

Todas las entrevistadas relataron aspectos íntimos de su vida, refiriéndose a relación con la pareja, cuestiones sobre el embarazo, conflictos familiares.

Contenido de los relatos

Número de caso	Relación con la pareja	Cuestiones sobre el embarazo	Conflictos familiares
1	X	X	X
2	-	X	X
3	-	X	X
4	-	X	X
5	-	X	X
6	X	X	X
7	X	X	-
8	X	X	X
9	X	X	X
10	X	X	X
11	X	X	-
12	-	X	X
13	X	X	X
14	X	X	X
15	X	X	X
16	X	X	X
17	X	X	X
18	X	X	X
19	X	X	-
20	X	X	X
21	X	X	X
22	X	X	X
23	X	X	X
24	X	X	X
25	X	X	-
26	X	X	-
27	X	X	X
28	X	X	X

Los temas frecuentes fueron:

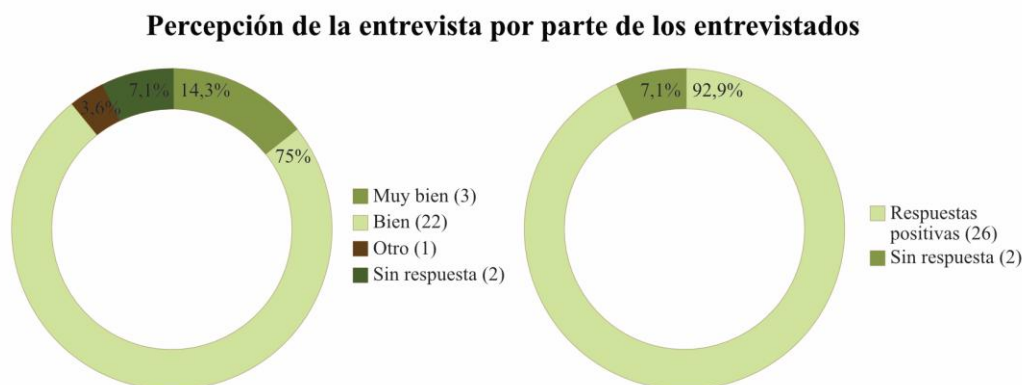
Relación con la pareja: Separación-abandono (casos 10, 14, 16, 17, 20)
 Convivencia-adaptación (casos 7, 8, 18, 19, 27) Riesgo de separación (casos 21, 25, 26)
 Historia de la pareja (casos 15, 23) Conflictos con parejas anteriores-comparación
 (casos 9, 10) Dificultades laborales (caso 22) Diferencia de edad (caso 6) Manejo del
 dinero-independencia (caso 1) Necesidad de protección (caso 11) Descuido-
 desprotección (caso 13).

Cuestiones sobre el embarazo: Circunstancias respecto del embarazo no buscado (casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 28) Estados de ánimo (casos 9, 10, 19, 23) Dificultades para concebir (casos 15, 22, 24) Diferencias con embarazos anteriores (caso 5).

Conflictos familiares: Preocupación por otros hijos (casos 1, 2, 3, 6, 9, 16, 21, 27, 28) Conflictos con los padres (casos 2, 8, 11, 14, 20) Relación con su madre (caso 16, 18) Abandono por su madre-relación con su padre (caso 15) Muerte del padre-relación con su madre (24) Enfermedad de la madre (caso 13) Relación con familia de la pareja (casos 6, 17) Añoranza de sus abuelos fallecidos (caso 4) Relación con su familia-acompañamiento (caso 22) Paradigmas culturales (caso 23).

8.2.1.3 Percepción de la entrevista por parte de las entrevistadas

El 92,9% de las entrevistadas manifestó sentirse de manera positiva durante la entrevista. Las palabras más frecuentemente utilizadas fueron: bien o muy bien. El 67,9% de las entrevistadas hizo comentarios más amplios al respecto y/o expresó emociones.



Respuestas ampliadas:

“No, re bien, la verdad que...” (Llora) “Sí, no, yo soy sensible por eso, me pongo a hablar y me agarra...” “Pero... no más que eso no. Me sentí re cómoda y bien” “A veces hace bien hablar de...” (Caso 3).

“No, lo que puedo decir es nada más que estoy contenta y feliz por tener la oportunidad que tengo ahora y contarlo, nada más que tengo que hacer es aprovecharla.” (Caso 5).

“Muy bien, tranquila.” (Caso 6).

“¡Súper! (risas) Me gustó hablar del embarazo, muy cómoda.” (Caso 7).

“Me sentí bien... Sí, ¡es un alivio!” (Caso 9).

“Bien, en realidad es por el parto, de... la cesárea y todo eso, me hizo emocionar. Igual uno siempre necesita descargar algunas emociones.” (Todo lo dice llorando y muy emocionada) (Caso 10).

“Bien, cómoda sí, cómoda.” (Caso 13).

“Bien. Gracias a usted por la entrevista.” (Caso 14).

“Bien, me gusta hablar de él, es lo más feliz que me pasó en la vida.” (Caso 15).

“A mí también me hizo bien.” (Caso 17).

“Muy bien. ¿Hablé mucho?” (Caso 24).

“¡Bien!... ¡Re bien!” (Caso 25).

“Sí, te estaba esperando, a mí me gusta hablar.” (Se ríe) “Bien” “Sí, no sabía lo que era hablar con una psicóloga, está bueno...” (Caso 27).

Se observa entonces que algunas de las entrevistadas ampliaron sus respuestas a través de signos no verbales. Los casos 3 y 11 manifestaron llanto y angustia, el caso 2 mirada y sonrisa, los casos 22 y 28 agradecieron muy emocionadas, los casos 21 y 23 abrazaron a la entrevistadora al finalizar la entrevista.

8.2.2 Necesidad de apego

El 82,1% de las entrevistadas manifestó en forma directa y afirmativa al interrogante sobre la necesidad de estar más acompañada durante el embarazo. El 17,9% respondió en forma negativa. Sobre el total de las respuestas negativas el 80% admitió esa necesidad (de estar acompañadas) en otro momento de la entrevista. O sea que el 96,4% del total de las entrevistadas manifestó de manera directa o indirecta la necesidad de estar más acompañada durante el embarazo.



Respuestas ampliadas:

Las que respondieron de manera afirmativa a la necesidad de estar más acompañadas durante el embarazo:

“...vivo muy lejos, y mi familia la tengo muy lejos, y es como que extrañaba ya. A veces me ponía mal.” (Caso 1).

“Sí, sí, en los dos embarazos estuvo (Respecto a la madre). Pero con éste quería que esté más.” (Caso 2).

“Sí, más ganas tenía de estar con él. Tenía una ilusión, y hasta ahora tengo una ilusión, estoy re contenta re emocionada.” (Caso 5).

“...sentí que el apoyo de ellos (**Respecto a los padres**) era más importante que cualquier otra persona extraña que encima no estuvo nunca. (**Se ríe**) Así que bueno, por eso, sí, los necesité bastante a mis papás y ellos estaban siempre.” (Caso 10).

“Pero no, me daba más ganas de estar nosotros tres... (**Respecto a la pareja y al bebé por nacer**)” (Caso 7).

“Estaba muy sensible y más con el papá. Si nos peleábamos y él me decía algo yo me ponía a llorar, me afectaba mucho lo que él me decía.” (Caso 11).

“...y vi que me empezó a ayudar y como que me dio un empuje que me dieron ganas de tenerlo.” (**Respecto a la madre**) (Caso 12).

“Sí, en este caso sí, necesitaba más estar más pegada, en este caso a mi pareja que...”
“Sí, me hubiese gustado estar un poco más con mi mamá, en el primer embarazo la pude tener constantemente conmigo estaba más pegada, y en este caso no, me faltó un poco por motivos, enfermedades que no... no pudo.” (Caso 13).

“Sí, necesitaba más apoyo, más compañía, sobre todo del papá del nene, quería estar con él.” (Caso 14).

“Sí, sí. No por él, sino por gente que yo extrañaba y que no veía como veía antes... principalmente a mi mamá...” (Caso 16).

“No, sí, estaba con mi marido, pero necesitaba que esté más tiempo conmigo.” “De mi mamá necesitaba más, quería hablar con ella.” (Caso 19).

“...y me sentía mal, porque iba a estar yo sola. Y después, bueno, cuando empezaron a estar mi papá y mi mamá, mis hermanos, mis familiares y todo, fue distinto.” (Caso 20).

“Yo ya estaba con panza, todo. Tenía ganas de venir, de ver otra vez a la familia y eso.” (Caso 21).

“Sí, que te acompañen más, sí.” (Caso 22).

“Sí, sí, antes cuando no estaba embarazada no necesitaba tanto eso, pero cuando quedé embarazada sí, me importaba mucho.” (Caso 23).

“Claro, estar siempre con ella, porque siempre la estoy viendo.” “...ella me necesita y yo a ella.”

“...mi pareja me animó para que busquemos, teníamos una relación larga, y después empezamos a buscar.” (Caso 24).

“Y sí, creo que era una demanda para todos..., estoy gran parte del día sola, y bueno todo el embarazo me acompañaron amigos, hermanos, mi cuñada...” (Caso 25).

“Porque él como que no pasaba tanto tiempo conmigo como yo necesitaba.” (Caso 26).

“Sí, sí, mis hermanas estaban.” “Sí, estaba con ellas, todo, acompañada todo el tiempo del embarazo.” (Caso 27).

Los casos 3, 8, 15 y 17 respondieron de manera afirmativa sin más comentarios.

Las que respondieron de manera negativa a la pregunta sobre la necesidad de estar más acompañadas durante el embarazo pero manifestaron esa necesidad en otro momento de la entrevista:

“No, de mi abuela. A veces me dan ganas de ir a donde vivían ellos (Respecto a los abuelos) y pensar encontrarlos ahí. Ideas de chicos (Se ríe, con lágrimas en los ojos). Pero bueno...” (Caso 4).

“No, no era... eh... ¿Cómo lograba superarlo? Y bueno, Me trataba de tranquilizar sola y después el hecho de que sabía que había mucha gente a mi alrededor, que no iba a estar sola me tranquilizaba. “Mi papá vive conmigo, están separados ellos y mi papá vive conmigo. Y no, mi papá me ayudaba un montón, en mi casa...” “Lo que pasa es que mi mamá y mi papá es como que ya me conocen, saben que mí hay momentos que me gusta estar sola, tranquila.” (Caso 6).

“Con mi mamá estuve más **pegada**.” “Y porque ella estaba en un mundo y yo en otro y después cuando yo estaba embarazada estuvo más pendiente, y así... coso.” “Y que es una buena persona, va conmigo siempre está cuando estoy mal y cuando estoy bien, está así en todo momento me hace bien.” “Sí, quería estar con mi marido.” (Caso 18).

“Sí, él me acompañó, me ayuda en todo él, me acompaña a todos lados, en los embarazos me acompañó él. O si no, a veces mi mamá.” “Sí, sí, estamos más **pegadas**.”

(Respecto a la madre) (Caso 28).

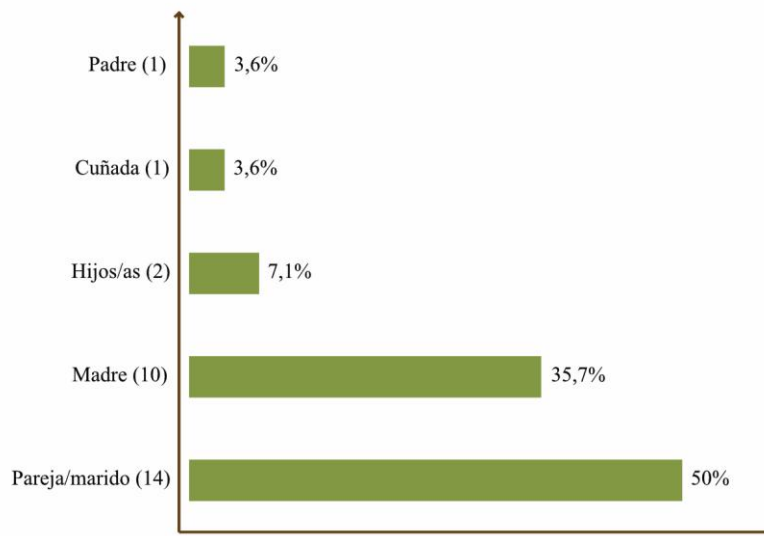
Las que respondieron de manera negativa a la necesidad de estar más acompañadas durante el embarazo:

“Al contrario de lo que podía haber necesitado más. Pero no fue así, por mi cabeza loca o debe ser así. Al contrario, no, era así...correte un poquitito o dejame sola, no sé... lo vivía así (Respecto a sí misma).” (Caso 9).

8.2.3 Persona identificada como figura de apego

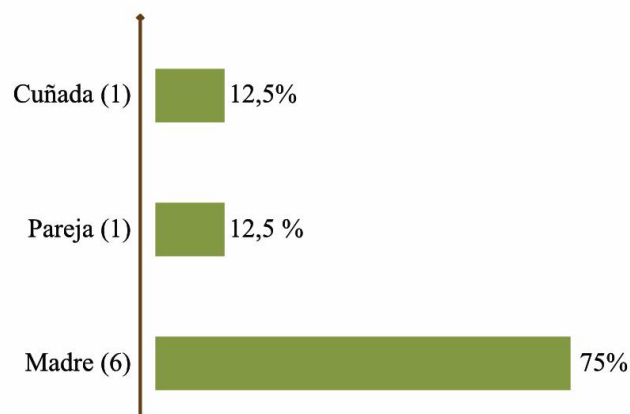
El total de las entrevistadas identificaron una o más figuras de apego. Las figuras identificadas en primer lugar fueron 50% pareja, 35,7% madre, 7,1% hijos, 3,6% padres, 3,6% cuñadas. El 60,7% de las entrevistadas identificó más de una figura de apego.

Primer figura de apego

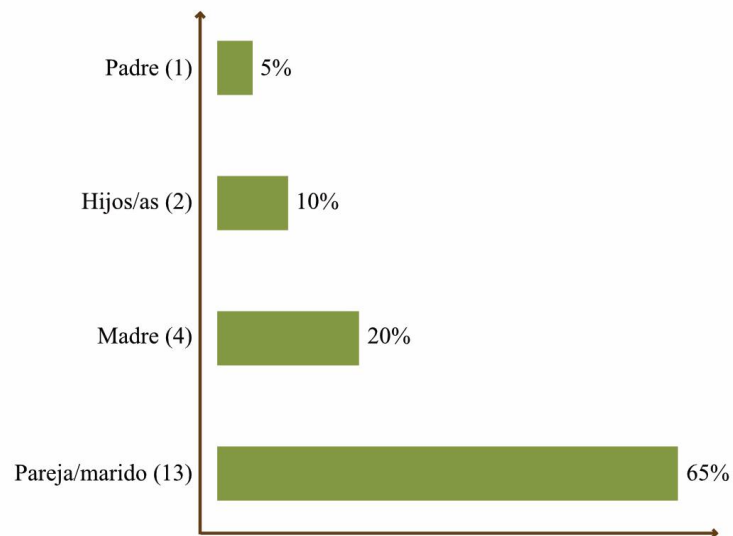


Al relacionar la variable edad con la elección de la figura de apego se observa que 75% de las entrevistadas de ≤ 18 años optó por la madre como primera figura de apego, mientras que en entrevistadas > 18 años el 60% elige a la pareja como figura de apego.

