

**REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL**

**El estado emocional de la madre durante el  
embarazo y ante el nacimiento de un hijo  
prematuro**

**Autor: Gloria Isabel López Marín**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:  
Ma. Altagracia Santoyo Medina**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



**UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**TESIS**

**“EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL  
EMBARAZO Y ANTE EL NACIMIENTO DE UN HIJO  
PREMATURO”**

*CASO DE ESTUDIO EN EL ÁREA DE NEONATOS DEL HOSPITAL CIVIL DE MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO.*

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

P r e s e n t a:

GLORIA ISABEL LÓPEZ MARÍN

Asesor:

Dra. Ma. Altagracia Santoyo Medina

MORELIA MICHOACÁN, FEBRERO 2012.

**INDICE**

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	8
ANTECEDENTES DEL TEMA.....	10
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
1. ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.....	14
2. EL RECIÉN NACIDO.....	41
3. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	49
3.1 CAUSAS DE PREMATUREZ.....	49
3.2 CARACTERÍSTICAS DEL BEBÉ PREMATURO.....	50
3.3 MORBILIDAD DEL PREMATURO.....	52
3.4 PREDISPOSICIONES POR PREMATUREZ.....	52
3.5 CUIDADOS ESPECIALES PARA EL BEBÉ PREMATURO.....	56
4. EL ENTORNO FAMILIAR.....	60
4.1 SISTEMA FAMILIAR.....	60
4.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	65
5. VÍNCULO FAMILIAR.....	71
5.1 LA IMPORTANCIA DEL VÍNCULO.....	77
5.2 LAS ETAPAS DEL VÍNCULO.....	83
5.3 EL APEGO.....	89
5.3.1 ESTILOS DE APEGO.....	91
5.4 RELACIÓN DE LOS PADRES CON SU BEBÉ PREMATURO .....	94

<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....</b>	<b>99</b>
ENFOQUE.....	99
TIPO DE ALCANCE.....	101
OBJETIVOS .....	101
OBJETIVO GENERAL.....	101
OBJETIVOS PARTICULARES.....	101
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	102
SUPUESTO TEÓRICO.....	103
EJES TEMÁTICOS.....	103
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	103
PARTICIPANTES.....	104
PROCEDIMIENTO.....	104
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS.....</b>	<b>107</b>
ANÁLISIS DE DATOS.....	147
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	164
<b>CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES.....</b>	<b>173</b>
CONCLUSIONES.....	173
LIMITACIONES .....	174
RECOMENDACIONES.....	175
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>182</b>
A ) FORMATO DE OBSERVACIÓN EN BEBÉS BASADO EN “LA ESCALA DE APEGO DURANTE EL ESTRÉS <u>ADS</u> ” .....	183
B) PROTOCOLO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD CON LA MADRE..	188

## RESUMEN

Las variables significativas y determinantes de la mortandad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso de nacimiento (Ventur-Juncá P. 2002).

El objetivo de la investigación fue identificar el estado emocional de la madre durante el embarazo y su relación como factor predisponente de prematurez.

Los participantes fueron 15 madres y sus recién nacidos ubicados en el área de neonatos por nacimiento prematuro en el Hospital Civil "Dr. Miguel Silva" en Morelia, Michoacán, México.

Se trató de un estudio de corte transversal descriptivo con un enfoque cualitativo. Tomando como base cuatro ejes temáticos: 1) Estado emocional de la madre durante el embarazo, 2) Estado emocional del padre ante el embarazo, 3) Relación de pareja y 4) Apego madre-hijo.

Los resultados muestran que:

Durante el embarazo la mayoría de las madres presentó un estado emocional depresivo cargado con emociones de enojo, tristeza y preocupación, de igual manera en la mayoría de los casos se hizo presente la tensión principalmente en base al área económica y posteriormente al nacimiento del hijo prematuro las madres manifestaron reacciones depresivas y respuestas sobreprotectoras para con sus bebés. Sin embargo la mayoría manifestó un apego seguro.

Palabras clave: Embarazo, Estado emocional, Recién nacido prematuro.

## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, considera bebés prematuros a aquellos recién nacidos menores de 37 semanas de gestación debido a que tienen una morbimortalidad mayor que los niños de 38 semanas de gestación. (Gomella,T.,Cunningham, M. & Eyal F. 2009)

Alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causada por los niños de menos de 1,500g y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematuridad. (Cifuentes, J. & Ventura-juncá, P. 2002) señalan que un alto porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Muy probablemente las vivencias de la mujer durante la etapa del embarazo están relacionadas con el futuro desarrollo del ser humano, debido a que durante el embarazo el bebé se encuentra conectado con la madre no sólo físicamente por el cordón umbilical, sino que también emocionalmente por el hecho de comenzar a sentir y a utilizar su memoria desde que está dentro del útero de la madre.

(McCarty, W., 2008) considera que un punto de comunicación constante entre la madre y el bebé desde que este comienza su desarrollo embrionario, es el latido cardiaco que la madre emana para el bebé, y que seguramente comunica algo al infante el autor describe que las emociones o impresiones causan una interferencia en el ritmo cardiaco de la persona, por lo tanto esto se le comunica al bebé, también la información perteneciente al estado emocional de una persona se relaciona a través del campo electromagnético del corazón y los patrones rítmicos de los latidos del corazón cambian de manera significativa cuando se viven distintas emociones y que el campo electromagnético del corazón puede transmitir información entre personas.

Cuando un individuo está generando un ritmo cardiaco coherente, es muy probable que ocurra una sincronización entre las ondas cerebrales de una persona y el ritmo cardiaco de otra.

El estado emocional de una persona es influido por el exterior, puede ser el clima, la compañía, o sucesos que ocurren durante el transcurso del día los que definan este estado emocional. Al parecer entre padres e hijos se establecen de forma natural fuertes vínculos afectivos que conforman y optimizan el desarrollo de los niños; sin embargo no todas las actitudes parentales favorecen la emergencia de dichos vínculos. Para que esto suceda es necesario que el progenitor sea sensible a las demandas de su pequeño; que sea capaz de lograr una sincronía o adaptación mutua cuando lo carga, habla o comparte su tiempo con el bebé, que le proporcione ayuda y protección emocional frente a cualquier percance, sea leve o sea severo, real o imaginario, que el niño pueda experimentar; que sepa transmitir esa ayuda mediante expresiones emocionales y finalmente motive y estimule el desarrollo de su hijo. (Gomella,T., Cunningham, M. & Eyal, F., 2009).

En algunas ocasiones cuando los bebés son prematuros, esta relación puede verse afectada, ya que estos necesitan de algunos cuidados especiales y son más propensos a presentar infecciones, por lo que un gran número de familias presentan dificultades relacionadas con un prematuro. (Gomella,T.,Cunningham, M. & Eyal, F., 2009).

Ante lo descrito se hacen necesarias investigaciones que permitan identificar factores que influyan en la presentación de la prematuridad neonatal haciendo especial hincapié en el estado emocional de la madre.

En el Capítulo I se describe el marco teórico en el cual se contemplan la etapa del embarazo y el desarrollo del neonato. Además se mencionan el estado emocional de la madre, en el cual interactúan factores biológicos y psicológicos, tomando como punto de partida la interrelación que existe entre la madre y el desarrollo del producto; también hace referencia de cómo el vínculo entre éste y la madre favorecen su desarrollo. En este capítulo también se abordan características generales de los recién nacidos. Así mismo a partir de la normalidad, describir anomalías de los recién nacidos y su relación con la prematuridad.

También aquí se enmarcan conceptos generales de familia, tales como el ciclo vital y la comunicación.

En el Capítulo II se describe la metodología utilizada, para lo cual se trató de un estudio de corte transversal descriptivo con un enfoque cualitativo tomando como base los ejes temáticos siguientes: 1) Estado emocional de la madre durante el embarazo, 2) Estado emocional del padre ante el embarazo, 3) Relación de pareja y 4) Apego madre-hijo; de los cuales surgieron las categorías de análisis siguientes: a) primer eje: Emociones antes del embarazo, Emociones durante el embarazo, Expectativas de la madre hacia su hijo, Tipo de respuesta de la madre ante el embarazo, Número de visitas que la madre realiza a su hijo después del nacimiento; b) segundo eje: Tipo de respuesta de la pareja ante el embarazo; c) tercer eje: Afecto, Comunicación y Apoyo Económico; d) cuarto eje: apego inseguro, inseguro evitante, inseguro ambivalente y desorganizado.

El Capítulo III trata del análisis de los datos de acuerdo a las categorías surgidas de la transcripción en un solo texto de las entrevistas a profundidad y de la observación utilizando además la escala de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress, (Henry Massie y Kay Campbell en 1979); posteriormente reformulada y adaptada “Escala de Apego durante el Stress (ADS)”. De igual manera contiene la discusión e interpretación de los resultados.

En el capítulo IV se dan a conocer las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

## JUSTIFICACION

“En el mundo nacen al año 20 millones de niños con peso menor de 2,500g. (10 a 20% de recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros”. (Cifuentes, J. & Ventura-Juncá, P., 2002)

Autores como (Nazaret, J. & Ramírez, R., 2002) señalan que “El parto prematuro, restricción crecimiento fetal y la preclampsia son responsables de más del 90% de la morbilidad perinatal.