Figuras de apego en \leq de 18 años (28,6% de los casos)

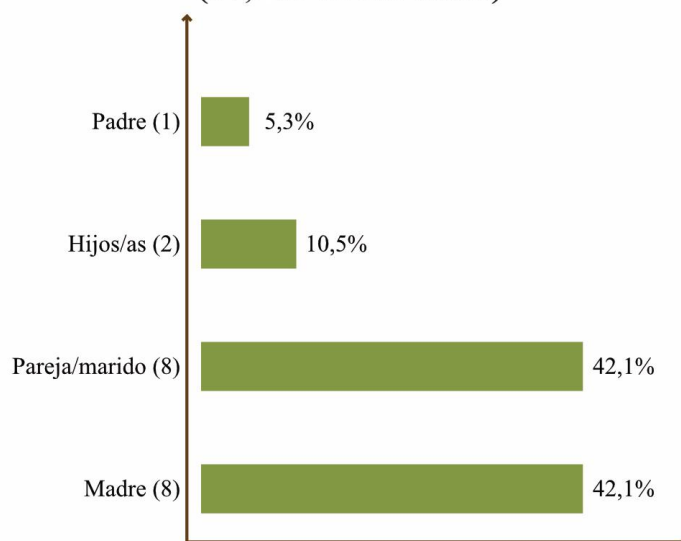


Figuras de apego en > de 18 años (71,4% de los casos)

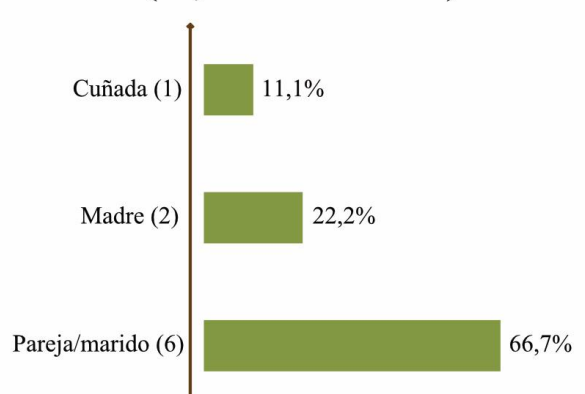


Al relacionar la variable embarazo no planificado (el 67,9% de la muestra) con la elección de la figura de apego se observa que el 47,4% de las madres, cuyo embarazo no fue buscado elige a la madre como figura de apego y el 36,8% a la pareja. Cuando los embarazos son planificados la elección de la pareja como figura de apego casi se duplica, el 66,7% elige a la pareja y el 22,2% a la madre.

**Figura de apego en embarazos no planificados
(67,9% de los casos)**



**Figura de apego en embarazos planificados
(32,1% de los casos)**



8.2.4 Conductas de apego

Para este apartado es importante tener presente la definición de conducta de apego, que según Bowlby (2009) se trata de "...cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente

identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo.” (p. 40), ya que la función que se le atribuye es la de protección.

Para Crittenden, la conducta de apego que tiene como propósito mantener la proximidad de la figura percibida como protectora, puede llevarse a cabo a través de diferentes conductas funcionalmente equivalentes como llorar, gritar, aferrarse o acercarse (Miró, 2002).

Bowlby (1998) describe dos pautas de conducta que facilitan la formación del apego en los niños, la conducta de señales, cuyo efecto es llevar a la figura de apego hacia él, y la conducta de acercamiento, cuyo efecto es aproximarse a la figura de apego.

Conducta de señales: llanto, sonrisa, balbuceo, gestos y llamada, señales sociales destinadas a aumentar la proximidad en especial con la figura de apego.

Conducta de acercamiento: existen tres pautas que llevan al niño a mantenerse próximo a la figura de apego, el acercamiento en sí, con cualquier medio de locomoción disponible, el aferramiento y la succión sin fines alimenticios.

A lo largo de las entrevistas a las madres el 96,4% de los casos evidenció diferentes conductas de apego hacia una o más figuras identificadas. Las mismas se agruparon en:

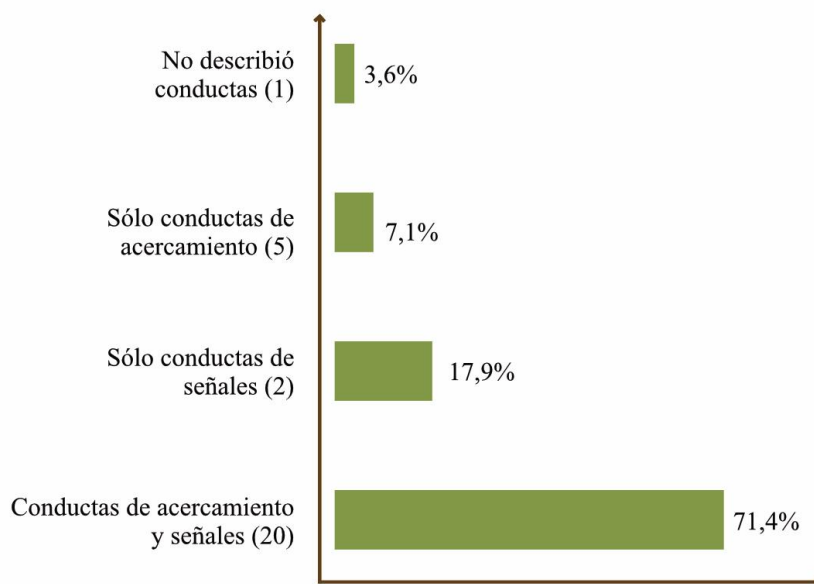
Conducta de señales: llamadas, pedidos de compañía, expresión de necesidad de apego.

Conducta de acercamiento: traslado de la entrevistada hacia la figura de apego o traslado de la figura de apego hacia la entrevistada.

Conductas de Apego

Número de caso	Conductas de Señales	Conductas de Acercamiento	Ambas Conductas
1	X	X	X
2	X	X	X
3	X	-	-
4	X	X	X
5	X	X	X
6	X	X	X
7	X	X	X
8	X	X	X
9	-	-	-
10	X	X	X
11	X	X	X
12	X	X	X
13	X	-	-
14	X	X	X
15	X	X	X
16	X	X	X
17	X	X	X
18	X	X	X
19	X	-	-
20	X	-	-
21	X	X	X
22	X	X	X
23	X	X	X
24	X	X	X
25	X	X	X
26	X	-	-
27	-	X	-
28	-	X	-

El 96,4% de las entrevistadas describió en algún momento de la entrevista alguna conducta de apego. El 7,1% refirió sólo conductas de señales, el 17,9% sólo de acercamiento, mientras que el 71,4% describió ambas conductas. El caso 9 no describió conductas de apego.



Descripción de las conductas de señales:

(A continuación se enumeran las conductas de este tipo por casos)

“...vivo muy lejos, y mi familia la tengo muy lejos, y es como que extrañaba ya. A veces me ponía mal.” (Caso 1).

“Sí, lo llamaba todo el tiempo y eso, porque tuve unas complicaciones...” (Caso 2).

Preocupación por separarse de los otros hijos: “Sí, porque son muy **pegotes** a mí, eh... si bien con el padre también, es más conmigo, como el padre trabaja todo el día y tan todo el día conmigo... el tema de dejarlo también.” (Caso 3).

“Sí, a veces que sí, se me ocurre mucho.” “No, de mi abuela. A veces me dan ganas de ir a donde vivían ellos (**Respecto a los abuelos**) y pensar encontrarlos ahí. Ideas de chicos (**Se ríe, con lágrimas en los ojos**). Pero bueno...” (Caso 4).

“Sí, más ganas tenía de estar con él.” (Caso 5).

“No, no era... eh... ¿Cómo lograba superarlo? Y bueno, Me trataba de tranquilizar sola y después el hecho de que sabía que había mucha gente a mi alrededor, que no iba a estar sola me tranquilizaba.” (Caso 6).

“Pero no, me daba más ganas de estar nosotros tres...” “...somos más de estar nosotros. Yo necesitaba eso, como la tranquilidad...” “... la relación... con el papá que también me da como... tranquilidad.” (Caso 7).

“Me acordaba de lo que me decía mi mamá y me tranquilizaba.” (Caso 8).

“...sentí que el apoyo de ellos era más importante que cualquier otra persona extraña que encima no estuvo nunca. (Se ríe) Así que bueno, por eso sí, los necesité bastante a mis papás y ellos estaban siempre.” (Caso 10).

“Necesitabas el abrazo de él” (Caso 11.)

“...y vi que me empezó a ayudar y como que me dio un empuje que me dieron ganas de tenerlo.” (Caso 12).

“Sí, en este caso sí, necesitaba más estar más **pegada**, en este caso a mi pareja que...” “Sí, me hubiese gustado estar un poco más con mi mamá...” “Sólo que con este embarazo es como que yo necesitaba tenerla mucho más cerca, la extrañaba más. No sé para contarle... no se...estoy pasando por una buena etapa o cosas así que no sé las podía contar porque no estaba y yo necesitaba decírselo, por ahí era una pavada pero uno lo necesitaba.” (Caso 13).

“Sí, necesitaba más apoyo, más compañía...” “Quería un consejo o algo sobre el bebé o sobre mí, las llamaba y ellas venían.” “...aparte cuando me ponía mal hablaba con mi mamá o con la amiga, siempre estaba alguien hablándome para que yo no me ponga mal durante el embarazo” (Caso 14).

“Todos los días me llamaba, porque no vive muy cerca de mi casa y yo lo necesitaba... me llamaba todos los días, hasta el día que vine acá, y eran tres llamadas por día más o menos y...” (Respecto al padre) (Caso 15).

“Sí, sí. No por él, sino por gente que yo extrañaba...” (Respecto a sentirse acompañada) “Y principalmente a mi mamá, que es la que más siempre está conmigo...” (Caso 16).

“Me hace sentir bien, porque es un apoyo que yo siento también de ellos.” (Caso 17)

“Sí quería estar con mi marido.” (Caso 18).

“De mi mamá necesitaba más, quería hablar con ella.” “Sí, y no pudo venir, hablábamos por teléfono y eso me hacía sentir bien.” (Caso 19).

“...y me sentía mal, porque iba a estar yo sola.” (Caso 20).

“Yo ya estaba con panza, todo. Tenía ganas de venir, de ver otra vez a la familia y eso.” (Caso 21).

“Los llamaba, o preguntaba si lo que me pasaba en el embarazo era normal. Preguntaba si era normal o no.” (Caso 22).

“...pero cuando quedé embarazada sí, me importaba mucho.” (Respecto a la compañía del esposo) (Caso 23).

“Claro, estar siempre con ella, porque siempre la estoy viendo.” (Respecto a la madre) “Y llegaba la noche y era de terror porque no podía dormir... Él me animaba, me decía que faltaba poco.” (Respecto a la pareja) (Caso 24).

“Y sí, creo que era una demanda para todos...” (Caso 25).

“Porque él como que no pasaba tanto tiempo conmigo como yo necesitaba.” (Caso 26).

Descripción de las conductas de acercamiento:

(A continuación se enumeran las conductas de este tipo por casos)

“...una vez al mes voy, siempre, iba. Hasta que el médico me dijo que no viaje más, porque ya no podía, estaba muy grande embarazada. Y después ya vino mi mamá y se quedó ahí, en casa...” (Caso 1).

“Venían más, mi hermana también., todos.” “Y por ahí venía a la noche y me quedaba charlando hasta tarde, porque no nos veíamos mucho.”(Respecto al marido)
(Caso 2)

“Yo me **pegaba** más al chiquito.” (Caso 4).

“Sí, y estuve acompañada de mi marido, nos juntamos, me acompañaba al médico, que me escuchaba en todo, que me daba consejos...” (Caso 5).

“No, por ahí el momento en que jugábamos los tres con la panza, que le hablábamos, que escuchábamos música, esos momentos que compartíamos Guille, Nahuel y yo, con la panza.” “...y siempre lo hicimos todo juntos.” (Caso 6).

“...mucha contención, mucha conexión los tres, hacíamos mil cosas, soy muy de meditar y estábamos todo el tiempo sintiendo.” (Caso 7).

“Estábamos viviendo nosotros dos solos, nos fuimos a mi casa y nos vinimos porque mi novio tenía miedo que a mí me pasara algo, entonces estamos con mi mamá más mejor.” (Caso 8).

“Entonces yo para no perderla o algo así, me quedé en mi casa, iba mi mamá, me cuidaba, me atendía y todas esas cosas.” (Caso 10).

“Él venía y me abrazaba. Necesitabas el abrazo de él. No sé por qué lo seguía para todos lados.”

“Vive cerca, pero yo cada tanto la iba a visitar.” (Respecto a la madre) (Caso 11).

“...en las cosas que yo tenía que hacerme me acompañaba ella.” (Caso 12).

“...las llamaba y ellas venían.” (Caso 14).

“...porque no vive muy cerca de mi casa y yo lo necesitaba... me venía a ver cuándo él podía.” (**Respecto al padre**) (Caso 15).

“Y nada, estaba con la nena, me ocupaba más de ella, estaba todo el tiempo con ella.”.

“Sí, ya volví por suerte, hace dos semanas, me conseguí una casa y estoy ahí, y desde que estoy ahí estoy mejor.” “...con menos nervios porque tengo a una cuadra a mi mamá y bueno, mis amigas y a toda la gente con la que hablaba.” (Caso 16).

“Pero ahora que yo tuve a mi hija estoy más en mi casa, estoy un poco más **apegada** a mi mamá.” (Caso 17).

“Con mi mamá me llevo bien, con ella sí, ella me va a ver todos los días ahora que estoy embarazada, o si no yo voy para la casa de ella, con ella sí me llevo bien.” (Caso 18).

“...Y después cuando vinimos, vinieron a visitarme mi familia, mi papá que estaba lejos también. Para el día de la madre fui yo. Es sentir ganas de verlos, pero verlos un rato y listo. Saciar las ganas nomás y listos (**Se ríe**). Pero sí, pudieron venir. Ahora vino mi mamá, estuvo un día y se fue otra vez.” (Caso 21).

“Cuando me levantaba, el bebé empezaba a patear y a moverse más, y a mi pareja le gustaba tocarme la panza y hablarle.” “Si, ahora es como que está más aferrada. Pero antes éramos igual, pero ahora mucho más, ahora mucho más. Ella me acompañó durante todo el embarazo, al médico, todo.” (Caso 22).

“Estamos todo el día juntas, nos hacemos compañía.” (Caso 23).

“Todo, todo, cuando cocino siempre le llevo un plato, ella me necesita y yo a ella.” (Caso 24).

“No, preguntaba cómo andás, que estás haciendo por mensaje de texto y ponía vení! Si no caían solos.” (Caso 25).

“Sí, sí, mis hermanas estaban.” “Sí, estaba con ellas todo, acompañada todo el tiempo del embarazo.” (Caso 27).

“Sí, él me acompañó, me ayuda en todo él, me acompaña a todos lados, en los embarazos me acompañó él. O si no a veces mi mamá.” “Sí, también, cuando tuve cesárea venía ella a quedarse conmigo, y en este también se quedó una noche.” “Sí, sí, estamos más **pegadas.**” (**Respecto a la madre**) (Caso 28).

8.2.5 Percepción de sí misma durante el embarazo

Otro dato significativo fue el hecho que el 92,8% de las entrevistadas describió sus propias percepciones acerca del embarazo, mientras que el 7,2% no acotó comentarios al respecto (Casos 2,8). Estas vivencias de acuerdo a su análisis se agruparon en cuatro categoría: el 53,6 % de las entrevistadas describió vivencias que denotaron un cambio positivo en función del embarazo (Casos 1, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 27, 28), el 28.6% de las entrevistadas refirió estar más sensible y más predispuesta al llanto (casos 3, 11, 13, 15, 19, 20, 22, 26) (Los casos 13,15 y 20 describieron ambas vivencias), el 10,7% de las entrevistadas describió vivencias negativas (casos 9, 23, 24) y el 10,7% de las entrevistadas describió vivencias contradictorias (Casos 17, 25, 26).

Cambio de actitud positivo

(A continuación se enumeran ejemplos de la primera categoría por casos)

“...a mí lo que me ponía mal era el tema de la descompostura esa, lo que yo sentía, vivía todo el día en cama.” “Claro, con los vómitos, y que hacía calor, en marzo, en

abril, viste, los tres primeros meses, que malísimamente la pasé. Y después se me fue. Y después bueno, me vino, como quien diría, la alegría.” (Caso 1)

“Estoy más tranquila, no me pongo nerviosa, eh... me controlo más ahora, yo antes discutía con mi pareja y, ahora viste... me controlo. Desde que quedé embarazada me controlo, cambié un montón.” “Y yo dije: acá basta, yo tengo que cambiar acá tengo que hacerlo por ella, por el embarazo y tengo que salir adelante.” “...cambié totalmente, porque dejé de tomar, dejé de fumar, todo por el embarazo. Y hasta ahora no me arrepiento de hacerlo.” (Caso 5).

“Y... era muy cambiante, por ahí estaba re bien y por ahí lloraba o me agarraba como miedo a qué vendrá después.” “Para mí era una personita que estaba creciendo y que yo la tenía que cuidar, lo mismo que no sé... cerveza que te dicen: no hacen nada... yo no tomé más, pero no por mí, sino por el bebé. Entonces por eso yo peleaba y discutía esta razón que no es un feto, cosita que va creciendo.” (Caso 6).

“...me daba más ganas de estar nosotros tres...” “...mucho contención, mucha conexión los tres...” “...la tranquilidad como de la conexión que yo sentía con ella, era como que me tranquilizaba saber que no sé... en el fondo yo sabía si ella estaba bien y yo estaba bien. Eso... como la seguridad me la dio la conexión y bueno, la relación... con el papá que también me da como... tranquilidad.” (Caso 7).

“...siempre estuve feliz de que iba a ser por primera vez mamá, no como esas mujeres que... bueno, no todas no somos iguales ya lo sé, pero hay algunas que bueno porque se van a quedar sola o algo así, se desesperan... no, yo no me desesperé, enseguida empecé a hacer planes y mi gran emoción fue la felicidad de ser mamá al fin, bueno a los 31 años, un poco grande, pero no importa voy a ser mamá y a comprobar de que yo no... sí, ves, otra emoción probar de que yo no tenía ningún problema, me costó, me costó...” “Eh... si, cómo que me hice más responsable conmigo, yo era un tiro al

aire, es un decir, siempre dejaba todas las cosas por la mitad, y por ella no. Por ella la pelee, con cualquiera que se me cruzaba en el camino, por ella siempre. Y ahora voy a seguir haciendo lo mismo, así... al menos que sean mi papá o mi mamá, nadie me va a decir cómo criar a mi hija, y más si yo la voy a salir a pelear sola. Y menos el padre de ella que no está haciendo nada por nosotras.” (Caso 10).

“Era muy chica, aparte no tenía idea de lo que era tener un bebé. Tenía miedo de no poder... Tener lo que él necesitaba. Pero salió todo bien así que lo aceptamos, nos pusimos las pilas.” (Caso 12).

“De Valentina fue distinta al primero, son sensaciones distintas, creo que pensás diferente también, y... tranquila todo el tiempo, tranquila... con... que todo estaba bien. Estuve mucho más tranquila en este segundo embarazo mucho más tranquila que en el primero. En el primero tenía más miedo, más... preguntas, y con este no, con este me sentí más segura y...” “¿Qué me hacía sentir más segura? No sé.... Una sensación que era más fuerte, era más fuerte... que no... que yo también a veces me preguntaba porque todos me decían como se te nota más tranquila como que estás más.... Sí le digo, es distinto.” “...estuve hasta.... dos días antes de tenerla no paraba un segundo, andaba todo el tiempo bien, sin miedo de nada, súper tranquila.” “Y en ese momento ahí cuando yo estaba mal ella se me movía y ahí se me terminaba todo, se pasaba todo, y decía... ya está parezco una tonta viste llorando, un ratito, unos segundos y esa sensación es hermosa cuando uno está así ellos se empiezan a mover como diciendo: mamá quedate tranquila que estoy yo. No, es hermoso...” (Caso 13).

“Llegué a un momento que me sentí sola, como que sentía, yo sentía que las personas que estaban alrededor mío me daban la espalada. Yo lo veía así, pero no era así.” “A pesar de todos los problemas o sea de que me sentía sola siempre trataba de tener mi cabeza más que en él y en mi trabajo, nada de ponerme mal ni nada.” (Caso 14).

“Y nos emocionamos los dos, yo bueno... antes del embarazo yo fumaba y dejé de fumar todo por él. El también no se me acercaba cuando, el padre, él también fuma y... No sé qué te puedo contar... me cambió.” “...me gusta hablar de él, es lo más feliz que me pasó en la vida.” (Caso 15).

“Me sentía re sola, eso nada más. Estaba todo el día temblando y comiéndome la uñas, re nerviosa. Y nada, estaba con la nena, me ocupaba más de ella, estaba todo el tiempo con ella. Pensaba en positivo, me calmaba por ella y una que es chiquita y otra que las cosas pasan y tenés que seguir. Y bueno... trataba de tranquilizarme, pensar en positivo y en irme de donde estaba.” (Caso 16).

“Bien, tranquilo... No sé, que sé yo, yo tengo poco en la forma de ser de mi mamá, porque ella es así que le ataca la locura de a ratos así suponés... en eso nos parecemos mucho, porque yo soy igual a ella. Pero en el embarazo estuve más tranquila.” “¿Así diferente? No, me sentía igual más tranquila.” (Caso 18).

“Y tristeza. Me sentía mal, porque estaba embarazada y estaba sola, y me habían dejado, imaginate como te sentís (Se ríe).” “...Y la emoción de decir “ah, ya no soy más la Cris que era antes, ahora ya soy otra, voy a ser mama”...y de alegría que ella viniera, una alegría bárbara.” “Y como, no sé qué, ahora era yo y ella. Yo tenía que estar para ella nada más. Que no tengo que pensar más en mí sola, ahora tengo que pensar en ella.” (Caso 20).

“Yo tranquila, esperando que me diera positivo para ponerme contenta en serio. Quería disfrutar, quería estar embarazada para disfrutarlo. No como el primero, que no lo disfruté. Digamos, el parto y el embarazo. Lo tomé con bastante alegría.” “Sí, totalmente contenta, sí.” “...yo después me fui relajando. Si yo decía que iba a estar bien iba a poder estar bien y lo iba a poder hacer.” “Sí, nos unió más el haber quedado embarazada. Capaz que sí no quedaba embarazada nos separábamos y hoy era algo

totalmente distinto, no sé dónde estaría.” “No, nada. No, nomás que la estoy disfrutando mucho más que mi nene, por el tema de que quise estar bien después del parto y lo logré.” (Caso 21).

“Me sentí bien, re bien durante el embarazo todo bien.” “Sí, en el momento que me enteré que estaba embarazada sí estaba un poco preocupada. Después ya...” (Caso 27).

“Todo bien, todo bien.” “De primero no estaba muy segura, pero después me emocioné porque cuando vi que era un varón estaba re contenta.” “Sí, me mostraron las piernitas, las manitos y la cabecita y me di cuenta que era un varoncito, estaba chocha estaba y mis hijos también.” (Caso 28).

Mayor sensibilidad

(A continuación se enumeran ejemplos de la segunda categoría por casos)

“Pasa que yo soy muy sensible...” **¿Estás más sensible durante el embarazo?** “Sí más, aparte de que ya soy...” **(Se ríe)** (Caso 3).

“Estaba muy sensible y más con el papá. Si nos peleábamos y él me decía algo yo me ponía a llorar, me afectaba mucho lo que él me decía.” (Caso 11).

“Estaba más sensible también en este embarazo, era como que por ahí era algo que coso y estaba muy sensible, me quedaba por allá un día triste pero por cosas pasajeras de la nada, y después se me pasaba... estuve re sensible.” (Caso 13).

“Sí, estaba mucho más sensible. Pero... no nunca tuve ninguna angustia. Angustia o tristeza no, si más sensible, más sensible pero más tirando para el lado más de la alegría de la felicidad, Sí.” (Caso 15).

“Sí, me sentí diferente, cualquier cosa me molestaba cuando veía algo... lloraba, no sé por qué será... ahora ya se me pasó.” “No sé, me decías algo y yo lloraba **(Se ríe)**.”

“A mí me hablaban y yo lloraba, nadie me podía hablar. No sé por qué...” “Miedo.” (Caso 19).

“Sí, mucho más. Lloraba por cualquier cosa, estaba muy sensible, por eso.” (Caso 20).

“Re contenta. Cada movimiento que hacía.” “Muchas diferencias. Emocionada, estaba bien, sentía que el bebé se movía. Así que, no, después todo bien.” “Cuando me levantaba, el bebé empezaba a patear y a moverse más, y a mi pareja le gustaba tocarme la panza y hablarle.” “Yo estaba contenta y lloraba de emoción, cada cosita que pasaba yo lloraba, si se movía. Siempre con mi pareja, con mi familia no.” (Caso 22).

“...Y bueno, por eso mismo me la pasaba nerviosa, llorando, sensible, todo el tiempo.” “Sí. Igual me la pasaba llorando.” (Caso 26).

Vivencias negativas

(A continuación se enumeran ejemplos de la tercera categoría por casos)

“Al natural soy así media nerviosa, en el embarazo más pero pasarla la pasé bien pero sí, cambio de humor 10.500 veces. Capaz que me levantaba bien pasaban 5 minutos, el papá me hablaba bien y... no me haga caso, me voy afuera, cuando se me pase vuelvo. Pero fue los 9 meses así, pero sentirme me sentí bien. Son cambios que tenés en el embarazo.” “Sí, tiraba más a enojo que a tristeza, triste no, no me he sentido, si todo el tiempo así revolucionada, enojada, enchinchada así. Sí, todo el tiempo. Y no porque se trata de que me haya arrepentido, me sentía así.” (Caso 9).

“Miedo al parto o a la cesárea, o que cambia mi vida mucho, mucho con el bebé, que no tenga tiempo para nada, eso...” “Nerviosa.” (Caso 23).

“No, prefiero cuidarme, pero bueno, estuve 5 meses en cama... tuve vómitos, todo lo que comía lo vomitaba, vomitaba sangre, bajé mucho de peso. Tuve muchas

complicaciones, tuve que dejar el laburo.” “Angustiada y con miedo.” “En el sentido de que no podía disfrutar el embarazo, estaba siempre con dolores, estuve 5 meses en cama, que no lo podía disfrutar. Y llegaba la noche y era de terror porque no podía dormir.” (Caso 24).

Vivencias contradictorias

(A continuación se enumeran ejemplos de la cuarta categoría por casos)

“Y, por momentos... Este embarazo fue más tranquilo que el anterior, estuve más tranquila así porque yo soy una persona que tuve problemas así con el tema de la pareja y eso, y era una persona muy nerviosa, como este embarazo estuve separada digamos, estuve más tranquila, no me hice tanta mala sangre, por suerte no...” “Lo que me pasaba era eso, de estar más tranquila, feliz, feliz estaba por el tema del embarazo, pero a la vez sentía esa tristeza por las cosas que me habían pasado, que por ahí también... y a veces lloraba de felicidad y a veces lloraba por tristeza de sentirme así... o angustiada o que me empezaba a agarrar dolores desde acá, en la boca del estómago. Los mismos pensamientos.” (Caso 17).

“Son cosas palpables, eh... el quedar embarazada lo vivís todos los días, todos los meses, para mí, como primeriza, es un cambio gigantesco. Más que nada eso, plantearse el cambio, si va a gustar, si no...” “Sí, un cambio, una loca... loca sensible y una loca de que me decían algo y todo mal, ¿qué me está pasando?” “Claro, no me aguantaba nada, no me gustaba que me dijeran nada malo, aparte pasé todo mi embarazo súper tranquila, así llegó.” “Yo creo que, aparte es una de las cosas que me caracterizan, soy muy ansiosa estuve realmente casi todo el embarazo pensando: cómo será, que esto que el otro, y también por otras cuestiones eh... de esperar que salga sano, más que nada ansiosa.” (Caso 25).

“...Y bueno, por eso mismo me la pasaba nerviosa, llorando, sensible, todo el tiempo.” “Y nada... Estaba en la cama todo el día.” “No sé, porque yo quería tenerla. Quería tratar de estar bien también para que ella esté bien. Pero igual a veces se me hacía muy difícil.” “Y, se me cerraba la garganta. Sí, eso.” “Sí. Igual me la pasaba llorando.” “No sé, pensaba de todo. Nunca me arrepentí igual, pero, qué se yo. Como que pensaba ya no iba a ser lo mismo, nunca más. No sé cómo explicarte.” (Caso 26).