El índice de nacimientos prematuros se ha incrementado hasta representar 1.5 % de la tasa de natalidad nacional, debido a que un número creciente de madres son adolescentes o tienen 40 años de edad o más, lo cual implica mayores riesgos para su salud y la del producto de igual manera (León, G., 2007) y (Romero, E., 2007) refieren que la incidencia de nacimientos con bajo peso en el país pasó de 9.4 por cada 100 mil en 1981 a 11.9 en 2001 y que en promedio, los menores prematuros son hospitalizados mes y medio, y algunos son atendidos hasta por 280 días después de su nacimiento. También menciona que la supervivencia de niños prematuros en años recientes ha mejorado, al grado de que la mitad de los que nacen pesando 750 gramos egresan vivos de las unidades de cuidado intensivo; en el caso de los recién nacidos con un peso de entre 751 y mil gramos se logran en un 86 %, pero esta cifra se eleva a 94 % entre los neonatos mayores de un kilogramo.

(Romero, E., 2007) refiere lo siguiente: “Si en México nacen unos dos millones de bebés, 40 mil de ellos tendrán un peso inferior a un kilogramo y medio y requerirán cuidados intensivos”, menciona que la atención a esos bebés es sumamente cara, ya que se requiere de un equipo multidisciplinario así como del cariño de sus padres para sacarlos adelante, así mismo señala que la prematurez está aumentando, debido a que la incidencia subió de 10.5 a 11.5 %.

(Gallegos M., Maldonado S., Medina M., Robledo, A. & Aguilar, A., 2010) Menciona que en comparación a años anteriores el número de nacimientos incrementa en casi mil por año, el autor refiere que en el 2010 de Enero a Mayo la estadística es de 3 mil 299 nacimientos donde se registraron 173 niños con peso de menos de dos kilos y casi 380 bebés son prematuros canalizados al área de neonatos.

Datos recientes señalan que en los últimos meses se ha incrementado la incidencia de recién nacidos prematuros en el área de pediatría, dependiente del Hospital de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Michoacán, de igual manera el número de partos prematuros es proporcional al número de recién nacidos antes de las 40 semanas de gestación, lo que ha propiciado también un aumento en la estancia hospitalaria respectiva, hasta de 15 días por bebé, y la atención a recién nacidos de hasta 36 semanas de gestación es una de las principales causas de hospitalización pediátrica.(Alvarez, A., (2011)

Como puede observarse las investigaciones están orientadas hacia el modelo médico hospitalario, no así hacia distintos factores intrínsecos psicológicos como pueden ser los relacionados con el apego madre hijo, en donde pueden estar involucrados aspectos emocionales por lo tanto se requieren investigaciones con enfoque cuali-cuantitativos que permitan a partir de normalidades reconocer anormalidades, con la finalidad de poder identificar si estos factores emocionales están involucrados en la presentación de la prematurez del neonato.

## ANTECEDENTES DEL TEMA

En distintos estudios se ha encontrado la relación existente entre el estado emocional de la madre y la influencia sobre el neonato:

(Mc Donald., 1968) citado por (Newman, B. & Newman, P., 1985) realizó una investigación “La contribución de los factores emocionales durante la gravidez a complicaciones obstétricas” del cual concluyó que el factor del estado emocional de la madre era una dimensión poderosa y de consideración. Al comparar los estudios que mayor control tuvieron, (Mc Donald., 1968) siguió encontrando que la angustia, la dependencia y la ambivalencia respecto al neonato se relacionaba con una mayor incidencia de bebés anormales y con complicaciones durante el embarazo y el parto.

(Mc Donald, 1968) y Ferreira, 1965-1962) citados por (Newman, B. & Newman, P., 1985) concluyen que el estado emocional de la madre influye en el feto mediante cambios del sistema endocrino. (Newman, B. y Newman, P., 1985) refiere que una investigación realizada por (Hetzl et al., 1961) sobre “los efectos de las presiones del medio, por lo que se refiere a su repercusión en el neonato”, concluye que el shock repentino y el estrés prolongado y crónico puede influir en el feto. Posteriormente (Stott., 1971) referido por (Newman, B. & Newman, P., 1985) vincula los apremios psicológicos durante el embarazo (como disgusto matrimonial, lesiones, enfermedades, defunción del esposo o de algún hijo, o las crisis bélicas como lo son las guerras, confrontaciones o ataques terroristas, saqueos o campañas militares) con mala salud, retraso mental y malformación congénitas en los productos.

(Feder, 1967) citado por (López, I. & León, A., 1990) realizó una investigación con el nombre de “fantasías preconceptivas conflictivas en la madre, como determinantes de la personalidad del niño” y obtuvo como conclusión que el recién nacido es la extensión narcisista de la madre; de igual manera (Rascosvky, 1970) llega a la misma conclusión. Posteriormente (López, I. & León, A. 1990) realizan una investigación sobre la importancia de las representaciones mentales que los

padres tienen sobre sus futuros hijos. Y plantea que cada padre crea sus propias prerrepresentaciones sobre sus bebés, pero si éstas no son unitarias por la pareja, puede causar conflictos entre ésta y posteriormente cuando el bebé nazca se confrontaran las prerrepresentaciones con la imagen real del niño y a partir de esto, se basará la relación con el infante. Por lo tanto si los padres son capaces de influir en el niño desde que se forman sus propios ideales de hijo y luego el trato con estos depende de sus ideales, es posible que entre estos pensamientos se filtren emociones que de igual manera influya en el infante.

Un estudio descrito por (Campbell, D., 1998) señala que los Japoneses describen factores que influyen en el bebé, como podían ser: pensamientos, las voces, y sentimientos de la madre, el padre, los abuelos y los demás familiares por lo que se evitaban todo tipo de vibraciones no armoniosas, donde actualmente ubican: la televisión a todo volumen, la violencia expuesta en películas o programas de televisión, la música estridente y sonidos muy fuertes o agudos que pueden perturbar al bebé que se encuentra en gestación.

(Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) citan el estudio de (Ramey y otros, 1992) en el cual se trabajó con cerca de mil bebés de bajo peso al nacer, donde se evaluaban los efectos de un programa de asistencia domiciliaria y una buena educación escolar en la guardería sobre el desarrollo intelectual de estos niños. Los resultados obtenidos consistían en que los bebés con peso menor de 1500g al nacer no se beneficiaron a diferencia de los de mayor peso, por lo cual entre más bajo es el peso del bebé, más difícil será evitar los prejuicios cognitivos. De igual manera (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003) citan el trabajo de (Landry y cols. 1998) quienes en su trabajo apuntan al escaso control de atención en niños de bajo peso. La dificultad por mantener la atención y dirigirla hacia la fuente de interés de la madre da como resultado un desarrollo más lento de las competencias sociales de estos niños. Sin embargo, la adecuación materna a los ritmos de desarrollo del bebé y el ajuste de las estrategias maternas en el mantenimiento y posterior canalización de la atención del niño, junto con la

progresiva maduración del sistema nervioso infantil, promueve e incrementa las capacidades de atención de tales pequeños.

(Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005) menciona respecto a los resultados del Programa de Salud y Desarrollo Infantil (1990), realizado con 985 bebés prematuros de bajo peso, siguiéndolos desde el nacimiento hasta los 3 años, recibiendo intervención y un programa educativo, a los tres años se obtuvieron mejores resultados en medidas cognitivas, sin embargo al cabo de los 8 años se obtuvieron calificaciones por debajo del promedio en el coeficiente intelectual y vocabulario por lo que es necesario seguir la intervención después de los tres años para tener mejores resultados y que sin embargo el ambiente familiar destaca ya que las madres que no recibieron consejos, de menor escolaridad o menos sensibles, sus bebés tuvieron resultados desfavorables.

En algunas investigaciones se describe que involucran otros factores relacionados con el desarrollo del neonato, autores como (Campbell, D., 1998) refieren que toda persona es musical, ya que es un lenguaje que tiene componentes universales, atravesando todas las fronteras de edad, sexos, raza, religión y nacionalidad, señala que el sonido viaja en forma de ondas las cuales afectan todo incluso a la persona. Por lo tanto se considera que el corazón es el órgano que principalmente mantiene la música dentro de las personas y por esa razón la madre mantiene comunicación con el pequeño, desde antes de que este pueda hablar, afectándolo por el palpar de su corazón. (Salk, 1962) citado por (Newman, B. & Newman, P., 1985) señala que los neonatos responden a los latidos de la madre y los cambios en éste, causados por esfuerzo, excitación y relajamiento estimularían cambios en el estado emocional del feto.

Una aportación interesante fue la que realizó Tomatis Alfred citado por (Campbell, D., 1998) al reconocer que el feto oye sonidos en el útero, ya que el oído inicia su desarrollo en la decima semana de gestación y es funcional al cuarto mes, por lo que el bebé es sensible al timbre emocional de la madre.

Autores como (Rheingold y Adams, 1980) citado por (López, I. & León, A., 1997) sugieren que el oído es el sentido del desarrollo de la conducta social, ya que aunque los infantes no entiendan el sentido del lenguaje propiamente dicho, sí reciben los mensajes emocionales por el timbre, la inflexión, la entonación, la duración, el ritmo y la forma gramatical.

## CAPITULO I. MARCO TEORICO

### 1. EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

(Cyrulnik, B., 2008), menciona que se le considerara bebé a partir de que se da la unión espermática y ovulo, ya que las células en sí están vivas, y al unirse simplemente continúan dando vida y formando al nuevo ser; de la misma manera el autor refiere que “Los biólogos saben indicar cuando nace una persona, pueden decir que una persona nace y muere, pero la vida nunca se interrumpe. Los investigadores terminaron por emplear la expresión “bebé en el vientre”, sin haberse puesto de acuerdo”. Y que la aparición del sentimiento de persona se construye lentamente, ya que el bebé es imaginado desde antes de ser percibido y es hablado desde antes de ser oído.