8.3 Resultados por objetivos

Relacionar los resultados del trabajo de campo con los objetivos no es una tarea lineal o unívoca que guarda una correspondencia punto a punto, más bien es una tarea que implica la construcción de un tramado entre los objetivos, los conceptos teóricos desarrollados en los capítulos precedentes y los resultados de la investigación de campo. Este entramado comenzará a esbozarse en este apartado pero se profundizará y tomará mayor densidad y solidez en la discusión (Capítulo 9).

Los primeros objetivos apuntan a definiciones conceptuales y perspectivas teóricas que en respuestas y comentarios de las entrevistadas se verbalizan y se plasman en la práctica.

El primero de los objetivos es “Definir el concepto de Niño Interno y reciclaje desde la perspectiva del Análisis Transaccional”. El 96,4% del total de casos las entrevistadas refleja la necesidad de apego, necesidad de estar acompañadas y sentirse protegidas, este dato detallado en el punto 8.2.2 del presente capítulo guarda una estrecha relación con el concepto de reciclaje desde la perspectiva transaccional, al igual que el dato acerca de las vivencias que describen las madres en el punto 8.2.5 sobre la percepción de sí mismas durante el embarazo, en especial aquellos casos que mencionaron estar más sensibles y más predispuestas al llanto. Las situaciones en donde las entrevistadas

expresaron emociones, ya sean situaciones de llanto o angustia relacionadas al relato o muestras de afecto dirigidas a la entrevistadora, desde la perspectiva transaccional son expresiones y vivencias del Niño Interno presentes en la mayoría de las entrevistas y descritas en los puntos antes referidos y en el 8.2.4 relativo a conductas de apego.

El segundo de los objetivos es “Definir vínculo de apego, conducta de apego, modelo interno de apego y apego prenatal”. El 96,4% del total de las entrevistadas manifestó de manera directa o indirecta la necesidad de estar más acompañada durante el embarazo, dato ampliado en el punto 8.2.2, el mismo porcentaje describió conductas de apego, dato ampliado en el punto 8.2.4, el total de las entrevistadas identificó a una o más figuras de apego, dato ampliado en el punto 8.2.3. En estos testimonios se representan las definiciones mencionadas en este objetivo específico.

Otro dato significativo en relación directa con el segundo objetivo es el uso frecuente de palabras semejantes a apego como se enumeran a continuación:

“son muy pegotes a mí” (Caso 3).

“me pegaba al más chiquito” (Caso 4).

“más pegada” (Caso 13).

“más apegado” (Caso 17).

“más pegada” (Caso 18).

“más pegadas” (Caso 28).

En lo concerniente al concepto de apego prenatal, si bien no fue una variable introducida por la entrevistadora bajo la forma de pregunta directa, aparece en el relato del 42,9% de las entrevistadas:

(A continuación se citan ejemplos de apego prenatal por caso)

“Y yo dije: acá basta, yo tengo que cambiar acá tengo que hacerlo por ella, por el embarazo y tengo que salir adelante.” “...cambié totalmente, porque dejé de tomar, dejé de fumar, todo por el embarazo. Y hasta ahora no me arrepiento de hacerlo.” (Caso 5).

“No, por ahí el momento en que jugábamos los tres con la panza, que le hablábamos, que escuchábamos música, esos momentos que compartíamos Guille, Nahuel y yo, con la panza”. “Que aparte ella se movía, como que sentía que estábamos ahí, que le hablaba hablando el hermanito, que le cantaba”. “Sí, como que se movía, como que buscaba... a ver quién le hablaba”. “Para mí era una personita que estaba creciendo y que yo la tenía que cuidar, lo mismo que no sé....cerveza que te dicen: no hacen nada... yo no tomé más, pero no por mí, sino por el bebé. Entonces por eso yo peleaba y discutía esta razón que no es un feto, cosita que va creciendo.” (Caso 6).

“Pero no, me daba más ganas de estar nosotros tres...” (Respecto a la pareja y al bebé).

“...mucho contención, mucha conexión los tres, hacíamos mil cosas, soy muy de meditar y estábamos todo el tiempo sintiendo.” (Respecto a la pareja y al bebé).

“...la tranquilidad como de la conexión que yo sentía con ella, era como que me tranquilizaba saber que no sé... en el fondo yo sabía si ella estaba bien y yo estaba bien. Eso... como la seguridad me la dio la conexión y bueno, la relación... con el papá que también me da como... tranquilidad.” (Caso 7).

“Eh... sí, como que me hice más responsable conmigo, yo era un tiro al aire, es un decir, siempre dejaba todas las cosas por la mitad, y por ella no. Por ella la peleé, con cualquiera que se me cruzaba en el camino, por ella siempre.” (Caso 10).

“Y en ese momento ahí cuando yo estaba mal ella se me movía y ahí se me terminaba todo, se pasaba todo, y decía... ya está parezco una tonta viste llorando, un

ratito, unos segundos y esa sensación es hermosa cuando uno está así ellos se empiezan a mover como diciendo: mamá quedate tranquila que estoy yo. No, es hermoso...” (Caso 13).

“A pesar de todos los problemas o sea de que me sentía sola siempre trataba de tener mi cabeza más que en él y en mi trabajo, nada de ponerme mal ni nada.” (Respecto al bebé) (Caso 14).

“...me gusta hablar de él, es lo más feliz que me pasó en la vida.” (Caso 15).

“...Y la emoción de decir “ah, ya no soy más la Cris que era antes, ahora ya soy otra, voy a ser mama”...y de alegría que ella viniera, una alegría bárbara.” “Y como, no sé qué, ahora era yo y ella. Yo tenía que estar para ella nada más. Que no tengo que pensar más en mi sola, ahora tengo que pensar en ella.” (Caso 20).

“Yo tranquila, esperando que me diera positivo para ponerme contenta en serio. Quería disfrutar, quería estar embarazada para disfrutarlo. (Caso 21).

“Cuando me levantaba, el bebé empezaba a patear y a moverse más, y a mi pareja le gustaba tocarme la panza y hablarle.” “Re contenta. Cada movimiento que hacía.” “Muchas diferencias. Emocionada, estaba bien, sentía que el bebé se movía. Así que, no, después todo bien.” “Yo estaba contenta y lloraba de emoción, cada cosita que pasaba yo lloraba, si se movía. Siempre con mi pareja, con mi familia no.” (Caso 22).

“Yo creo que, aparte es una de las cosas que me caracterizan, soy muy ansiosa estuve realmente casi todo el embarazo pensando: cómo será, que esto que el otro, y también por otras cuestiones eh... de esperar que salga sano, más que nada ansiosa.” “No sé, porque yo quería tenerla. Quería tratar de estar bien también para que ella esté bien.” (Caso 25).

“De primero no estaba muy segura, pero después me emocioné porque cuando vi que era un varón estaba re contenta.” “Sí, me mostraron las piernitas, las manitos y la

cabecita y me di cuenta que era un varoncito, estaba chocha estaba y mis hijos también.” (Caso 28).

El tercer objetivo específico es “Relacionar los conceptos de reciclaje, vínculo de apego y maternidad”. Este objetivo relaciona conceptos de los objetivos anteriores, por lo tanto le corresponden los resultados respectivos a dichos objetivos y ampliados en los puntos sobre necesidad de apego (8.2.3), persona identificada como figura de apego (8.2.3), conducta de apego (8.2.4) y percepción de sí misma durante el embarazo (8.2.5).

El cuarto objetivo específico es “Investigar las bases neurobiológicas que puedan dar sustento a las conductas de apego que experimentan las madres durante el embarazo”. En lo que refiere a este objetivo es importante relacionar aquellos datos que reflejen cambios en la conducta de las madres a partir del embarazo. Los datos sobre necesidad de apego (8.2.2), las conductas de apego (8.2.4) así lo evidencian. La percepción de sí misma durante el embarazo (8.2.5) guarda una particular relación con este objetivo y se torna sustancial al articular los datos obtenidos sobre los cambios percibidos por las madres durante el embarazo, en especial aquellos relatos sobre cambios de actitud positivos (53,6% del total de los casos) y vivencias de mayor sensibilidad (28.6% del total de los casos).

El quinto objetivo específico es “Relacionar las conductas de apego identificadas en las entrevistadas, con el concepto de reciclaje, vínculo de apego y cerebro materno”. Este objetivo es integrador tanto de los conceptos teóricos como del trabajo de campo y su tratamiento, paso necesario para arribar con éxito al objetivo general. Las parcialidades que lo componen fueron conformándose a lo largo de este apartado mientras que el aspecto relacional que lo constituye supera e integra esas parcialidades y sólo puede ser analizado a la luz de la totalidad de los resultados y sus implicancias.

Caso	Edad	Gesta	Semanas de Gestación	Tipo de Parto	Peso al nacer (Kg)	Apgar	Situación vincular	Acompañamiento durante el parto	Embarazo planificado (si - no)	Apego			Incongruencias	Percepción de si misma durante el embarazo	¿Cómo se sintió durante la entrevista?		
										Respuesta ¿Necesidad de apego?	Figura de Apego	Conducta de Apego (si - no)			Respuestas	Comentarios	Involucramiento Sensibilización
1	32	2	40	cesárea	4,16	9-10	casada	marido	no	si	madre	si	no	si	bien	bien, si gracias	si
2	19	2	40	cesárea	2,96	9-10	casada	marido	no	si	marido familia	si	no	no	bien	mirada y sonrisa	si
3	22	3	38	natural	2,77	9-10	en pareja (conviven con los padres)	pareja	no	si	hijos marido	si	con la percepción de la entrevista	si	bien (varias frases)	llanto y angustia al finalizar	si
4	23	5	41	natural	3,55	9-10	casada	-	no	no	marido abuelos (fallecidos) hijo menos	si	con la necesidad de apego	si	bien	cómoda	si
5	19	1	39	cesárea	4,26	9-10	casada	marido	si (había perdido 2 antes)	si	marido	si	no	si	muy bien	estoy contenta y feliz por tener la oportunidad de hablar	si
6	28	2	40	cesárea	3,28	9-10	en pareja	pareja	no	no (necesidad de estar sola)	pareja madre - padre	si	con la necesidad de apego	si	muy bien	tranquila	si
7	25	1	39	natural	3,39	9-10	en pareja	pareja	no	si	pareja	si	no	si	super	me gustó hablar del embarazo, muy cómoda	si
8	14	1	40	cesárea	3,28	9-10	en pareja (conviven con la madre)	pareja	no	si	madre	si	no	no	nada	-	no (apatía)
9	30	4	38	natural	3,22	9-10	en pareja	pareja	si	no	pareja	no	no	si	me senti bien	si, es un alivio	si
10	31	1	40	cesárea	3,16	9-10	sin pareja	-	si	si	madre - padre	si	no	si	bien	uno siempre necesita descargar algunas emociones	si
11	23	1	41	natural	3	8-10	en pareja	-	no	si	pareja	si	no	si	(no podía hablar)	llanto, y agregó emocionada "es el primero y último"	si
12	16	1	41	cesárea	4,03	9-10	en pareja	pareja	no	si	madre	si	no	si	bien	-	si
13	21	2	39	natural	3	9-10	casada	marido	no	si	pareja - madre	si	no	si	bien	muy cómoda	si
14	18	1	39	cesárea	3,02	9-10	separada (convive con la madre)	-	no	si	madre amiga de la madre	si	no	si	bien	-bien, gracias a usted por la entrevista	si
15	18	1	39	cesárea	3,63	9-10	en pareja	pareja	si (tratamiento)	si	pareja - padre	si	no	si	bien	me gusta hablar de él, es lo más feliz que me pasó en la vida	si
16	22	2	39	natural	3,4	9-10	separada	-	no	si	madre - amiga	si	no	si	bien	muy bien	si
17	27	2	38	cesárea	2,88	9-10	separada	-	no	si	hija - madre flia pareja	si	no	si	bien	a mi también me hizo bien	si
18	14	1	41	cesárea	3,38	9-10	casada	marido	no	no	madre - marido	si	con la necesidad de apego	si	bien	bien	si
19	19	1	39	natural	2,59	9-10	en pareja	pareja	si	si	pareja - madre	si	no	si	bien	-	si
20	15	1	39	natural	3,13	8-10	sin pareja (convive con los padres)	-	no	si	madre padre	si	no	si	bien	-	si
21	19	2	39	natural	3,18	9-10	en pareja	pareja	no	si	pareja - madre	si	no	si	bien	abrazo muy emocionado y agradecimiento luego de finalizar la entrevista	si
22	21	1	39	cesárea	3,74	9-10	en pareja (convive con los padres)	pareja	si	si	pareja madre familia	si	no	si	bien	agradeció emocionada	si
23	16	1	38	cesárea	2,87	9-10	casada (convive con los suegros)	-	si	si	cuñada	si	no	si	bien	bien (abrazo emocionada) (se levantó de la cama) (secreto)	si
24	28	1	38	natural	3,35	9-10	en pareja (convive con la madre)	pareja	si	si	madre pareja	si	no	si	muy bien	¿hablé mucho? (sonrió)	si
25	25	1	40	natural	2,82	9-10	en pareja	pareja	no	si	padres -cuñada pareja	si	no	si	bien	bien, re bien	si
26	18	1	40	natural	3,12	9-10	en pareja	pareja	no	si	madre	si	no	si	bien	-	no (apatía)
27	32	3	38	natural	2,531	9-10	casada	marido	no	si	pareja - hermanas	si	con la figura de apego	si	muy bien	no sabía lo que era hablar con una psicóloga, está bueno	si
28	35	3	42	cesárea	3,65	9-10	casada	marido	si	no	pareja - madre	si	con la necesidad de apego	si	bien	emoción	si

CAPÍTULO 9

Discusión

CAPÍTULO 9

Discusión

Existe un nuevo paradigma en la atención perinatal que promueve una atención humanizada centrada en los derechos de la madre, del niño y la familia como unidad mínima funcional del tejido social, cuyos aspectos esenciales se conceptualizaron en el modelo de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” (MSCF) promovido por organismos nacionales e internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER) y la Academia Nacional de Medicina.

Este nuevo paradigma transita por circunstancias similares a cualquier proceso de cambio, análogamente a los movimientos de la ameba, se expande, retrocede, avanza y coexiste con visiones anteriores y hasta contradictorias en la práctica que despliegan los actores involucrados. El tránsito a esta nueva visión implica la convivencia de posiciones muy arraigadas profesionalmente y nuevos puntos de vista compartidos desde el abordaje científico del tema, pero que a veces entran en tensión con la práctica diaria de la labor profesional. No obstante, su avance es inexorable dado que contribuye a la mejora de la calidad de vida del ser humano.