Lo anterior se apoya con la idea planteada por (López, I. & León, A., 1990), los cuales realizan un análisis sobre la importancia de las prerrepresentaciones que se forman los padres antes de que el niño nazca, todas las idealizaciones sobre este. Uno de los puntos importantes consiste en que si los padres no están en sintonía como pareja pueden tener diferentes puntos de vista y no congeniar en las mismas prerrepresentaciones lo cual los va a llevar a que después de que el bebé nazca se enfrenten entre ellos y de igual manera dependerá el trato y la relación entre padres e hijo. Estas prerrepresentaciones irán conduciendo a la formación del bebé por lo que retoman gran importancia en la crianza. Lebovici citado por (Lartigue, T., 2001) plantea que durante la gestación, sería deseable que se pudieran integrar los diferentes hijos que han surgido a través del ciclo de vida de cada mujer y de su relación de pareja, como lo son:

El fantasmático: Formado por el deseo de maternidad de la niñez.

El imaginario: Producto del deseo específico de embarazarse y dar a luz a un hijo vivo.

El hijo en identificación primaria con ambos progenitores: Es aquel que coincide en características dadas por ambos padres.

El hijo de la realidad: Que entra en interacción con la madre y le demuestra sus aptitudes precoces.

Por otra parte (Marccone, M., & Mattiot, N., 2002) refiere que la mujer embarazada imagina, desde el inicio de la gestación, el embrión/feto con el semblante de un niño ya formado, con rasgos físicos y psíquicos definidos: el sexo, el color de ojos, y del pelo, el carácter, entre otros rasgos.

El desarrollo del bebé comienza en el momento de la fecundación y mucho de lo que ocurra con él durante los nueve meses de vida intrauterina influirán en su temperamento, aspecto físico y desarrollo del niño. (Newman, B. & Newman, P., 1985) divide al embarazo en 3 periodos:

***En el primer trimestre:*** La fecundación se da por la unión del espermatozoide con el ovulo, al darse esta unión se forma una sola célula que contiene toda la información necesaria para activar el crecimiento y producir un individuo nuevo y único, posteriormente a los seis días se adhiere al recubrimiento uterino, y las tres semanas siguientes serán para formar un medio de soporte donde el embrión entra en una bolsa llena de fluido acuoso claro, la cual va a ser un amortiguador-protector y va a aislar al embrión para que éste se pueda ir moviendo.

La placenta es un órgano que se forma en cada embarazo, desechándose en el nacimiento, ya que es el sitio principal de intercambio de nutrientes y gases entre la madre y el feto y junto con el cordón umbilical funcionan como un sistema de transporte para el paso de sustancias entre la madre y el feto, debido a que los nutrientes y el oxígeno pasan de la sangre materna a la fetal, y los materiales de desecho y el dióxido de carbono de la sangre fetal a la materna. Las membranas fetales y la placenta llevan a cabo las siguientes funciones y actividades: Protección, nutrición, respiración, excreción, producción de hormonas. Tomatis citado por (Campbell, D., 1998) menciona que la voz de la madre hace las veces

del cordón umbilical sónico para el desarrollo del bebé y constituye una fuente fundamental de nutrición.

(Lowen, A., 2006) refiere que el cordón umbilical es la conexión más viable con la que nace todo ser humano, el cual se corta en el momento de nacer y mientras estuvo funcionando dicho cordón, el feto seguía siendo hasta cierto punto parte de la madre. Aunque su existencia comienza a ser totalmente independiente después de nacer, sigue conectado energética y emocionalmente con su madre, reacciona a sus excitaciones, siente y es afectado por su estado de ánimo. “No cabe duda de que el infante siente su unión y conexión con la madre. Tiene un alma que se asoma muchas veces a su profunda mirada”. Señala el autor que “la parte emocional de la naturaleza del hombre; sede de sus emociones o sentimientos” y sinónimos suyos son espíritu y corazón. (Lowen, A., 2006) define el “alma” como: “Sentimiento que tiene el individuo de ser una parte de un orden más vasto o universal”, ya que para él, la energía de nuestros cuerpos se encuentran conectados e interaccionan con la energía que nos rodea en el mundo y en el universo al no ser un fenómeno aislado.

En la tercera y cuarta semana ocurre un rápido proceso de diferenciación celular, las células adoptan la estructura especializada que les permitirá posteriormente llevar a cabo funciones exclusivas en el cuerpo por lo que las células similares se agrupan en tejidos que poco a poco se transformarán en órganos y durante las semanas tercera y cuarta, el embrión es particularmente sensible a influencias irregulares, como pueden ser el virus de la rubéola. (Newman, B. & Newman, P., 1985).

Los primeros cambios esenciales que ocurren en el embrión son la constitución de la forma somática, como un cilindro alargado y la formación de los precursores del cerebro y del corazón.

Al final de la cuarta semana ya son visibles la cabeza, la parte superior o inferior del tronco y la cola. Es posible observar los precursores del cerebro anterior, del cerebro medio, del cerebro posterior, de los ojos, oídos y los brotes de las extremidades.

Al final del segundo mes el embrión parece ya humano, todos los órganos internos están casi formados y se determinan los rasgos externos de la cara, extremidades y dedos de pies y manos. Y a las ocho semanas puede responder a estimulaciones leves y al tercer mes el feto adopta la posición fetal con los brazos doblados hacia la cara y las rodillas pegadas al estómago. Los parpados se encuentran completamente cerrados y se comienzan a formar los órganos sexuales, debido a que antes de este periodo podría decirse que no tenía un sexo definido. El feto de tres meses se mueve espontáneamente y tiene un reflejo de presión, de igual manera ya es posible oír los latidos del corazón del bebé a través de la pared uterina; (Campbell, D., 1998) cita al doctor (Lee Salk, 1962) quien demostró que el feto es consciente de los latidos del corazón de su madre, por lo cual se puede suponer que madre-hijo, mantienen comunicación a través no solo de la placenta y el cordón umbilical, sino que también a través del latir del corazón el cual es percibido por el niño como un galope.

Por su parte (Chamberlain, D., 2002) menciona que una base para la existencia de la memoria en el primer trimestre del embarazo consiste en haber encontrado espesos grupos de receptores de neuropéptidos en el tronco encefálico el cual forma parte del sistema límbico, la parte del cerebro implicada principalmente en las emociones y la memoria.

Respecto al **segundo trimestre**: (Campbell, D., 1998) refiere que actualmente los embriólogos están de acuerdo en que el oído es el primer órgano que se desarrolla en el embrión, que empieza a funcionar a las dieciocho semanas, y que a partir de la semana veinticuatro escucha activamente. Por lo que el feto comienza realmente a oír sonidos del mundo exterior entre el tercero y cuarto mes

de gestación. (López, I. & León, A., 1997) mencionan que el feto oye, ve, siente y huele durante la gestación; pero todo parece indicar que su sentido más desarrollado es el oído y las vías auditivas ya se encuentran mielinizadas.

“El feto oye toda una gama de sonidos predominantes de baja frecuencia” explica L’oreille et la vie, en su autobiografía citado por (Campbell, D., 1998). “El universo de sonidos en que está sumergido el embrión es particularmente rico en calidades de sonido de todo tipo, ruidos internos, el movimiento del quilo durante la digestión, y los ritmos cardiacos como un galope. Percibe la respiración rítmica como un flujo y reflujo distante y luego la voz de la madre se afirma en este contexto. Por lo que cuando el circuito audiovocal está correctamente establecido, este dialogo permanente, que le garantiza que va a tener un desarrollo armonioso, produce en el embrión una sensación de seguridad”. Por lo que podría suponerse que si la madre se encuentra en un entorno en el cual sus ritmos tanto respiratorio, cardiaco y digestivo se vean alterados, esto propiciara que el niño no logre sentirse tranquilo porque el dialogo con la madre se presentara como agitado.

Durante este periodo es más común que algunas mujeres se den cuenta de que están embarazadas, ya que el útero se agranda y crece, se levanta por afuera de la cavidad abdominal y se expande, se puede experimentar los primeros movimientos fetales, los cuales en el cuarto y quinto mes se experimentan como ligeros burbujeos o como contracciones.

(Gilbert, 1962) citado por (Newman, B. & Newman, P., 1985) refiere que durante el cuarto mes ya empieza a chupar y engullir, tragando fluido amniótico que circula por todo su sistema proporcionándole nutrientes, en este mes manifiesta preferencia por lo dulce, si se introduce azúcar en el fluido amniótico, el feto lo engulle más rápidamente.

En el quinto mes la piel del bebé comienza a endurecerse y se da la individualización de éste observándose en las huellas dactilares tanto en los dedos de las manos como en los pies.

A finales del sexto mes ya tiene bien establecidos los receptores sensoriales. Es sensible al tacto y reacciona con un movimiento muscular, saca la lengua cuando algo le sabe amargo, por lo que se puede referir que la percepción del gusto del niño ya está desarrollada para este periodo y podrá diferenciar lo dulce de lo amargo y así comenzar a saber si le gusta o no lo que prueba, lo cual se puede reflejar en los antojos que en ocasiones presenta la madre. De igual manera en el sexto mes se conecta la retina con el cerebro y se desarrollará en el octavo mes.

**En el tercer trimestre:** El feto de 38 semanas tendrá la capacidad de respirar y mantener regularmente la respiración, mejor respuesta de succión, movimientos coordinados de ingestión, más fuerte preistaltismo y por tanto mejor digestión y excreción, y un control más balanceado de temperatura del cuerpo.

Cuando la placenta ya en el último mes del embarazo empieza a degenerarse los anticuerpos que se han formado en la sangre de la madre contra diversas enfermedades, pasan al torrente sanguíneo del feto inmunizándolo contra muchas enfermedades ya en los primeros meses de vida.