En este contexto, donde se revaloriza el período perinatal y cobra una nueva dimensión la salud física y psicológica de la madre y del niño recién nacido, es donde se desarrolla esta investigación. Cada uno de sus elementos, incluidos el propósito de este estudio, los objetivos generales y específicos, el diseño y la planificación del trabajo de campo y primordialmente cada una de las entrevistas, fueron concebidos y desarrollados afines a los principios de este nuevo paradigma, teniendo en cuenta el protagonismo de

la entrevistada, respetando sus tiempos, emociones y opiniones, considerando en cada momento que el interés de aportar a la ciencia tiene como fin último el compromiso por la mejora de la calidad de vida de la mujer embarazada, que en esta circunstancia es la entrevistada.

El aporte que hace esta investigación sobre las vivencias que acontecen en la mujer durante el embarazo, qué pasa en su Niño Interno, qué acontece con sus representaciones de apego, los cambios psíquicos y físicos que atraviesa y las consecuencias de estos para su bienestar y el del recién nacido; permiten ampliar el conocimiento de lo que sucede en el mundo interior de la mujer embarazada, comprender más aún sus vivencias y necesidades. Esta perspectiva posibilita valorizar al período de gestación como una oportunidad para apoyar y acompañar la preparación de los padres haciendo de la gestación una experiencia consciente, responsable y enriquecedora.

Así, la complejidad de la temática implica la necesidad de apelar a un abordaje interdisciplinario sustentado en el aporte de una investigación teórica y práctica continua mutuamente retroalimentadas.

A la hora de plantear el análisis de la presente investigación conviene partir del objetivo general desagregando en los diferentes objetivos específicos de manera tal que permita un abordaje sistemático, sorteando así las digresiones propias de la complejidad de su totalidad. El objetivo general, “Identificar y describir el modo en que la madre recicla su propio vínculo de apego durante el período de embarazo” implica relacionar la teoría del Análisis Transaccional y la Teoría del Apego, articularlas a su vez con la investigación empírica y con los avances científicos que en el ámbito de las Neurociencias exponen las modificaciones que se producen en el cerebro de la mujer durante el embarazo.

Desde esta perspectiva durante el embarazo la mujer recicla la etapa del Ser. “El embarazo conecta a la madre con sus propias vivencias tempranas, sus vínculos de apego, sus primeras sensaciones y emociones” (Rovtar, 2014). Comprender esta afirmación conlleva profundizar en los conceptos clave de Niño Interno y reciclaje.

Desde la perspectiva transaccional la personalidad se articula en tres “estados del yo” (Padre-Adulto-Niño) y se describe al estado del yo como un sistema de sentimientos y un conjunto de patrones conductuales coherentes. El estado del yo Niño son fijaciones procedentes de los primeros años de vida que se activarán en determinadas circunstancias, son mociones afectivas y deseos no controlados, espontáneos que gobiernan tanto a la selección y procesamiento de la información como las acciones. El estado del yo Niño es el primero en desarrollarse y es según Kertész (1997) “donde radica lo mejor y lo peor de cada uno de nosotros” (p. 32), tiene la capacidad de hacer lo que le gusta, conocer el sentido de la vida, captar la riqueza de los mensajes no verbales, expresar las emociones auténticas, está orientado hacia el placer y hacia la vida, tiene esperanza, confianza y la necesidad de explorar, experimentar y descubrir. Tiene habilidad para recuperarse del dolor, una especial capacidad adaptativa. También este Niño Interno es por naturaleza dependiente y su vida depende del o los adultos que lo cuidan, sin ellos no podría sobrevivir, nace predispuesto al amor y al afecto pero necesita ser amado para aprender a amar. Este es el niño que guardamos en el interior de cada uno, este niño con todo su potencial y toda su dependencia.

Ahora bien, ¿Cómo es nuestro niño en la etapa del Ser? Pamela Levin, terapeuta y discípula de Berne, toma de su mentor la estructura de la personalidad y con apoyatura en las teorías del desarrollo evolutivo de Piaget y Erikson describe las etapas del desarrollo humano como ciclos de crecimiento. En cada uno de estos ciclos el niño lleva a cabo tareas correspondientes a una etapa determinada. Al culminar cada una de las

etapas si el niño contó con el apoyo parental o figuras de apego que cubran las necesidades requeridas logrará un poder correspondiente a esa etapa. Es decir, cada una de estas etapas implica tareas a cumplir, necesidades a satisfacer y poder a lograr por parte de los niños. La primera de estas etapas (hasta los seis meses) es la del Ser e involucra las vivencias tempranas, los primeros vínculos de apego, las primeras emociones y sensaciones y conlleva el poder fundante de ser y existir. En esta etapa el bebé necesita ser amado, acariciado, protegido y alimentado para lograr ese poder.

“La madre recicla su etapa del Ser durante el embarazo” ¿qué significa entonces “reciclar”? La misma autora, Levin (1988), define el concepto de “reciclaje” como el proceso de repetir las etapas del desarrollo que tienen lugar durante la niñez. El hecho de entender la vida como un ciclo reconoce en la persona la posibilidad de desarrollo continuo, volver a etapas anteriores para recuperar o fortalecer el poder que se desarrolla en ellas. Esta capacidad de volver a las escenas del comienzo de la vida para repetir las, este reciclaje de una etapa de la niñez acontece influenciado por las experiencias y contextos del presente. Este concepto, núcleo fundante de esta teoría, permite a la persona contar con recursos y herramientas del presente para afrontar el reciclaje, permite construir un diálogo, una comunicación entre el pasado y el presente, las necesidades insatisfechas, las privaciones y los recursos disponibles actuales; un diálogo en donde exista transferencia e integración personal. La mujer durante el embarazo recicla la etapa del Ser y sus necesidades, desde ese rol de ser cuidada se prepara para su nuevo rol de cuidadora. Este proceso de reciclaje encierra la capacidad de reparar y obtener o fortalecer el poder si se cuenta con los recursos necesarios, en esta etapa en especial, si se cuenta con figuras que brinden apoyo y contención, he aquí la importancia del contexto contenedor que necesita la madre durante el embarazo. Si eso no sucede su niño interior puede sumar frustración y resultar herido, justo en el

mismo momento que se convierte en la principal figura de apego de su hijo. Como al comienzo de la vida la madre posee la capacidad para desarrollar su potencial y también se encuentra en una situación de extraordinaria vulnerabilidad.

En la investigación empírica de esta tesis se observaron ejemplos de este reciclaje, estas vivencias del Niño Interno, el 96,4% de las entrevistadas manifestó necesidad de estar acompañada y sentirse protegida durante el embarazo, asimismo el 28.6% señaló sentirse más sensible y más predispuesta al llanto. En las respuestas textuales de las entrevistadas es frecuente encontrar frases tales como las citadas por Pamela Levin sobre la clínica de sus pacientes: “estar junto a alguien todo el tiempo” (Levin, 1988) “Claro, estar siempre con ella, porque siempre la estoy viendo.” (Respecto a la madre) (Caso 24), “deseo que otra persona haga las cosas por mí” (Levin, 1988) “... y vi que me empezó a ayudar y como que me dio un empuje que me dieron ganas de tenerlo.” (Respecto a la madre) (Caso 12), “deseo acurrucarme junto a alguien” (Levin, 1988) “Necesitaba el abrazo de él” (Caso 11). Sin riesgo de ser redundante parece oportuno mencionar un ejemplo más, que aportaría a la comprensión del concepto y que evidencia esa extraordinaria vulnerabilidad del Niño Interno:

“Sí, a veces que sí, se me ocurre mucho.” (Se refiere a estar acompañada) “...de mi abuela. A veces me dan ganas de ir a donde vivían ellos (Se refiere a los abuelos) y pensar encontrarlos ahí. Ideas de chicos (Se ríe, con lágrimas en los ojos). Pero bueno...” (Caso 4).

Otro de los constructos teóricos de esta investigación es la Teoría del Apego, de la que se toman exclusivamente aquellos conceptos inherentes a la problemática planteada. El segundo de los objetivos específico es definir conceptos clave como vínculo de apego, conducta de apego, modelo interno de apego y apego prenatal desde la perspectiva de la Teoría del Apego.

La Teoría del Apego puede definirse como una manera de entender cómo se organiza, funciona y se desarrolla la conducta de protección en los seres humanos. Bowlby, su autor, la define como una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos con determinadas personas y los trastornos que se producen como consecuencia de la separación y la pérdida de esa figura de apego. Según esta teoría, los seres humanos están innatamente preparados para establecer con sus cuidadores una relación de apego en los primeros meses de vida, cuyo objetivo es la protección (en Marrone, 2009). Este modelo plantea al vínculo de apego como una conducta instintiva, primaria, cuya función evolutiva es aumentar la probabilidad de sobrevivir, no está en función de satisfacer una necesidad nutricia.

La conducta de apego, específicamente alude a cualquier tipo de conducta, cuyo resultado sea el logro o la conservación de la proximidad con otra persona a la que se considere mejor capacitada para enfrentar al mundo. No es de extrañar entonces que el 96,4 % de las entrevistadas reconozca en forma explícita la necesidad de estar más acompañada o ser protegida durante el embarazo, un momento de cambio y vulnerabilidad.

El bebé a los seis meses puede distinguir a la figura especial de apego y seguir sus movimientos, utiliza dos pautas de conducta para facilitar la formación de ese apego, que son la conducta de señales, cuyo efecto es atraer a la figura de apego y la conducta de acercamiento, cuyo efecto es aproximarse a la figura de apego. ¿Cómo son esas conductas en los adultos entrevistados?

La conducta de señales en los bebés es el llanto, la sonrisa, el balbuceo, los gestos y las llamadas, señales sociales destinadas a aumentar la proximidad en especial con la madre. Tiene como objetivo la búsqueda de consuelo o protección en el caso del llanto, o prolongar la interacción en el caso de la sonrisa, los gestos y el balbuceo. Las

entrevistadas, personas adultas, pueden comunicarse a través del lenguaje hablado y expresar en palabras esas señales. Estos fueron algunos de sus comentarios que representan la conducta de señales: “Sí, lo llamaba todo el tiempo...” (Caso 2), “Sí, más ganas tenía de estar con él.” (Caso 5) “Necesitabas el abrazo de él” (Caso 11), “Sí, necesitaba más, estar más pegada...” (Caso 13), “Sí, necesitaba más apoyo, más compañía...” (Caso 14), “Todos los días me llamaba... yo lo necesitaba...” (Caso 15), “De mi mamá necesitaba más, quería hablar con ella... hablábamos por teléfono y eso me hacía sentir bien.” (Caso 19) (Mayor detalle ver el punto 8.2.4 del capítulo 8 de resultados).

La conducta de acercamiento lleva al bebé a mantenerse próximo a la madre, en la medida de sus posibilidades reptar, rodar, gatear, caminar o correr lo ayuda a lograr su cometido. En el caso de los adultos pueden trasladarse ellos hacia la figura de apego o pedir a la figura de apego que se traslade, estas fueron algunas de las conductas descritas por las entrevistadas:

“...una vez al mes voy, siempre, iba...Y después ya vino mi mamá y se quedó ahí, en casa...” (Caso 1) “Yo me pegaba más al chiquito.” (Caso 4) “...y siempre lo hicimos todo juntos.” (Caso 6) “No sé por qué lo seguía para todos lados.” (Caso 11) “...las llamaba y ellas venían.” (Caso 14) “Estamos todo el día juntas, nos hacemos compañía.” (Caso 23) “No, preguntaba cómo andás, que estás haciendo por mensaje de texto y ponía vení! Si no caían solos.” (Caso 25) (Mayor detalle ver el punto 8.2.4 del capítulo 8 de resultados).

En definitiva, en el 96,4% de los relatos, las entrevistadas pudieron describir conductas de apego en su correlato adulto, en el caso de las conductas de señales fueron llamadas, pedidos, signos de esa necesidad. Respecto a las conductas de acercamiento

fueron trasladados de ellas hacia la figura de apego o trasladados de la figura de apego hacia ellas.

Ahora bien, el sistema de apego no se reduce sólo a la conducta de apego, esta teoría considerara la receptividad del cuidador como determinante para la construcción del vínculo y señala la complementariedad del modelo respecto al comportamiento del cuidador y del cuidado, es decir, que un niño que desarrolla un modelo de funcionamiento interno centrado en el rechazo del cuidador, desarrollará un modelo interno no mereciendo ser querido. Estas experiencias con el cuidador a través de una serie de procesos cognitivos dan lugar a modelos representacionales, denominados por Bowlby (2009), Modelos de Funcionamiento Interno. Este desarrollo teórico de los Modelos de Funcionamiento Interno está influido por el pensamiento de Piaget y la Psicología Cognitiva. Estos modelos operantes que el niño construye con la figura de apego, los modos en que esta se comunica y se comporta con él, junto con los modelos complementarios de sí mismo en interacción son construidos por el niño en los primeros años de vida y más tarde se establecen como estructuras cognitivas influyentes que tienden a persistir y comienzan a operar de manera inconsciente.

Mary Ainsworth y otros teóricos del apego aportaron contenidos esenciales respecto a la respuesta del cuidador y su influencia en el sistema de apego, como las diferentes categorías de apego, la relación existente entre el sentimiento de seguridad básica y los comportamientos exploratorios, y la idea del miedo como activador de los sistemas de apego.

Esta relación entre dos sistemas motivacionales primarios, el apego y la exploración, tiende a mantener su dinámica de interacción a lo largo de la vida de la persona.

Al respecto se registró que todas las entrevistadas de la presente investigación identificaron una o más figuras de apego, esas figuras fueron la pareja en el 46,4% de

los casos y la madre en el 39,3%. Se observó también que al relacionar la variable edad con la elección de la figura de apego, el 75% de las entrevistadas de ≤ 18 años optó por la madre como figura de apego, mientras que en entrevistadas >18 años la primera elección fue la pareja como figura de apego en el 60% de los casos. Al cruzar la variable figura de apego con embarazo planificado se observa que el 47,4% de las madres cuyo embarazo no fue planificado elige a la madre como figura de apego y el 36,8% a la pareja. Mientras que entre las madres cuyo embarazo fue planificado sólo el 22,2% elige a la madre como figura de apego, mientras que la elección de la pareja como figura de apego casi se duplica al 66,7% de los casos.

Sin analizar el cómo, el porqué o el vínculo en profundidad, estas observaciones permiten rescatar la importancia de la figura de apego durante el embarazo y el valor de la construcción de ese vínculo tanto para la embarazada como para el futuro bebé.