A las 25 semanas ya se puede tener comunicación con el bebé, el cual menciona (Cyrulnik, B., 2008) “se comporta, actúa y reacciona a palabras, canciones y/o emociones. Los bebés son competentes mucho antes de nacer, ya que se encuentran dotados de una organización neuropsicológica que los vuelve aptos antes de cualquier experiencia, de cualquier aprendizaje, para percibir, procesar las informaciones que llegan de su entorno”. Lo cual es apoyado por (Chamberlain, D., 2002) quien refiere que las ondas cerebrales demuestran que el cerebro responde a los estímulos visuales, táctiles y auditivos no más tarde del

final del séptimo mes de gestación, lo cual apoya la suposición de que el bebé es capaz de responder a una experiencia importante incluso en el útero.

(Newman, B. & Newman, P., 1985) refiere que los incrementos en la producción de epinefrina y de norepinefrina llegan a alterar el ambiente fetal, produciendo latidos más rápidos, constricción de los vasos sanguíneos y más contracciones uterinas, además de que la madre sufre inquietud, insomnios e indigestiones. La producción excesiva de hormonas, por otro lado, ocasiona abundancia de epinefrina y norepinefrina al feto, a través de la placenta, lo que influye por modo directo en su actividad, tensión y emotividad fetal, lo cual prueba que bioquímicamente las sustancias producen efectos en el feto; por lo que el niño que nace en tales condiciones probablemente será una criatura vulnerable. Las características asociadas con el temor y excitación emocional producidas por excesos de hormonas adrenales, pueden interferir en la capacidad que tendrá el neonato para relajarse, prestar atención a los estímulos y detener la sobreabundancia de estos. Las madres que han experimentado tensiones más prolongadas y no se han adaptado a esas presiones al nacer el hijo, es probable que las obligaciones de la crianza se sumen y contribuyan a aumentar el ciclo de la tensión materna-fetal que se iniciara in útero se perpetuará en las primeras semanas y meses de trato entre madre e hijo, después del nacimiento. (Newman, B. & Newman, P., 1985).

Muchas mujeres se sienten estimuladas y contentas con la espera de un hijo y su organismo funciona correctamente, siente el apoyo de todos los que las rodean, pues cumplen un elemento del rol femenino y sienten fuerte nexo amoroso del esposo y de los demás hijos quienes van observando el crecimiento del nuevo miembro de la familia, si es así y ocurren esas experiencias y emociones, el impacto sobre el feto será benéfico, ya que el niño de igual manera que la madre, se sentirá muy aceptado por los padres y en especial por la madre, por lo que es muy probable que nazca sin ningún problema orgánico. (Newman, B. & Newman, P., 1985)

El ser humano es considerado como una unidad psicológica. Desde su nacimiento necesita estar unido a otras personas para satisfacer sus necesidades primarias y en esta primera etapa, la persona clave para él es la madre. Así mismo (Duque, H., 2005) habla del periodo prenatal y menciona que el desarrollo del ser humano comienza con la concepción y en este periodo se da una interacción variable entre componentes biológicos que abarcan lo genético (herencia) determina las características físicas concretas de forma y estructura del cuerpo, de funcionamiento del sistema nervioso, de inteligencia, de ciertas enfermedades físicas y mentales; y componentes ambientales, que consisten en el ambiente de la vida intrauterina, de bajo nivel de estimulación, es protector de la nueva vida, por lo que el estado de salud de la madre influye decisivamente en el desarrollo del feto.

**Las Emociones:** Las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado y conducen a la acción. (Goleman, D., 1998).

Los términos utilizados para definir: ánimo, afecto, emoción, pasión, sentimiento y humor, no están perfilados con claridad, e incluso muchas veces son mutuamente excluyentes, para quienes las emociones son sentimientos intensos, de duración breve y aparición normalmente abrupta. Para (Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) se diferencian de los sentimientos porque van acompañadas de un cortejo psicósomático agudo concomitante, con una amplia aparición vegetativa y neuroendocrínica. Su principal objetivo es el mantenimiento del individuo alerta, con vistas a reaccionar de un modo lo más eficaz posible frente al estímulo causante de la emoción en cuestión.

Por otra parte (Galimberti, U., 2006) define el término emoción como la reacción afectiva intensa de aparición aguda y de breve duración, determinada por un estímulo ambiental, su aparición provoca una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico. Las reacciones fisiológicas ante una situación emocionante

afectan las funciones vegetativas como la circulación, respiración, digestión y secreción, las funciones motrices con hipotensión muscular y las sensoriales con diferentes trastornos en la vista y el oído.

De igual manera menciona el autor que las reacciones viscerales se manifiestan con una pérdida momentánea del control neurovegetativo y la consiguiente incapacidad temporal de abstracción del contexto emocional. Las reacciones expresivas interesan a la mímica facial, las actitudes corporales, las formas habituales de comunicación. Las reacciones psicológicas se manifiestan como reducción del control de sí, dificultad para articular lógicamente acciones y reflexiones, disminución de las capacidades de método y de crítica.

De acuerdo a esta idea (Navarro, R., 2007) señala autores como Izard quien opina que cualquiera de las emociones humanas tienen tres manifestaciones distintas:

- a) Un componente fisiológico que incluye la activación del sistema nervioso autónomo; por eso, las emociones van acompañadas de cambios notorios en la respiración, la presión sanguínea, la digestión y el tono muscular; por lo cual estos cambios fisiológicos que le ocurren a la madre pueden ser captados por el bebe que se está formando y alimentado de ella.
- b) Conductas visibles para los demás, como los cambios en la expresión del rostro relacionados con el enojo, la tristeza entre otros, posteriormente, y
- c) También varían los sentimientos subjetivos. Al percibir nuestros cambios internos, nos damos cuenta, ya que estamos conscientes de que sentimos cariño, tristeza, angustia o enojo.

(Navarro, R., 2007), toma en cuenta los concepto de Mehrabian, cuando describe que cualquier emoción contiene una mezcla distinta de tres elementos: alertamiento, placer y dominio. Algunas emociones alteran, mientras que otras muestran cuando alguien está alegre, satisfecho o simplemente se siente bien.

(Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) señalan que es posible hablar de una universalidad sentimental, de sentimientos básicos fundamentados en nuestras necesidades y adversidades que surgen en la interacción con la realidad. Sin embargo dichos sentimientos, forzosamente sufren variaciones cualitativas y cuantitativas culturales y personales, por lo cual no se puede tomar ningún léxico determinado como patrón de un “sentimiento universal” concreto y generalizable a todos los individuos. Sin embargo para el presente trabajo se tomarán algunas definiciones propuestas por (Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) para elaborar la investigación.

**La Afectividad:** desde el punto de vista psicopatológico, se entiende por afectividad o vida afectiva el conjunto de experiencias evaluativas que definen y delimitan la vida emocional del individuo, se apoya en una serie de pilares básicos como sentimientos, deseos, emociones, pasiones y los diferentes estados sentimentales. **Los sentimientos:** son una reacción positiva o negativa ante alguna vivencia, o como la experiencia subjetiva de una emoción. (Fish, F., 1986) citado por (Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) refiere que Freud llegó a afirmar que “un sentimiento sólo puede ser una fuente de energía, siendo esto a su vez la expresión de una necesidad imperiosa (pulsión). Por otra parte (Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) cita a (Castilla del Pino C., 1993) quien se enfoca más hacia las actitudes en lugar de sentimientos pues para él, los sentimientos hacen referencia al sujeto aislado y las actitudes a la relación del sujeto con el objeto. Dicho autor menciona que aparte de existir estados disociativos unidos o no a desplazamientos de las actitudes (sentimientos) con respecto a los objetos que las provocan, como forma de autoocultación, la conducta actitudinal tiende a la existencia de puntos ciegos sobre el mismo. Otra característica de dicha conducta es la ambivalencia, entendida como la coexistencia de sentimientos opuestos respecto al objeto por parte del mismo sujeto, siendo su forma más frecuente de expresión la sucesión alternativa, la cual se ve facilitada por el carácter bipolar de las actitudes (así, en ocasiones una actitud marcada fuertemente por un sentimiento afectivo volcada sobre un objeto,

revela una fuerte defensa ante la posibilidad de colocarse sobre el polo contrario). Finalmente se encuentra la proyección, ya que la actitud resulta ser a veces una transacción entre la pulsión del ello y el yo o el superyó, que impiden que la pulsión se proyecte sobre el objeto a costa de la frustración, que también se proyecta sobre el objeto, en virtud de la tendencia del sujeto a responsabilizar a dicho objeto de la relación finalmente establecida.

**Los deseos:** estos representan la conciencia de una necesidad, de una carencia o de una atracción. **Las pasiones:** Cuando un sentimiento monopoliza la vida afectiva de una persona y la impulsa con gran determinación a actuar de una forma concreta. Las pasiones son movimientos afectivos de duración más prolongada en el tiempo que en los sentimientos y las emociones. **El humor o estado de ánimo:** se corresponde con un estado afectivo de duración más prolongada y no necesariamente de carácter reactivo, más estable y persistente que el resto de afectos analizados. Es el estado emocional que persiste durante algún tiempo coloreando la experiencia vital global del individuo.

La **respuesta emocional** para (Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) es un fenómeno multidimensional, así las emociones son parte de estados afectivos cognitivos subjetivos que hacen que nos sintamos de una forma determinada. Por otro lado son respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan el cuerpo para una acción adaptativa y funcional. Por último las emociones son también fenómenos sociales, ya que a través de ciertas expresiones faciales y corporales características comunican a los demás nuestras experiencias internas en un determinado momento.

(Goleman, D., 1998) realiza una explicación sobre la memoria emocional donde menciona que en los seres humanos la amígdala es un racimo en forma de almendra de estructuras interconectadas que se asientan sobre el tronco cerebral, cerca de la base del anillo límbico. El hipocampo y la amígdala eran dos partes clave del primitivo “cerebro nasal” que, en la evolución dio origen a la corteza y

luego a la neocorteza. Estas estructuras límbicas se ocupan de la mayor parte del aprendizaje y el recuerdo del cerebro; la amígdala es la especialista en asuntos emocionales. Si la amígdala queda separada del resto del cerebro, el resultado es una notable incapacidad para apreciar el significado emocional de los acontecimientos; a veces se llama a esta condición, ceguera afectiva.

De acuerdo a las experiencias que se van viviendo a lo largo del desarrollo, tiene que existir algún mecanismo que evite que esta memoria emocional se sobrecargue y para eso (Goleman, D., 1998) menciona que al carecer del peso emocional, los encuentros pierden su fuerza y la amígdala actúa como depósito de la memoria emocional, así tiene importancia por sí misma; la vida sin amígdala es una vida despojada de significados personales. Entonces la memoria emocional es la amígdala donde se van alojando y despojando aquellos encuentros cargados o no de emoción.

“Anatómicamente, el sistema emocional puede actuar con independencia de la neocorteza”, explico Le Doux referido por (Goleman, D., 1998). “Algunas reacciones emocionales y memorias emocionales pueden formarse con la menor participación consciente y cognitiva”. La amígdala puede albergar recuerdos y repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente por qué lo hacemos, por que el atajo desde el tálamo hasta la amígdala evita completamente la neocorteza. Este desvío parece permitir que la amígdala sea un depósito de impresiones o recuerdos emocionales de los que nunca fuimos plenamente conscientes. Por lo cual, siendo bebés la memoria emocional comienza a funcionar y acumular recuerdos aun antes de nacer. Mientras el hipocampo recuerda los datos simples, la amígdala retiene el clima emocional que acompaña a esos datos. Y de igual manera menciona (Rivaud, F., 2010) que cuando conocemos un objeto, éste deja huellas en nuestro cerebro, forma redes sinápticas que tienen información acerca de todo lo que percibimos de él; cuando nos encontramos con un objeto igual o similar, estas redes vuelven a activarse, permitiendo reconocerlo. Un recién nacido apenas tiene algunas cosas en la

memoria y todavía no adquiere todas las capacidades necesarias para recordar a largo plazo, ya que muchos de los recuerdos emocionales se remontan a los primeros años de vida, especialmente en acontecimientos traumáticos (como podría llegar a ser el nacimiento, palizas o negligencias evidentes). Durante esta primera etapa de vida otras estructuras cerebrales, sobre todo el hipocampo (que es crucial para los recuerdos narrativos) y la neocorteza (que es el asiento del pensamiento racional), aún deben desarrollarse plenamente. En la memoria, la amígdala y el hipocampo trabajan de común acuerdo; cada uno almacena y recupera su información especial de manera independiente. Mientras el hipocampo recupera información, la amígdala decide si esa información tiene alguna valencia emocional. Pero la amígdala, que madura muy rápidamente en el cerebro del niño, tiene muchas más probabilidades de estar totalmente formada en el momento del nacimiento. (Goleman, D., 1998).

(Goleman, D., 1998) recurre a la amígdala en la infancia para sustentar lo que durante mucho tiempo ha sido un principio básico del pensamiento psicoanalítico: que las interacciones de los primeros años de la vida proporcionan un conjunto de lecciones emocionales basadas en la adaptación y en las dificultades de los contactos entre el niño y las personas que se ocupan de él. Dado que estos primeros recuerdos emocionales se establecen antes de que el niño conozca las palabras para expresar su experiencia, cuando estos recuerdos emocionales se ponen en funcionamiento en la vida posterior, no existe un conjunto igual de pensamientos articulados sobre la respuesta por nuestros estallidos emocionales, es que a menudo data de una época temprana de nuestra vida, cuando las cosas eran desconcertantes y no se tenían palabras para comprender los acontecimientos. Tal vez tenemos los sentimientos caóticos, pero no las palabras para expresar los recuerdos que los formaron.

El interruptor que desconecta la emoción perturbadora parece ser el lóbulo prefrontal izquierdo. Neuropsicólogos que han estudiado el humor en pacientes con lesiones en parte de sus lóbulos frontales han establecido que una de las

tareas del lóbulo frontal izquierdo consiste en actuar como un termostato nervioso, regulando emociones desagradables. El lóbulo prefrontal derecho es un asiento de sentimientos negativos como temor y agresión, mientras el lóbulo izquierdo controla las emociones no elaboradas, probablemente inhibiendo el lóbulo derecho. (Goleman, D., 1998).

Dado que a la mente racional le lleva más tiempo que a la mente emocional registrar y responder, el “primer impulso” en una situación emocional es el del corazón, y no el de la cabeza. También existe una segunda clase de reacción emocional, más lenta que la respuesta rápida, que fermenta primero en nuestros pensamientos antes de conducir al sentimiento. Esta segunda vía para activar las emociones es más deliberada, y somos típicamente conscientes de los pensamientos que conducen a ella. En este tipo de reacción emocional existe una evaluación más extendida; nuestros pensamientos juegan un papel clave en la determinación de que emociones serán provocadas. Una vez que se realiza una evaluación, se produce una respuesta emocional adecuada. En contraste, en la secuencia de respuesta rápida, el sentimiento parece preceder o existir simultáneamente con el pensamiento. (Goleman, D., 1998)

(Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) Hacen referencia a que el nombre con el que se designa a la ciencia de las enfermedades (patología) proviene del griego pathos, que significa literalmente “ciencia de los afectos”, por lo que se podría decir que se padecen los propios sentimientos, ya que estos sentimientos se dan en el campo de la acción, que surgen de los deseos, los producen, reorganizan la vida mental e invitan a la acción.

(Higueras, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) mencionan que son pocos autores los que hoy en día dudan de que el primer contacto con la realidad durante el primer año del desarrollo de un niño es esencialmente sentimental, quedando para siempre los sentimientos vinculados al desarrollo de la futura personalidad del individuo estos autores citan a (Marina J., 1996) quien menciona “nuestra primera

relación con el mundo es afectiva, somos seres necesitados a medio hacer, tiempo habrá de buscar la objetividad y de enfriar el conocimiento”.

(Goleman, D., 1998) menciona que se cuenta con un repertorio emocional y donde, cada emoción juega un papel singular, y debido al interés en este punto, los investigadores están descubriendo más detalles fisiológicos acerca de cómo cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta. Lo cual se apoya en la teoría de (James, 1884 y Lange 1887) citados por (Higuera, I., Segarra, R., & Sáenz, M., 2007) quienes postulan que las situaciones generadoras de emociones provocan necesariamente un conjunto de respuestas fisiológicas (temblores, sudoración, taquicardia) así como de conductas predeterminadas (enfrentamiento, lucha, huida) en las personas que las experimentan. A lo cual la reacción, por ejemplo en la ira, la sangre fluye a las manos, el ritmo cardiaco se eleva y hay un aumento de hormonas como la adrenalina que genera un ritmo de energía lo suficientemente fuerte para originar una acción vigorosa. (Goleman, D., 1998)

En el miedo, la sangre va a los músculos esqueléticos grandes, como los de las piernas, y así resulta más fácil huir, el rostro queda pálido debido a que la sangre deja de circular por él (creando la sensación de que la sangre se hiela) al mismo tiempo el cuerpo se congela, aunque solo sea por un instante, tal vez permitiendo que el tiempo determine si esconderse sería una reacción más adecuada. Los circuitos de los centros emocionales del cerebro desencadenan un torrente de hormonas que pone al organismo en alerta general, haciendo que se prepare para la acción, y la atención se fija en la amenaza cercana, lo mejor para evaluar qué respuesta ofrecer. (Goleman, D., 1998) (Goleman, 1998)

Entre los primeros cambios biológicos de la felicidad hay un aumento de la actividad en un centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible, y una disminución de aquellos que generan pensamientos inquietantes. Pero no hay un cambio determinado de la fisiología

salvo una tranquilidad, que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente del despertar biológico de un descanso general, además de buena disposición y entusiasmo para cualquier tarea que se pretende y para esforzarse por conseguir una gran variedad de objetivos. (Goleman, D., 1998)

El amor, los sentimientos de ternura y satisfacción sexual dan lugar a un despertar parasimpático: el opuesto fisiológico de la movilización “lucha o huye” que comparten el miedo y la ira. La pauta parasimpática también llamada “respuesta de relajación”, es un conjunto de reacciones de todo el organismo, que genera un estado general de calma y satisfacción, facilitando la cooperación. (Goleman, D., 1998).