Todos estos conceptos desde la Teoría del Apego destacan la trascendencia de los primeros vínculos y enfatizan la comprensión de la vulnerabilidad del ser humano al comienzo de la vida. Pensar la salud física y psíquica de la madre y del bebé desde este marco significaría brindar protección a la madre durante el embarazo a partir de esta visión vincular en relación con sus propias figuras de apego.

¿Cómo es el vínculo de apego con el bebé durante el embarazo? La Teoría del Apego prenatal postula que se desarrolla una relación única entre los padres y el feto mucho antes de que nazca un niño. El concepto de apego de Bowlby y Ainsworth se extiende a la instancia prenatal y se considera el origen del vínculo materno-filial al enlace de la madre hacia el niño antes del nacimiento.

El avance de la tecnología, la utilización del ultrasonido y videos permiten observar el comportamiento fetal y cómo responde el feto ante diversos estímulos, es así como

numerosos estudios demuestran la importancia de la relación materno-fetal y cómo las emociones maternas influyen en el desarrollo de las estructuras mentales del bebé.

Otras investigaciones sobre la relación entre la aceptación de la sensibilidad del feto y el apego materno-fetal (Eichhorn 2012), el estilo de apego adulto y el ajuste emocional de mujeres durante el embarazo (Farkas et al., 2008), depresión y embarazo (Alvarado et al., 2000), la relación entre estilo de apego de la madre y tipo de representación que ella construye acerca del hijo en gestación y de sí misma como madre (Grimalt & Heresi, 2012) o el programa de reducción de riesgos y educación de la depresión prenatal (Chasse, 2016) señalan al embarazo como un momento único en la construcción del vínculo con el bebé, acentúan la importancia del bienestar socioemocional de la madre y valoran al apego prenatal fundamentalmente por la relación que guarda con el vínculo que se establece después del nacimiento.

Eichhorn (2012) define al apego materno-fetal como los sentimientos, pensamientos, hábitos y emociones de la madre que impactan en el niño no nacido. Considera a esta relación materno-fetal multidimensional y clarifica el concepto proponiendo tres categorías de apego prenatal: el apego cognitivo, conceptualizaciones acerca del feto, características, aquello que están esperando saber los padres de él; el apego afectivo, accesibilidad emocional de los padres, interacción con el feto y los sentimientos sobre esa interacción; y el apego altruista, aquello que se relaciona con la preparación de los padres para el arribo del bebé, imaginar ser padres.

Si bien el apego prenatal no fue introducido como pregunta directa en esta investigación, el 42,9% de las entrevistadas refirió a conceptualizaciones, emociones o imágenes del bebé por nacer.

Es decir, entonces, que a pesar de la inmadurez del feto para aprender, recordar o dar sentido a cualquier experiencia, el apego prenatal asume un nuevo y más amplio

significado que ya no sólo impacta en la relación materno-fetal y en la conducta fetal, sino también es fundante y precursor de la relación de apego madre-bebé después del nacimiento. Desde la perspectiva de la promoción y prevención de un apego sano, el embarazo es uno de los momentos de mayor sensibilidad y vulnerabilidad donde puede producirse una modificación en el estilo de apego, un momento idóneo para intervenir preventivamente.

El objetivo de relacionar el Análisis Transaccional y la Teoría del Apego en torno al concepto de maternidad, considerar el vínculo de apego desde la perspectiva del Análisis Transaccional y su articulación con el concepto de reciclaje de Pamela Levín, se vincula con uno de los propósitos de esta investigación, el de aportar conocimiento científico desde un enfoque ecléctico en línea con sus fundamentos filosóficos.

Ambas teorías reconocen al hombre como un ser biopsicosocial, desde esta visión del ser humano se relacionan con campos teóricos de otras ciencias como la biología, la neurofisiología y otras ramas de las Neurociencias. Además integraron importantes aportes de la Teoría Cognitiva, como los trabajos sobre el desarrollo del niño de Piaget y Spitz. Otro punto en común es la valoración de lo interpersonal, lo vincular por sobre lo intrapersonal, desde su nacimiento el hombre depende del adulto para sobrevivir, esta relación universal y con raíces biológicas se construye a lo largo de la vida y es fruto de las experiencias con las figuras de apego en la infancia, en la adolescencia, en la relación de pareja, en las experiencias con cada hijo.

En la primera etapa de la infancia, el primer año de vida, especialmente los primeros meses, las dos teorías comparten postulados sobre el carácter fundacional y constitutivo de esta etapa para la salud psíquica y emocional del bebé y para su desarrollo a lo largo de toda su vida.

Desde la perspectiva transaccional se valorizan las vivencias tempranas, los primeros vínculos afectivos, las primeras emociones y sensaciones. La etapa del Ser, es la etapa donde se logra el poder de ser y existir incondicionalmente, tener derecho a estar, ser tocado, acariciado, cuidado y alimentado, y como contrapunto lo nocivo que puede ser para la salud mental de la persona no contar con estos mensajes o no satisfacer estas necesidades, pudiendo incluso derivar en la psicosis o en la muerte. Esta línea está orientada a la clínica y trabaja con técnicas y ejercicios dirigidos a recuperar al Niño Interior, resignificando los mensajes internalizados en la infancia.

Desde la perspectiva de la Teoría del Apego el vínculo de apego se construye en base a la interacción del bebé con la figura de apego en los primeros meses de vida, excepto situaciones patológicas o de abandono, el vínculo está establecido antes del año de vida. Toda la investigación de esta teoría y su inferencia en la psicopatología dan apoyatura sólida y fundamentos sobre la importancia que tiene esta primera etapa en la formación del vínculo de apego y sus consecuencias futuras. Evidencia contundente de ello es el estudio longitudinal sobre los efectos de la privación por institucionalización temprana de los niños adoptados de Rumania, cuya conclusión señala que los niños adoptados antes de los seis meses de edad pudieron recuperarse y no mostraron diferencias en las escalas de evaluación que los niños no institucionalizados. (Stevens et al., 2007).

Introduciendo otra arista del objetivo: el concepto de reciclaje, desde la perspectiva transaccional, se define como la capacidad de repetir las etapas de la infancia influenciada por el contexto presente, afirmando que la mujer recicla su etapa del Ser durante el embarazo y su vínculo con el bebé. ¿Cómo se articula el concepto de reciclaje con la Teoría del Apego?

El mismo Bowlby (2009) sostiene "...una mujer que espera un bebé o una madre que atiende a su pequeño siente el profundo deseo de ser cuidada y amparada" (p. 16). Stern

(1997) profundiza en la temática, sostiene que la madre entra en una nueva organización psíquica “la constelación maternal” que determinará sus sensibilidades, deseos, fantasías y tendencias a la acción. Esta nueva organización está influenciada por la tradición cultural y por el modelo que tiene la madre de su propia madre. Basado en investigaciones desde las neurociencias cognitivas introduce el concepto de contexto de memorización actual, de qué forma el contexto presente es la clave de la memoria evocada. Visto de esta manera, para la madre el momento presente de sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos actúa como detonante para activar muchas redes de memoria y recuerdos. El contexto memorizador de la madre está constituido por las interacciones diarias con el bebé, sentirlo, pensarlo, imaginarlo, amamantarlo, consolarlo. En palabras de Stern “...lo que siente directamente una parte y lo que se aprehende empáticamente de la experiencia de la otra”. (p. 221).

Un punto importante en relación al reciclaje y al contexto memorizador es el concepto de seguridad ganada. La entrevista de Apego para Adultos (AAI) permite evaluar cómo son las representaciones de apego en los adultos, cuál es su estilo de apego. La AAI, centrada en la cualidad del relato sobre las experiencias de apego infantiles y las reflexiones sobre las mismas, evalúa la objetividad de las descripciones, lo cooperativo del discurso, la valoración de la experiencia y la capacidad de pensar sobre lo que piensa y siente, no la experiencia en sí sino cómo se la cuenta. De acuerdo a su escala las categorías de las representaciones de apego pueden ser: Libre/Autónoma, Evitativa, Preocupada, no resuelto-desorganizada. Sin embargo existe una nueva categoría que resulta del cruce de dos dimensiones, el contenido de la experiencia (qué cuentan) y la forma en que lo hacen (cómo lo cuentan), hay personas que cuentan experiencias infantiles negativas, dolorosas y hasta de maltrato asociadas a categorías de apego inseguras o desorganizadas, sin embargo lo hacen de manera coherente,

completa, real con la suficiente distancia emocional. Estas personas tienen un modelo de vínculo considerado como libre/autónomo, se trata de personas que lograron superar y sobreponerse a su historia, personas incluidas en una categoría especial “seguridad ganada”. Esta seguridad ganada se asienta sobre la relación con otras figuras de apego, ya sea en la infancia o más tarde. Si bien estas experiencias no se borran, se elaboran de forma tal que, según las investigaciones una madre con seguridad ganada puede generar un apego seguro en su hijo al igual que la madre cuya seguridad fue sostenida desde su nacimiento. La seguridad ganada es el proceso posibilitador y reparador a través del cual los individuos superan las experiencias negativas con sus padres. En palabras de Di Bártolo (2016) “la historia no es el destino” (p. 119). Pensar el embarazo como una instancia de reciclaje o desde un contexto memorizador, es pensarlo como un terreno fértil donde las madres con el acompañamiento necesario procesen las experiencias negativas de apego y puedan ganar seguridad.

Respecto al trabajo de campo en relación a la articulación de las teorías se puede comprobar en los relatos de las entrevistadas que cuantiosos ejemplos y resultados tales como necesidad de apego (8.2.3), persona identificada como figura de apego (8.2.3), conducta de apego (8.2.4) y percepción de sí misma durante el embarazo (8.2.5), permitieron ilustrar conceptos en forma transversal de ambas teorías.

Por lo analizado hasta aquí y en línea con sus fundamentos filosóficos, ambas teorías consideran la primera etapa de la vida como constitutiva para la salud psíquica y emocional del bebé y para su desarrollo a lo largo de toda su vida. Coinciden en las vivencias de cuidado y protección que experimentan las madres durante el embarazo y en la necesidad de que esto suceda. El contexto memorizador es un concepto comprendido en el concepto de reciclaje. Y el abordaje planteado desde el proceso de seguridad ganada coincide con el proceso de recuperación del Niño Interno planteado

desde el reciclaje de la etapa del Ser. Estos puntos en común entre el Análisis Transaccional y la Teoría del Apego en torno a la maternidad viabilizan la interacción y articulación entre ellas haciendo factible ampliar el conocimiento teórico, propósito planteado en esta investigación.

Se recuperaron los más recientes avances científicos de las Neurociencias que exponen las modificaciones que se producen en el cerebro de la mujer durante el embarazo.

Las neurociencias tienen como propósito entender el funcionamiento del cerebro y sus complejas funciones psicológicas tales como la conciencia, el lenguaje y otras. El cerebro de manera continua se adapta, se actualiza y se modifica a sí mismo a partir de la experiencia, y estas variaciones se realizan dependiendo no sólo de la función cerebral sino también de la herencia genética, la edad, el género y las experiencias personales. Parte del desafío de las neurociencias es explicar cómo funcionan estos circuitos, cómo se modifican y se relacionan con los más complejos procesos psíquicos.

Desde esta perspectiva el ser humano nace inmaduro y en los primeros años de vida su cerebro sufre cuantiosos y significativos cambios anatómicos y funcionales, producto de la interacción entre su genética y su entorno físico y social. Un bebé en los primeros días de vida establece para su desarrollo humano una relación con su cuidador principal crítica, pues afecta su desarrollo afectivo, social y cognitivo a lo largo de toda su vida. Asimismo, el cerebro de la madre sufre cambios durante la maternidad que la predisponen a responder adecuadamente a los estímulos provenientes del bebé y a brindarle cuidado y atención. Estos cambios influyen en el cerebro infantil proporcionando las bases del desarrollo neurobiológico, socioafectivo y cognitivo del niño, comprender los cambios cerebrales que acontecen en la madre durante la reproducción y la maternidad contribuiría a la comprensión del desarrollo infantil.

López Moratalla (2008) profundizando en el vínculo afectivo sostiene que el vínculo de apego entre la madre y el hijo forma parte de un proceso biológico natural y que el cerebro de la madre se organiza y crea, orientado por las hormonas y factores del embarazo, “el complejo y rico comportamiento materno”. (López Moratalla, 2009, p. 303).

Las investigaciones en neurociencias del vínculo de apego en la mujer gestante se orientan hacia dos ejes fundamentales, en la investigación de los soportes neuronales en la construcción de la vida emocional y la exploración de las relaciones entre el sistema límbico y los procesos cognitivos.

El complejo comportamiento cognitivo–emocional humano se basa en la integración de diferentes áreas del cerebro, no existe un área exclusivamente afectiva o exclusivamente cognitiva. La integración de conexiones tan diversas se debe, en parte a la estructura del cerebro humano en tres capas concéntricas, el núcleo denominado cerebro reptiliano que regula las funciones vegetativas e instintivas; la segunda capa o sistema límbico se despliega en ambos hemisferios cerebrales y la última, la corteza cerebral es la de mayor tamaño y complejidad en la especie humana. Estas interacciones se producen en zonas de gran conectividad, nudos que regulan el flujo de información, el comportamiento maternal y el vínculo de apego se caracterizan por interacciones cognitivo-emocionales y tienen como sustrato anatómico el complejo amigdalino, punto de contacto entre cognición y emoción.

Tras un relevamiento de los nuevos conocimientos científicos acerca del cerebro materno Escolano Pérez (2013) afirma que los cambios estructurales, funcionales y neuroendócrinos que se producen en el cerebro materno están destinados a garantizar el óptimo desarrollo de la descendencia.

En base a datos obtenidos por resonancia magnética las investigaciones revelan que el período que transcurre entre el segundo y el cuarto mes posteriores al parto, coincidente con el período en que la relación materno-filial se desarrolla y profundiza, se producen modificaciones estructurales a nivel cerebral, verificándose un aumento de volumen en diversas áreas del cerebro materno. Estas áreas son: **el área preóptica medial del hipotálamo** donde se promueve la motivación maternal, debido a su función en la discriminación olfatoria para reconocer al bebé; **Amígdala**, clave para el procesamiento emocional de señales sensoriales como el llanto del bebé; **Córtex parietal** que interviene en el procesamiento de información somatosensoriales relacionada con el bebé como sus caricias; **Sustancia negra**, parte del sistema de recompensas que activado por los estímulos infantiles refuerza la respuesta positiva de la madre; **Córtex prefrontal**, regulador de la conducta maternal en función de la integración de diferentes informaciones relativas al bebé. Dichas áreas se relacionan con las conductas que lleva a cabo la madre para el cuidado y supervivencia de su hijo. A la luz de estos resultados se puede afirmar que durante los primeros meses de la maternidad humana, las experiencias de la madre con el bebé se acompañan con cambios estructurales en las regiones cerebrales afectadas en el procesamiento de la información referida al bebé, la motivación y la conducta maternal.

En referencia a los cambios funcionales, utilizando la misma técnica de resonancia magnética funcional se realizaron estudios a madres destinados a evaluar la responsividad materna y sus correlatos neurofuncionales, estudios que permiten captar la actividad cerebral que se desarrolla en la madre ante la presencia de estímulos visuales (caras) y auditivos (llanto). Estas investigaciones demostraron que la capacidad de la madre para reconocer el llanto de su bebé mejora desde el momento del parto, mediada por el aprendizaje se produce una modificación en las zonas de activación

cerebral, menor activación en la amígdala (relacionada a la respuesta de alarma) y una mayor activación en el córtex prefrontal medial y el hipocampo (una respuesta de carácter social y afectivo). Respecto a los estímulos visuales, estudios realizados a madres mediante la presentación de caras adultas e infantiles revelaron que si bien existen áreas de activación comunes para ambos estímulos, el procesamiento de caras infantiles se acompaña de un mayor número de áreas de activación, especialmente el córtex prefrontal orbital. Otros estudios demostraron que cuando las imágenes infantiles corresponden a sus hijos aumenta la activación en el córtex prefrontal orbital, siendo todavía mayor cuando las caras expresan alegría. Estos resultados relacionados a otras investigaciones que evidencian que el córtex prefrontal orbital está implicado en el procesamiento de estímulos de recompensa y aprendizaje por recompensa, podrían sugerir que estímulos familiares relativos a expresiones de alegría y felicidad actuarían reforzando la respuesta positiva de la madre, potenciando el vínculo materno-filial.

Los cambios endócrinos que se producen en el embarazo y el parto son múltiples y complejos. La hormona oxitocina forma parte de los cambios cerebrales relacionados al comportamiento maternal, produciendo efectos a corto y largo plazo. Los niveles de oxitocina aumentan durante el parto produciendo sensación de euforia, aumento del umbral de dolor, incremento de la sensación de cariño con el bebé y disminución de la sensación de estrés, al reducir los valores de cortisol (hormona del estrés). Según otros estudios, las madres que dan a luz mediante cesárea y no por parto natural, manifiestan diferencias conductuales y de activación cerebral.

Al considerar las modificaciones que sufre el cerebro de la mujer durante el embarazo López Moratalla (2008) lo detalla según el momento gestacional. En su informe científico sobre la comunicación materno-filial sostiene que los cambios hormonales comienzan en todo el cuerpo de la mujer, incluido cambios específicos a

nivel cerebral desde el momento que el embrión se implanta en el útero de la madre (día 15). Entre el segundo y cuarto mes la progesterona aumenta en el cerebro de la mujer entre diez y cien veces, respuesta que tiene como consecuencia la reducción en la respuesta emocional y física de la mujer al estrés. Las señales provenientes del feto estimulan la producción de ciertos neurotransmisores como la oxitocina también denominada hormona de la confianza; la prolactina, hormona inductora de la producción de leche y la dopamina, reguladora de movimientos y sistemas de recompensa. A partir de que la madre comienza a registrar los movimientos del feto, estimula la secreción de oxitocina, esta hormona en especial necesaria para generar el vínculo de apego, cuenta con receptores en todas las áreas conectadas al complejo amigdalino de la mujer, como ya se mencionó, un centro neurálgico clave para la integración cognitiva-emocional-vegetativa. Entre el octavo y noveno mes del embarazo el cerebro de la mujer reduce su tamaño y lo recupera después del parto. Dicha reducción no es a expensas de la disminución o pérdida de neuronas sino en función de cambios producidos en el metabolismo celular necesarios para la reorganización de circuitos neuronales. Durante el parto y debido al contacto cuerpo-cuerpo que se produce, el cuerpo de la mujer libera la oxitocina almacenada durante el embarazo, situación que refuerza y favorece el vínculo de apego, en la lactancia el contacto piel a piel de la madre y el bebé durante la succión es un nuevo estímulo para su liberación. En referencia a los efectos del estrés materno en el cerebro del feto Anna Humphreys (2015), analiza investigaciones que indican que los altos niveles de estrés materno prenatal pueden tener impactos negativos sobre la descendencia. La estructura y la función del eje HPA pueden verse afectadas por altos niveles de estrés materno, generando la producción de glucocorticoides como el cortisol que atraviesan la barrera placentaria, alterando la formación del cerebro del feto y sus sinapsis.

Ahora bien, desde la perspectiva de las Neurociencias la relación madre-hijo es una interrelación que traspasa la esfera de lo individual y llega a lo vincular, desde el plano biológico la conducta de uno influye en la conducta del otro. En el bebé se produce después del parto, entre el tercer y doceavo día una hipoactivación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), crucial para la valoración de estímulos estresantes, respuesta psicobiológica, interpretación de claves sociales y regulación emocional. La infancia temprana es un período crítico para la reactividad del eje HPA y está directamente relacionada a los cuidados maternos. Otros estudios comprobaron que una prolongada exposición en la infancia a hormonas relacionadas al estrés, como un aumento de cortisol, pueden provocar cambios neuroendócrinos importantes en los niveles de dopamina y oxitocina, como así también alteraciones anatómicas y funcionales en el córtex orbitofrontal, el cuerpo calloso, amígdala, hipocampo e inhibición de la neurogénesis y de la mielinización. Estos cambios producidos en la infancia pueden perdurar y afectar la vida adulta acompañándose de patrones afectivos, cognitivos y conductuales. Es decir, la capacidad regulatoria del cuidador influiría a largo plazo en la reactividad del sistema infantil que responde al estrés. Otras investigaciones corroboran también que el área del hipocampo, área relacionada particularmente al aprendizaje y la memoria, se ve afectada durante la gestación.

En el trabajo de campo en relación a este objetivo, sin pretender demostrar una relación lineal o de causa efecto, se consideraron los datos a la luz de las investigaciones aportadas desde las neurociencias. Las entrevistadas dieron cuenta de cambios durante el embarazo. Según sus relatos, el 53,6% describió un cambio de actitud positivo respecto al embarazo después de los primeros meses, mientras que el 28,6% de los casos manifestó sentir mayor sensibilidad durante el embarazo. Frases tales como “Y después bueno, me vino, como quien diría, la alegría.” (Caso 1), “...cambié totalmente, porque

dejé de tomar, dejé de fumar, todo por el embarazo. Y hasta ahora no me arrepiento de hacerlo.” (Caso 5), “...la tranquilidad como de la conexión que yo sentía con ella, era como que me tranquilizaba saber que no sé...” (Caso 7), “Pero salió todo bien así que lo aceptamos, nos pusimos las pilas.” (Caso12), “De primero no estaba muy segura, pero después me emocioné...” (Caso 28), “Estaba muy sensible y más con el papá.” (Caso 11), “Sí, mucho más. Lloraba por cualquier cosa, estaba muy sensible, por eso.” (Caso 20), “Yo estaba contenta y lloraba de emoción, cada cosita que pasaba yo lloraba, si se movía.” (Caso 22), ilustraron las narraciones. (Mayor detalle ver el punto 8.2.5 del capítulo 8 de resultados).

Recapitulando, múltiples investigaciones en neurociencias demuestran los cuantiosos y significativos cambios anatómicos y funcionales que sufre el cerebro materno durante la maternidad para responder adecuadamente a los estímulos provenientes del bebé y brindarle cuidado y atención. Otras investigaciones exponen que los cuidados maternos recibidos durante la primera infancia se asocian con cambios funcionales y estructurales en las regiones cerebrales implicadas en dar respuestas adecuadas a los estímulos infantiles cuando se es madre en edad adulta, este efecto transgeneracional evidencia la relevancia de las primeras interacciones madre-bebé. La relación de estos hallazgos con las consideraciones de las entrevistadas respecto a los cambios que vivenciaron durante el embarazo, la interacción entre lo biológico, lo psíquico y lo social, lo crítico del período perinatal en relación al efecto transgeneracional, dejan expuesta la complejidad del tema, la necesidad de un abordaje interdisciplinario y la importancia que reviste expandir el conocimiento del desarrollo afectivo desde la perspectiva de las neurociencias.

Estas últimas reflexiones se yuxtaponen con el quinto y último de los objetivos específicos de esta tesis, relacionar los conceptos de reciclaje, vínculo de apego, cerebro

materno y la investigación empírica con una visión integral e integradora. Esta vinculación entre los conceptos, los relatos, los datos porcentuales y las perspectivas teóricas se fue construyendo a lo largo de la investigación: el sustrato anatómico del comportamiento maternal y el vínculo de apego son zonas de gran conectividad entre cognición y emoción como el complejo amigdalino, los cambios que se producen en el cerebro materno como la secreción de oxitocina atenúa los efectos del estrés, las entrevistadas manifiestan la necesidad de estar acompañadas por sus figuras de apego, las neurociencias denominan a la oxitocina la hormona de la confianza, en la investigación empírica se recogen testimonios de un cambio de actitud positivo en el embarazo en un porcentaje elevado de entrevistadas, las neurociencias sostienen que áreas del cerebro relacionadas al aprendizaje y la memoria como el hipocampo se modifican en el embarazo, el reciclaje de la etapa del ser desde la perspectiva del Análisis Transaccional o el contexto memorizador desde la perspectiva de la Teoría del Apego se relacionan con procesos de memoria y aprendizaje.

Este objetivo procura, asimismo, incluir en su análisis aquellos datos surgidos de la investigación que si bien no fueron enfáticamente recuperados en el proceso de selección de variables constituyen aristas del mismo insoslayables conforme a la relevancia que tienen para este estudio. El primer dato significativo, previo a las entrevistas fue el alto grado de interés que manifestaron las madres por formar parte de la investigación, en el momento especial que transitaban (24/48 hs. posteriores al parto), el 93,8 % aceptó realizar la entrevista. Otro dato significativo en relación con la participación fue el alto nivel de involucramiento que revelaron las entrevistadas, todas relataron aspectos íntimos de su vida, refiriéndose a su relación con la pareja, cuestiones sobre el embarazo, conflictos familiares. Respecto a la percepción de la entrevista el 92,9% de las entrevistadas declaró sentirse bien o muy bien durante la entrevista, sus

comentarios fueron “A veces hace bien hablar de...” (Caso 3), “Muy bien, tranquila.” (Caso 6) “Me sentí bien... Sí, ¡es un alivio!” (Caso 9), incluso expresaron signos no verbales como llanto, sonrisas o muestras de afecto a la entrevistadora. Tales circunstancias expusieron la predisposición, la apertura, la necesidad de las entrevistadas de poner en palabras sus vivencias y experiencias sobre el embarazo. Datos que se relacionan lo analizado hasta el momento y se constituyen en una premisa importante a la hora de desarrollar el propósito social de esta investigación: considerar al embarazo un momento único para apoyar y acompañar la preparación de la madre.

El proceso de elaboración y análisis de los objetivos específicos, la construcción en torno a la maternidad y las vivencias maternas, en el marco de esta investigación cualitativa de carácter exploratorio descriptivo, busca condensarse en el objetivo general, identificar y describir el modo en que la madre recicla su propio vínculo de apego durante el período de embarazo.

A manera de cierre de esta discusión es preciso reflexionar acerca de los propósitos implicados en esta investigación. Uno de ellos es el aporte al conocimiento científico, la contribución tanto teórica como empírica al concepto de Reciclaje y Niño Interno de la mujer en período de embarazo desde la perspectiva del Análisis Transaccional y su relación con el Vínculo de Apego. En consecuencia, abordar la etapa del Ser en el sentido que la define el Análisis Transaccional, incorporando la perspectiva de la Teoría del Apego, es pensar la etapa del Ser como el momento, donde se construye el vínculo de apego, lo cual permitiría incorporar la vasta investigación científica de esta teoría. Establecer relaciones entre el Análisis Transaccional y la Teoría del Apego, haciendo una revisión de las principales investigaciones de ambas teorías en torno a la maternidad a fin de lograr una articulación entre sí, más allá de sus diferencias, permitió que los desarrollos conceptuales y el análisis de los resultados obtenidos en el trabajo empírico

apoyen el desarrollo teórico de las teorías, y aporten al conocimiento científico. El desarrollo de las neurociencias sobre el cerebro materno y el vínculo de apego amplían y enriquecen ese conocimiento, a la vez que lo dimensionan respecto a su complejidad invalidando cualquier abordaje que no tenga una visión integral que abarque lo psíquico, lo biológico y lo social. Desde este abordaje biopsicosocial quedará para futuras investigaciones líneas que profundicen los conceptos de seguridad ganada y reciclaje durante el embarazo, como así también ampliar el universo investigado a diversas áreas y sectores sociales.

En cuanto al propósito social, la potencial aplicación de los resultados de esta investigación aspira a enriquecer toda práctica relacionada al embarazo y a la atención de la mujer en gestación en múltiples disciplinas. Tanto la teoría como el trabajo de campo de esta investigación pretenden ampliar el conocimiento sobre el estado emocional de la mujer, vivencias y necesidades durante el embarazo y sus implicancias en la salud del futuro bebé. Considerar al período de gestación como una oportunidad única para la preparación de la madre, en que una apropiada construcción del vínculo en esta etapa beneficiará el bienestar de la madre y de su bebé, significa valorizar sus vínculos de apego, reconocer la necesidad de contar con ellos y reflexionar sobre el proceso de reciclaje, en su plena potencialidad y vulnerabilidad. Esta investigación tiene como propósito aportar estos elementos a la hora de pensar políticas sanitarias y un sistema de salud que puedan acompañar el extraordinario proceso de dar vida.

CAPÍTULO 10

Referencias

CAPÍTULO 10

Referencias

- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A. (2000). *Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 84-93. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000200003>
- Álvarez González, M. A., Trápaga Ortega M. & Morales Valiente, C. (2013). *Principios de neurociencias para psicólogos*. Buenos Aires: Paidós.
- Álvarez, M. A. (2009). *Datos Blandos para ciencias duras*. Buenos Aires: Paidós.
- Asamblea Constituyente. República Argentina. (1994). *Art. 75 inc. 22*. Recuperado de <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/Debate-constituyente.htm>
- Asociación Mundial de Perinatología. (2001). *Declaración del 5to. Congreso Mundial de Perinatología*. Barcelona, España. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-toko-ginecologia-practica-133-articulo-v-congreso-mundial-medicina-perinatal-13026412?redirectNew=true>
- Association of Pre and Perinatal Psychology and Health. (APPPAH). (2011). *Mission. Legacy*. Recuperado de <https://birthpsychology.com/content/mission>

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010) *Manual de evaluación de competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., & Sonuga-Barke, E. J. (2006). *Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study*. *Child development*, 77(3), 696-711. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00898.x
- Berne, E. (2007). *Juegos en que participamos. La psicología de las relaciones humanas*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
- Blasco, T. (2007). *Prenatal and perinatal memories in preverbal children: clinical observations using videotape examination*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 22 (1), 31- 53.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Bowlby, J. (1998). *El apego. El apego y la pérdida I*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1998). *El apego. La separación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1998). *La pérdida. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*.