(Navarro, R., 2007) citando a Fromm, distingue tres tipos de amor, donde uno de ellos es el amor materno, el cual consiste en brindar cariño y protección a una persona que uno percibe como débil, y dependiente; sin embargo, las madres de los recién nacidos deberían permitir la independencia de los hijos e hijas a medida que van creciendo, ya que (Brazelton, T., 1991) plantea la necesidad de conceptualizar al bebé como un ente activo, perceptivo, con capacidad de organizar información, al explicar los ciclos de actividad y de reposo del producto in útero como una “matriz de los estados de conciencia”, que encamina al bebé “a y para responder a los ciclos de actividad y descanso de sus madres”. Fundamenta esta afirmación cuando menciona que el feto presenta respuestas evocadas al tacto, sonido y estimulación visual, repuestas evocadas que en caso de mantenerse sin cambio o habituación a lo largo del tiempo representan estrés para el feto. Concluye que las respuestas fetales sugieren un tipo de comunicación preverbal (sincronía uterina) entre el producto y la madre, que sienta la base rítmica de señales maternas con que el neonato interactuará después de nacer. Sin embargo las fantasías e interpretaciones que elaboramos acerca de algún evento en particular, influye de manera notable en la intensidad y el tipo de emociones que nos invaden en cada momento. Por otra parte las reacciones emocionales varían en sintonía con las circunstancias alegres y gratas que nos

rodean, lo mismo que con las presiones, preocupaciones o desgracias que experimentamos. Por lo tanto en base a lo anteriormente expuesto, si el evento en particular fuera el embarazo, podríamos hablar de las fantasías que la madre junto con el padre elaboran para con su futuro bebé y por lo tanto crea un ambiente emocional entre ambos; sin embargo estas se van a ver afectadas ya sea de manera positiva o negativa de acuerdo a las circunstancias que los rodeen. Por lo cual el cariño o ausencia, justo con el grado y el tiempo de estrés al que alguien estuvo sometido en sus primeros años de vida, moldean la autoestima y los sentimientos que los hombres y las mujeres tienen hacia sí mismas y hacia el universo que le rodea y que no es lo mismo disfrutar de la convivencia con padres alegres, cariñosos y entusiastas, que haber tenido un padre alcohólico golpeador y una madre sufrida, resentida y depresiva. “Lo que una madre hace con sus hijos e hijas cuando son pequeños, determinará lo que sienten que son capaces de hacer como adultos” (Navarro, R., 2007).

(Navarro, R., 2007), citando a Fredrickson señala que no es lo mismo remediar los problemas causados por las emociones negativas, que cultivar las emociones positivas. Disfrutar de emociones positivas es mucho más que la mera ausencia de las emociones negativas, cuando una persona aprovecha sus emociones positivas, mejora su salud y su bienestar personal. Tiene mayor confianza en sí mismo y recibe de los demás mayores muestras de aprecio y afecto porque es más alegre y amable y está más vivo. Por lo tanto si la madre durante el embarazo logra mantener un estado emocional positivo con la ayuda de su pareja, le será más fácil recibir todo ese amor que se le pueda brindar y de igual manera transmitirlo a su bebé, y así mejorar su salud y bienestar personal como lo menciona Fredikson. Por su parte (Sdurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003) refieren que a pesar de que la experiencia influye en el desarrollo perceptivo, el bagaje biológico también tiene un peso importante en relación con la forma en que experimentamos las cosas que suceden a nuestro alrededor.

(Reyes, N., Molina, S., Labarthe, E. & Campos, C. 2000) citando a (Ekman., 1992 y Meltzoff & Gopnick.,1993) refieren que los estudios en torno a la expresión de las emociones en la infancia temprana consideran que las emociones básicas son organizaciones de la conducta dinámicas e innatas que tienen funciones adaptativas y que se caracterizan por patrones de expresión facial conectadas a estructuras de respuesta fisiológica a través de canales de activación predeterminados.

(Winnicott, 1964) citado por (Reyes, N. & cols., 2000) señalo otros aspectos del recién nacido, como por ejemplo: la capacidad de acumular experiencias para diferenciar y sentir las sensaciones desde el comienzo de su vida, de tal forma que es capaz de organizar defensas contra el sufrimiento. En esta misma línea de estudios, los trabajos de (Levobici, 1995) citados por (Reyes, N. & Cols., 2000) sobre las interacciones precoces lo han conducido a las siguientes conclusiones “Los comportamientos programados influyen sobre la madre y el hijo, existiendo una bidireccionalidad. El repertorio de las conductas del bebé gravita sobre la conducta materna y viceversa. El bebé al incluir los cuidados y fantasmas de la madre realiza un sistema mental”.

Referente a las emociones que vivencian los padres durante el periodo de embarazo, (Carambula, P., 2010) menciona que “La paternidad despierta múltiples miedos y emociones en los futuros padres. Por más que sea un hijo deseado y buscado, una vez que el embarazo es un hecho y a medida que el mismo avanza y se hace cada vez más tangible, comienzan a aflorar emociones, temores, incertidumbres, dudas, que pueden intranquilizar a la pareja”. El miedo o temor principal que se comparte entre la madre y el padre (especialmente con el primer hijo) consiste en “no ser un buen Padre/Madre”; los miedos se centran en cuestiones de no saber si serán lo suficientemente responsables, si podrán hacerse cargo del bebé, de no saber cómo manejarse y como criarlo correctamente.

(Carambula, P., 2010) refiere que algunos otros temores presentados por la madre son mencionados como: temores a que el bebé no sea sano, el cual es un miedo recurrente a lo largo del embarazo, el parto y cuando el niño nace, temor por los cambios físicos, como no poder recobrar el peso y la figura previa al embarazo, a que las estrías dejen su huella definitiva, a que los pechos se caigan y a no volver a ser atractiva, temor de no sentirse madre (ya que hay mujeres que desde que están embarazadas sienten la maternidad a flor de piel, en tanto a otras les es más difícil llegar a sentirse así; a muchas madres, recién cuando tienen a su bebé en brazos les aflora ese sentimiento maternal, en tanto que para otras, esa emoción tarda más en aparecer y con el transcurso de los días, a medida que empieza a afianzarse el vínculo madre – hijo, recién comienzan a experimentar esa sensación), temor al parto, ya que existe el miedo al dolor, a no saber cómo manejarse, a no resistir, a que sea demasiado fuerte, temor a no darse cuenta de cuando llegan las señales del trabajo de parto y temor a no volver a tener independencia. Todos estos temores suelen considerarse normales debido a la falta de información y estos miedos se pueden disminuir al tomar cursos prenatales donde ambos padres obtendrán información que les brindará mayor tranquilidad.

Por otra parte (Carambula, P., 2010) hace referencia al padre al mencionar que éste presenta temor a no poder ayudar a su pareja, sentir que no la pueden acompañar, apoyar como ella necesita. Y el rol del padre es fundamental tanto durante el embarazo, como en el parto y postparto, el compañerismo es muy importante y de gran apoyo para la madre tanto, en lo que a las tareas del hogar y cuidado del bebé como en lo emocional. Es bueno que el padre esté al lado de su mujer y le pregunte si necesita algo, cómo se siente, en qué puede ayudarla.

(Caffelli, P., 2010) Hace referencia a que el padre debe comprender que la vida de la mujer cambia radicalmente durante el embarazo, ya que el ánimo y el temperamento sufrirá cambios muchas veces extremos, y él debe tener en cuenta muchos de estos “detalles” y debe ser paciente con su pareja, para brindar todo el apoyo necesario, no solo apoyo físico sino apoyo moral y psicológico que

necesitará la madre gestante. Por lo cual la comprensión con la esposa embarazada será primordial, y el embarazo deberá de ser compartido, la presencia del padre en las sesiones o preparaciones al parto es fundamental, la madre gestante podría ser acompañada por cualquier persona, pero la presencia del padre es de mucha valía para ella, debido a que le dará más confianza y fuerza. El hombre debe entender que también su presencia e interacción durante y después de la gestación es importante, no sólo por el hecho de ser el “padre” sino de ser “pareja”, tiene que comprender que es el principal apoyo de la madre durante todo ese tiempo, su sola presencia es relevante para ella, y para el bebé en camino. Y debe saber tener en cuenta algo muy importante que podría resumir todo en una frase: “El embarazo no es sólo de la madre y el hijo, el embarazo es de tres” (Caffelli, P., 2010).

(Duque, H., 2005) refiere que el embarazo es un periodo de crisis (crisis entendida no como patología, sino como periodo con posibilidad de crecimiento y maduración o de regresión) debido a los rápidos cambios físicos que se producen, a los estados emocionales fluctuantes y a la necesidad de adquirir nuevas identidades para los esposo. En él se da una interacción entre los factores biológicos y psicológicos. Los cambios físicos y hormonales de una mujer embarazada afectan sus sentimientos, su sentido de sí misma, su imagen corporal y su sexualidad. A su vez, estos cambios emocionales afectan su bienestar físico.

(Duque, H., 2005) menciona que es un periodo de regresión a lo cual (Galimberti, U., 2006) hace referencia al explicar que el embarazo es una condición femenina que va desde el momento de la concepción hasta el del parto; en el plano fisiológico está caracterizada por el aumento de los procesos metabólicos y, en el psicológico, por la acentuación de las tendencias receptivas y retentivas que llevan a una regresión del yo al nivel oral con la consiguiente reactivación de los conflictos, las ansiedades y las frustraciones vividas en su época respecto a la madre. El feto que la mujer gravida dentro de sí es investido de libido narcisista como representante del propio sí mismo “bueno” o “malo” con la consiguiente

aceptación o rechazo del niño por nacer. numerosos estudios estadísticos que reunió N. Shainess citado por (Galimberti, U., 2006) evidenciaron que en el primer trimestre del embarazo los problemas psicológicos están vinculados al problema del aborto o al de la continuación de la preñez; en el segundo trimestre se observan reacciones psicósomáticas como hipertensión, cefalea, ansiedad, reacciones fóbicas relacionadas con la forma en que se resolvió el conflicto; en el tercer trimestre se observa un enervamiento emotivo o un acentuación del fondo depresivo que H. Deutsch interpreta como consecuencia de la regresión narcisista que implica el retiro del investimento de los objetos externos.

(Tobi, V., 2007) hace mención a que durante el embarazo, la mujer se encuentra particularmente sensible y aprovecha este shock hormonal para zambullirse en sus más variadas emociones. Es capaz de reír a carcajadas y de llorar en el instante siguiente. Su universo gira alrededor de este centro medio, desde donde todo se observa de un modo muy subjetivo y con una perspectiva muy parcial. Por eso el trabajo sobre el apunta también a distribuir la energía en otras partes del cuerpo para evitar que la mujer quede “pegada” a sus manifestaciones. La idea es que pueda explorarlas, transitar por ellas pero también trascenderlas y confrontarlas con el mundo exterior.

De igual manera (Tobi, V., 2007) refiere que durante el embarazo, la mujer se despide simbólicamente de su carácter de hija exclusivamente, para acceder al de madre lo cual significa dejar la niñez o adolescencia para ingresar en el mundo adulto. Este pasaje no se reproduce en forma continua, sino que es un recorrido con avances y retrocesos. Quiere decir que en ciertos momentos algunas mujeres pueden comportarse como si fueran niñas y establecer con su entorno vínculos de dependencia infantil. Se les despiertan antiguos temores de ser abandonadas o no queridas y crean situaciones para poner a prueba a los demás. Aparecen entonces reclamos, exigencias, caprichos que demandan una satisfacción inmediata, a través de un pedido que suena, la mayor parte de las veces “antojadizo”. En realidad por detrás de estos “antojos” hay una necesidad emotivo-

afectiva muy intensa que no encuentra un modo adulto de expresarse con palabras. Los “antojos” probablemente de lo que tratan es de satisfacer un deseo de ser escuchada, mimada, atendida en la necesidad de ser querida y cuidada frente a la inminencia de tener que jugar en breve el rol de madre y tener que responder las demandas inmediatas del bebé por venir, sin además sentirse excluida de la nueva escena triangular.

Durante el embarazo la mujer atraviesa en este periodo por momentos de fuerte transparencia psíquica, entendido por esto una constante e intensa emergencia de contenidos emocionales inconscientes o simplemente alejados de su conciencia. Son estados de extrema fragilidad, comparables a los vividos en la primera infancia en relación de dependencia con su mamá. Son tiempos en los que se confrontan los modelos maternos vividos y aprendidos, que se proyectan y empiezan a construirse como propios. (Winnicott, 1956) citado por (Tobi, V., 2007) alude a ello al definir lo que él denomina la “preocupación maternal primaria” que consiste en ese estado psíquico muy particular de la madre, que se desarrolla gradualmente para alcanzar otro de sensibilidad creciente durante el embarazo, especialmente hacia el final, y que se prolonga algunas semanas después del nacimiento del nuevo ser. Llama a este estado “de locura normal” y dice que luego surge una tendencia a reprimir su recuerdo. Como si en este “nacer madre” existiera un proceso semejante al que experimenta el niño al nacer, en cuanto a que en ambos la experiencia del alumbramiento queda fuera del registro consciente y escapa entonces a la posibilidad de recordarla con facilidad, lo que torna difícil su futuro recuerdo.

Por lo anterior se puede explicar que los cambios que ocurren durante el embarazo van a causar en la madre diferentes reacciones ante el bebé y las cuales no solamente se deben a lo biológico sino que también influye lo psicológico y por lo tanto se modifican el estado emocional de la madre. Por lo que si desde un inicio la madre realiza una evaluación negativa sobre tener a su bebé, a este pensamiento puede proseguir una emoción negativa o de ambivalencia

hacia el bebé, lo cual puede percibir el niño y dado que como menciona (Goleman, D., 1998) “hay muchas probabilidades de que la amígdala este completamente formada al nacer el bebé, este podrá guardar las emociones que le demuestre la madre a partir de su nacimiento”.

Por su parte (Chamberlain, D., 2002) refiere que “el cerebro, el sistema nervioso y los sentidos físicos del recién nacido se mantienen activos y coordinados; la mente del bebé siente y expresa una normal variedad de emociones humanas mientras está alerta y receptiva, explorando e incorporando cada nueva experiencia.”

(Duque, H., 2005) menciona que para Freud, el embarazo trae consigo cambios que de igual manera ocurren en la adolescencia, ya que al igual que en esta etapa surge una movilización libidinal extremadamente importante la cual va a traer consigo una necesidad de redistribuir la energía la cual a su vez implica modificaciones muy significativas a nivel de las representaciones mentales no solo de la madre sino de la pareja en sí. Por lo cual este proceso produce cambios estructurales que repercuten en los padres y de esta manera tienen interpretaciones diferentes de experiencias reales.

La presencia del feto tiene marcados efectos en la embarazada, así como en otros miembros de la familia (Shereshensky y Yarrow, 1974) citado por (Duque, H., 2005) de igual manera mencionan que hay mujeres que experimentan náuseas, fatiga, altibajos en el ánimo y jaquecas ya desde los primeros síntomas de la gestación, posteriormente ocurre la expansión del útero, oprime la vejiga, la espalda y los músculos de las piernas. Entonces padecen falta de aliento hinchazones insomnios y calambres musculares, sobre todo en el último trimestre del embarazo. Lo cual nos lleva a determinar que la mujer no solo reacciona en lo físico al embarazo, sino también emocionalmente. (Duque, H., 2005) citando a (Rosengren, 1961) refiere que la actitud que adopte frente a su hijo neonato puede ser de aceptación, de rechazo o como ocurre en la mayoría de las mujeres, de ambivalencia y si a la mujer la gestación le parece una enfermedad se verá falta

de atractivo, vulnerable y desagradablemente dependiente de otros siendo probable que estas actitudes negativas acrecienten la angustia y la irritabilidad, las cuales circulan a través de los intercambios en el torrente sanguíneo, al feto. (Duque, H., 2005) describe que “las mujeres embarazadas que experimentan estrés, ansiedades, conflictos familiares y laborales durante su embarazo, tienen mayores dificultades y riesgos en el parto, llegándose a presentar niños prematuros e inestables”.

(Ashworth, 2000) Menciona que la mujer durante el embarazo y el parto, desarrolla niveles de angustia y trastornos que le pertenecen como tal y durante este proceso son importantes tanto su compañero sexual, como el grupo familiar de ambos progenitores y las fantasías que se despiertan.

De igual manera hace referencia en la presencia de tanto cambios orgánicos como psíquicos tales como ensimismamiento, somnolencia, retraimiento, la libido se vuelve hacia el mundo interior, hacia su cuerpo donde reside su futuro hijo; a veces la aparición de náuseas acompaña este momento, pero no necesariamente señala sentimientos de rechazo, en algunos casos es una manera de transmitir y tomar conciencia de que de verdad se está embarazada. Se incrementa la angustia relacionada con la capacidad de dar vida y llevar adelante el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido. Al reactivarse sentimientos muy primarios, este momento es vivido como crítico ya que el feto no es visible pero sentido inconscientemente a través de las fantasías y ansiedades, así como conscientemente por sensaciones corporales. Da lugar y favorece sentimientos de unidad primaria con la madre, y a la vez se produce una identificación narcisista con el feto, como si estuviera ella misma dentro del cuerpo de su propia madre. La vuelta de la libido hacia el mundo interior reactiva sus propias vivencias como hija, regresión que le permite conectarse con aspectos profundos de sí misma, acompañado de un retraimiento momentáneo del deseo hacia su pareja. La posibilidad de vivir este momento dentro de un tiempo y un espacio propio, favorecido por la pareja y/o los familiares que rodean a la embarazada, ayuda a identificar, enfrentar y resolver en cierta medida los conflictos entre el deseo de ser

madre y el rechazo culpabilizante el cual está vinculado a fantasías persecutorias relacionadas con las vicisitudes del complejo de Edipo.

(Ashworth, 2000) Refiere que al iniciarse el segundo trimestre aparecen ciertas evidencias físicas que dan certeza del embarazo, como los movimientos y el crecimiento abdominal. En este momento cuando generalmente desaparecen los síntomas orgánicos. La mujer ha superado el período más fuerte en cuanto a cambios corporales, hormonales y emocionales, comienza a hablar del embarazo y posee la evidencia del mismo, no sólo la representación simbólica. La libido se vuelve a dirigir al mundo externo, reaparece el deseo sexual por su pareja y el interés por los otros significativos, hijos, compañero, trabajo, etc. Los movimientos, cada vez más notorios, la enfrentan con la realidad de tener dentro de su cuerpo alguien vivo, que se alimenta de ella, lo que despierta inquietudes y fantasías. La paradoja es que es alguien que depende de su madre para sobrevivir, pero, a la vez, es ya alguien distinto a ella. En ocasiones los movimientos no son percibidos hasta muy avanzado el embarazo, este embotamiento se debe al mecanismo de negación frente a fantasías y dudas de no ser capaz de llevar adelante la gestación. La reacción de la mujer ante los movimientos no siempre es de placer, puede percibirlos como agresión, y menciona que el bebé le da "patadas", "no le deja dormir" y "le molesta". El mecanismo utilizado con preferencia es la proyección sobre el feto de una imagen terrorífica, donde la madre se identifica con él, reviviendo impulsos hostiles hacia la propia madre embarazada.

(Ashworth, 2000) Refiere que otro mecanismo de defensa que puede aparecer es el maníaco, desarrollando entonces la mujer una actividad intensa, fantaseando con un hijo maravilloso. La defensa maníaca y el sacrificio máximo, masoquista, son mecanismos que sirven para defenderse de la fantasía respecto a la condición de hijo anormal o mal formado. Cuando la intensidad de la ansiedad sobrepasa los límites tolerables, es porque la fantasía de ser incapaz de criar y educar al hijo, por un lado, y el horror al incesto, por otro, reactivan temores infantiles muy intensos que dan lugar a sentimientos de tipo culposos; si no se controla el aumento e

intensidad de la ansiedad que se produce en la mujer, puede desencadenar en un aborto.