Buenos Aires: Editorial Paidós SACIF.

Bradshaw, J. (1993). *Nuestro niño interior*. Buenos Aires: Emecé Editores.

Brandon, A.; Pitts, S., Denton, W., Stringer, C. & Evans, h. (2009). *A history of the theory of prenatal attachment*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 23 (4), 201- 222.

Cardenas, F. & Lamprea, M. R. (2001). *La década del cerebro. Logros e implicaciones*. *Psicopediahoy*, 3(3). Recuperado de <http://psicopediahoy.com/decada-del-cerebro/>

Cardinali, D. P. (1992). *Manual de neurofisiología*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Casullo M. & Fernández Liporace, M. (2005). *Los estilos de apego. Teoría y medición*.

Buenos Aires: JVE Ediciones.

Celnikier, F. (2007). *Construcción cuerpo-mente. Raíces de la terapia integrativa.*

Buenos Aires: Editorial Salerno.

Cena, L. & Imbasciati, A. (2010). *Perinatal clinical psychology. Mother-child interactions in primary care.* Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 25 (2), 67- 88.

Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana.* Madrid: Editorial Gredos.

Corral-Verdugo, V. (1996) *A structural model of recycling in Mexico.* Environment and Behavior, 28 (5) 665-669. doi: 10.1177/001391659602800505

Costa Seguí, M. (1995). *El período prenatal como el origen de estructuras de carácter.* Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 7 (3), 309-322.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicancias clínicas de la teoría del apego.* Valencia: Editorial Promolibro.

Champagne, F. A., Curley, J. P., Keverne, E. B., & Bateson, P. P. (2007). *Natural variations in postpartum maternal care in inbred and outbred mice*. *Physiology & behavior*, 91(2), 325-334. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.03.014>

Chasse, J. F., (20016). *Prenatal depression risk reduction & education*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 30 (4), 279- 302).

Chisholm, K. (1998). *A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from romanian orphanages*. *Child development*, 69(4), 1092-1106. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06162.x

Damasio, A. (2010). *El error de Descartes*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Di Bártolo, I. (2012). *Historias lúdicas de apego. Ventanas a la mente en la niñez*. *Revista de Psicología*, 8(15), 29-46. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/collect/Revistas-old/index/assoc/historia/s-ludica.dir/doc.pdf>

Di Bártolo, I. (2016). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Eichhorn, N. (2012). *Maternal fetal attachment. Can acceptance of fetal sentience impact the maternal-fetal attachment relationship?* Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 27(1), 47- 55.

Erskine, R. G. (2009). *Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement.* Transactional Analysis Journal, 39(3), 207-218.
doi:10.1177/036215370903900304

Esch, T., & Stefano, G. B. (2005). *The neurobiology of love.* Neuroendocrinology Letters, 26(3), 175-192.
doi:<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.472.298&rep=rep1&type=pdf>

Escolano-Pérez, E. (2013). *El cerebro materno y sus implicaciones en el desarrollo humano.* Revista de Neurología, 56(2), 101-108. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5602/bh020101.pdf>

Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, M., & Pinedo, J. (2008). *Apego y ajuste socio emocional. Un estudio en embarazadas primigestas.* Psykhe, 17(1), 65-80.
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100007>

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis.* Barcelona: Editorial SPAXS.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). (2010). *Decálogo del Prematuro*. Semana del Prematuro 2010. Consultado en:
<http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>. Acceso: 12/08/2011.

Gamarnik, Y. (2005). *El apego en proceso*. Buenos Aires: Letra Viva.

Giménez Amaya, J. M. (2009). *Neurobiología del vínculo de apego y embarazo*. Cuadernos de Bioética, 20(70), 333-338. Recuperado de
<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=753275>

Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). *Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo*. Revista chilena de pediatría, 83(3), 239-246.
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hodges, J., & Tizard, B. (1989). *IQ and behavioural adjustment of ex-institutional Adolescents*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30(1), 53-75.
doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00769.x

- Humphreys, A. (2015). *Prenatal Maternal Stress: Neurological and Physiological Impacts on Offspring*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 30(1).
- Ikegawa, A. (2005). *Questionnaire regarding fetal / infant memory in the womb and / or at birth*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 20(2), 121- 133.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INDEC). (2010). *Censo Nacional de población, hogares y viviendas de la República Argentina*. Recuperado de <http://www.indec.mecon.ar/buscador.asp?t=luj%El n>
- Jung, C., Von Franz M.L., Henderson J. L., Jacobi J. & Jaffé A. (1984). *Acercamiento al inconsciente. En El hombre y sus símbolos* (pp. 16-102). Barcelona: Luis de Carlat Editor.
- Jung, C. (2008). *Conflictos del alma infantil*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Kerman, B. (1998). *Nuevas ciencias de la conducta. Aplicaciones para el tercer milenio*. Buenos Aires: Universidad de Flores.
- Kertész, R. & Kerman, B. (1985). *El manejo del stress*. Buenos Aires: IPPEM.

Kertész, R. & Kertész, A. (1994). *Plan de Vida. Una guía completa de calidad de vida*. Buenos Aires: IPPEM.

Kertész, R. (1997). *Análisis Transaccional integrado*. Buenos Aires: IPPEM.

Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Newman, M. A., Feldman, R., & Swain, J. E. (2010). *Perceived quality of maternal care in childhood and structure and function of mothers' brain*. *Developmental Science*, 13(4), 662-673. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00923.x

Kinsley, C. H., & Meyer, E. A. (2010). *The construction of the maternal brain: theoretical comment on Kim et al.* (2010). *Behavioral Neuroscience*, Vol 124(5), 710-714. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0021057>

Krieger, P. (2006). *Reciclaje del pasado cultural*. *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas*, 89, 213-228. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-12762006000200008&lng=es&tlng=es.

Kriz, J. (1997). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Lambert, K. G., & Kinsley, C. H. (2012). *Brain and behavioral modifications that accompany the onset of motherhood*. *Parenting*, 12(1), 74-88.

doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15295192.2012.638868>

Larguía, A.M., Lomuto, C. & González, M. A. (2007). *Maternidades Centradas en la Familia*. Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia.

Larguía, A.M., González, M. A., Solana, C., Basualdo M. N., Di Pietrantonio E., Bianculi P., Ortiz Z., Cuyul A.& Esandi E. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Argentina*: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF)

Levin, P. (1980). *Cycles of power*. USA: The Nourishing Company.

Levin, P. (1982). *Cycles of development*. *Transactional Analysis Journal*, 12(2) April.

Levin, P. (2008). *Les Cycles de L'identité*. Paris: InterEditions.

Ley 23.849. Argentina. (Octubre 16 de 1990). *Apruébese la Convención sobre los derechos del niño*. Congreso Nacional. Recuperado de <http://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobrelosderechos.pdf>

Ley 24.632. Argentina. (Abril 1 de 1996). *Apruébese la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer* - "Convención de Belem do Pará" Congreso Nacional. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/36208/norma.htm>

Ley N° 418. Argentina. (Julio 12 de 2000). *Ley de Salud Reproductiva y Procreación responsable*. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/leyreproductiva.pdf>.

Ley N° 1040. Argentina. (Julio 7 de 2003). *Ley de Derecho de la mujer a estar acompañada*. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1040.html>

Ley N° 25.929. Argentina. (Septiembre 17 de 2004). *Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*. Congreso Nacional. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ley N° 26.862, Argentina. (Junio 25 de 2013) *Reproducción médicamente asistida*. Congreso Nacional. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=216700>

López Moratalla, N., & Villafranca, E. S. (2008). *Células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer*. Informa científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo. Universidad de Navarra. Recuperado de <http://www.aborto.cc/documentos/embarazo.pdf>

López Moratalla, N. (2009). *Comunicación materno-filial en el embarazo*. Cuadernos de Bioética, 20(70), 303-315. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=753273>

Luján, Argentina. (2011). Recuperado el 3 de septiembre de 2011, de http://www.lujanargentina.com/ciudaddelujan_provinciadebuenosaires.htm

MacLean, K. (2003). *The impact of institutionalization on child development*. Development and psychopathology, 15(04), 853-884.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579403000415>

Main, M. (2001). *Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego*. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, (8), 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3000>

Manes, F. & Niro, M. (2014). *Usar el cerebro. Conocer nuestra mente para vivir mejor.*

Buenos Aires: Planeta.

Marradi, A., Archenti, N., Piovani J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales.*

Buenos Aires: Emecé.

Marrone, M (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual.* Madrid: Psimática.

Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design. An Interactive Approach.* Sage

Publication. Recuperado de

<https://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=Maxwell%2C+J.+A.+%281996%29.+Qualitative+research+design.+An+Interactive+Approach.+Sage+Publication%2C+1-13.&btnG=&lr=>

McCulloch Doughty, F. (2007). *Sending and receiving: Biochemical communication of*

emotions between prenatate and mother: A call for early intervention. Journal of

Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 21(3), 281- 303.

Mellacqua, Z. (2014). *Beyond symbiosis the role of primal exclusions in schizophrenic*

psychosis. Transactional Analysis Journal, 44(1), 8-30.

doi:10.1177/0362153714529410

Mellor, K., & Andrewartha, G. (1980). *Reparenting the parent in support of redecisions*. *Transactional Analysis Journal*, 10(3), 197-203.
doi:10.1177/036215378001000304

Oates, J., Karmiloff-Smith, A., & Johnson, M. (2012). *Developing brains*. Recuperado de <http://oro.open.ac.uk/33493/>

Odent, M. (2005). *La científicación del amor*. Buenos Aires: Fund. Creavida.

Organización de Estados Americanos. (OEA). (1994). *Convenio para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belém do Pará. Recuperado de <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (ONU). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General, Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica. Resolución 44/25. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Organización de las Naciones Unidas. (ONU). (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto (38-39, 188). Recuperado de

<https://documents-dds->

ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement

Organización de las Naciones Unidas. (ONU). (1995). *Declaración y Plataforma de Acción. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, República Popular China de Beijing. Recuperado de

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (ONU). (2000). *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Cumbre del Milenio*. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica. Recuperado de

http://www.un.org/es/events/pastevents/millennium_summit/

Organización Mundial de la Salud. (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Tecnología apropiada para el parto*. Declaración de Fortaleza. Lancet,2. Recuperado de

http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf

Pawluski, J. L., & Galea, L. A. M. (2006). *Hippocampal morphology is differentially affected by reproductive experience in the mother*. Journal of neurobiology, 66(1), 71-81. doi: 10.1002/neu.20194

Pawluski, J. L., & Galea, L. A. M. (2007). *Reproductive experience alters hippocampal neurogenesis during the postpartum period in the dam*. *Neuroscience*, 149(1), 53-67.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2007.07.031>

Piaget J. & Inhelder, B. (1993). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.

Quintana, A. (2008). *Planteamiento del problema de investigación: errores de la lectura superficial de libros de texto de metodología*. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(1), 239-253. Recuperado de
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3893>

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.).
Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Reed, O. (2014). *The Effect of Maternal Factors on Prenatal Attachment*. University of Redlands. Recuperado de http://inspire.redlands.edu/cas_honors/3/

Remedi, C. & Soria, C. (2010). *Estrés prenatal y programación fetal. Epigenética prenatal y postnatal*. Recuperado de
http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alplax_0310.pdf

Rockwell, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico* (1982-1985).
Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios
Avanzados. Recuperado de
[http://polsocytrabiigg.sociales.uba.ar/files/2014/03/Rockwell-El-proceso-
etnografico.pdf](http://polsocytrabiigg.sociales.uba.ar/files/2014/03/Rockwell-El-proceso-etnografico.pdf)

Rodríguez, J. F. M., Barroso, J. M., Bonifacio, V., & Cardoso-Pereira, N. (2004). *La
década del cerebro (1990-2000): algunas aportaciones*. Revista española de
Neuropsicología, 6(3-4), 131-170. Recuperado de
[file:///C:/Users/ANALIA/Downloads/Dialnet-LaDecadaDelCerebro19902000-
2011700.pdf](file:///C:/Users/ANALIA/Downloads/Dialnet-LaDecadaDelCerebro19902000-2011700.pdf)

Rovtar, A. (1995). *La comunicación no verbal*. Trabajo no publicado.

Rovtar, A. (2000). *De pareja a familia*. En X Congreso Latinoamericano de Sexología y
Educación Sexual, Cusco, Perú. Libro de resúmenes (58).

Rovtar, A. (2013). *Reciclaje del propio ser durante el embarazo. Una mirada
integradora*. Calidad de Vida y Salud, 6 (2).

Ruíz Olabuenaga J.I. & Ispizuúa, M.A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*.
Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad del Deusto.

Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., & Sonuga-Barke, E. (2007). *Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees*. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(3), 332-350.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/17405620701401846>

Sameroff, A. (2010). *A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture*. *Child development*, 81(1), 6-22. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x

Sautu, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere SA.

Sautu, R. (2007). *Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.

Schore, A. N. (2000). *Attachment and the regulation of the right brain*. *Attachment & human Development*, 2(1), 23-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/146167300361309>

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). *Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment*. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7

Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2007). *The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210-218. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x

Spitz, R (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Sroufe, L. A. (2000). *Early relationships and the development of children*. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74. Recuperado de <http://www.cpsc.org/system/files/Early%20Relationships%20and%20the%20Development%20of%20Young%20Children.pdf>

Stern, D. (1998). *La primera relación madre-hijo*. España: Morata.

Stern, D. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Trout, M. (2004). *Adaptation and resilience in early life. Implications of the new developmental neurobiology for clinical practice*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18 (4), 287- 300.

Valencia-Alfonso, C. E., Feria-Velasco, A., Luquín, S., Díaz-Burke, Y., & García-Estrada, J. (2004). *Efectos cerebrales del medio ambiente social*. Revista de Neurología, 38(9), 869-878. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3809/q090869.pdf>

Verny, T. & Kelly, J. (1981). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Barcelona: Ediciones Urano S.A.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). *Attachment in institutionalized and community children in Romania*. Child development, 76(5), 1015-1028. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x

Zeki, S. (2007). *The neurobiology of love*. FEBS letters, 581(14), 2575-2579. doi:10.1016/j.febslet.2007.03.094

Imagen de portada: Alexander Milov. (2015). *Love*. Nevada.