A medida que avanza el embarazo, el cuerpo de la mujer cambia, se hace casi irreconocible; se abomba, los senos se hinchan. El temor a ser abandonada se reactiva, teme ser dejada por otra mujer más esbelta; se activa de nuevo el temor al hijo deforme y a la muerte en el parto. Estos miedos están ligados a la reactivación de situaciones edípicas, las pulsiones incestuosas y las masturbaciones infantiles. En el último trimestre se produce la versión interna del feto, movimiento que puede ser percibido como cuando se sube en un ascensor a alta velocidad. Esta noticia provoca un incremento de la ansiedad por el anuncio de la proximidad del parto. Surge la ambivalencia entre el deseo de conocer al hijo y el temor al vaciamiento, a que el hijo llevado durante nueve meses saldrá ahora de su cuerpo. Desea verlo, cargarlo, acariciarlo, pero teme perder ese contacto. Si estos sentimientos son muy intensos, puede producirse un parto antes de término o retrasarse de tal modo que se hace necesario provocar el mismo (Ashworth, 2000).

Parece que el estado emocional está relacionado con la etapa en que se halle el embarazo (Sherman, 1971) referido por (Hyde, J., 1991). Durante los tres primeros meses, pueden aparecer depresión y fatiga; en el segundo trimestre las emociones de la mujer suelen ser más positivas (del cuarto al sexto mes) el último trimestre puede resultar más estresante y ansiógeno, a medida que la mujer empieza a plantearse como transcurrirá el parto, si el bebé estará sano y otras cuestiones semejantes. La incidencia de la depresión aumenta durante el tercer trimestre, por lo cual "Respecto al estado emocional en el embarazo, el peso de las pruebas indica que no suele ser un periodo de especial bienestar".

(Leifer M., 1980) referida por (Hyde, J., 1991) realizó una investigación con 19 mujeres concluyendo que "no todas las mujeres embarazadas son maravillosamente felices". El estado psicológico de la mujer depende de diversos factores: que el bebé sea inquieto, la fase del embarazo, la comodidad o

incomodidad física y distintos factores sociales, como el apoyo del marido o de sus familiares y amigos y a la vez el parto o nacimiento supone una conmoción corporal importante.

De igual manera se debe tomar en cuenta que existen influencias psicológicas y sociales sobre los síntomas del embarazo, ya que la cultura se maneja por estereotipos como el brillo especial en los ojos de una mujer embarazada, la alegría radiante, los antojos, entre otros; sin embargo una conducta adecuada en el embarazo se aprende por el proceso de socialización y el rol desempeñado a lo largo de la vida, poniendo las conductas correspondientes en el periodo de embarazo (Hyde, J., 1991).

Los estados de ánimo positivos se relacionan con un fuerte deseo del hijo y los estados de ánimo negativos con la ausencia de estos deseos, el temor a los riesgos del parto o a la responsabilidad que supone el nacimiento, por lo que la depresión posparto puede estar relacionada con el cambio repentino que se produce en la propia vida con la falta de deseo del bebé, con el miedo a la responsabilidad con respecto al hijo o incluso, con un factor tan simple como el hecho de estar en un hospital separado del marido y la familia. La separación del bebé obligada a veces durante las primeras 12 o 24 hrs en el hospital, también puede contribuir a la depresión (Klaus y Cols., 1972) citado por (Hyde, J., 1991).

Se ha demostrado que el estrés pasado y el presente influyen en las reacciones emocionales posparto (Gordon y cols., 1965) citado por (Hyde, J., 1991). Por tanto los síntomas de depresión pueden explicarse con facilidad tanto por factores psicológicos y sociales como por los hormonales y en realidad es probable que la depresión posparto sea el resultado de la combinación de factores bilógicos: conmoción del cuerpo, niveles hormonales drásticamente reducidos y factores psicológicos (Hyde, J., 1991).

(Luján, S., 2009) refiere que la depresión antenatal es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para trastornos del humor posparto sin embargo no se le ha prestado la atención correspondiente para incorporarse como un cuidado prenatal. De igual manera describe que un episodio depresivo se caracteriza por sentimientos de tristeza, agobio y dolor, tiene una duración de por lo menos dos semanas continuadas y ocasiona también cambios en el sueño o en el apetito, cansancio, disminución de la libido y dificultad para concentrarse. Algunos de estos síntomas pueden malinterpretarse como constelación normal del embarazo y ocasionar el subdiagnóstico de este trastorno.

(Luján, S., 2009) enlista las repercusiones de la depresión no tratada en el embarazo, siendo las siguientes: Nutrición inadecuada, disminución de los controles médicos prenatales, abuso del consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos y/o drogas ilegales, mayor probabilidad de recaída (depresión previa), mayor probabilidad de infecciones de transmisión sexual, aumento de riesgo de depresión posparto, mayor riesgo de hospitalizaciones prolongadas, mayor incidencia de prematurez y vínculo inadecuado con su bebé.

## **2. EL RECIÉN NACIDO**

Un recién nacido pesa, como término medio, unos 3,400g midiendo alrededor de 50 cm y nace tras 37/38 semanas después de la concepción. Sin embargo se presentan diferencias individuales que se consideran dentro de la normalidad (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003).

Entre las características anatómicas y fisiológicas propias del neonato normal se incluyen las siguientes:

Peso medio: el peso del recién nacido suele oscilar entre 3,300 y 3,500g. mencionan (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003). Por su parte (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005) refiere que durante sus primeros días los

neonatos pierden hasta 10% de su peso corporal, debido a la pérdida de líquidos y de nuevo ganan peso alrededor del quinto día y recuperan su peso de nacimiento entre el día 10 y el 14.

Longitud media: 50 cm. El tamaño del recién nacido está relacionado con factores raciales, sexuales (Los varones tienden a ser ligeramente más grandes y pesados que las niñas y es probable que un primogénito pese menos al nacer que los que nacen después), talla de los padres y nutrición materna; el perímetro torácico suele medir unos 32 cm. y las extremidades del bebé resultan pequeñas en relación con el cuerpo, característica que recibe el nombre de braquitiopia, mientras que el vientre suele ser grande y abombado. (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003).

Tamaño y forma de cabeza: el perímetro cefálico de la cabeza se sitúa entre los 32 y los 36 cm. No es raro que la cabeza del neonato al principio pueda ser larga y deforme debido al “moldeamiento” que facilitó su paso a través de la pelvis de la madre. (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003) y (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin R., 2005).

Morfológicamente, los recién nacidos presentan macrocefalia, es decir, la cabeza presenta una proporción mayor comparada con el resto del cuerpo, característica que desaparece progresivamente (la cabeza de un bebé corresponde a una proporción de 1/4, mientras que la de un ser adulto es sólo de 1/8). y una mandíbula hundida (lo que facilita la alimentación) (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003) y (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005).

Los huesos planos del cráneo del recién nacido no están del todo soldados, sino separados por membranas de tejido conjuntivo denominadas suturas. Estas suturas forman unos puntos blandos en el cráneo del bebé que se pueden palpar y reciben el nombre de fontanelas. Es importante que el cráneo no esté soldado porque la bóveda craneal y el cerebro van a experimentar un rápido crecimiento durante los dos primeros años de edad (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003) y (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005).

Características de la piel: Durante los primeros días algunos bebés son muy peludos porque conservan parte del lanugo, el vello prenatal y todos los recién nacidos están cubiertos por la vernix caseosa “barniz de queso”, una protección grasosa contra infecciones que se seca en los primeros días. (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005).

(Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003) describen que la piel suele presentar un color enrojecido, aunque ya a partir del segundo día disminuye su intensidad. La piel ya no parece fina y el color general es rosa pálido. (Brozanski, B. & Bogen, D. 2009) menciona que la piel puede verse una cierta descamación y una figuración superficial alrededor de los tobillos y las muñecas.

El recién nacido de término generalmente adopta una posición: en flexión de las extremidades conservando la posición fetal intrauterina. Sin embargo esta puede variar dependiendo de la presentación, ya que si fue una presentación de nalgas completas, la posición de las extremidades inferiores se encontrara en extensión total, dirigidas hacia la cabeza y el cuello. (Nazaret, J. & Ramirez, R. 2002)

Llanto: tiene un llanto vigoroso en forma espontánea o con los estímulos, Realiza movimientos espontáneos y simétricos con las extremidades, de aparición y carácter irregular de igual manera arruga el ceño durante el llanto con movimientos faciales simétricos. (Nazaret, J. & Ramirez, R., 2002).

Después del nacimiento el sistema circulatorio del bebé debe funcionar por sí mismo. El latido cardiaco del neonato es rápido e irregular, y la presión sanguínea no se estabiliza hasta el décimo día de vida. Un recién nacido necesita más oxígeno que antes y ahora debe obtenerlo por sí mismo y la mayoría de los bebés empiezan a respirar tan pronto como son expuestos al aire; si la respiración no ha empezado antes de 5 minutos el bebé puede sufrir daño cerebral permanente ocasionado por anoxia, falta de oxígeno. (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin R., 2005).

Durante los primeros días los infantes excretan meconio, una sustancia fibrosa de desecho color verde oscuro formada en el tracto intestinal fetal. Cuando los

intestinos y la vejiga están llenos, los músculos del esfínter se abren automáticamente; durante muchos meses el bebé no será capaz de controlar estos músculos (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005).

**La valoración médica:** Los primeros minutos, días y semana después del nacimiento son cruciales para el desarrollo por lo cual es importante saber tan pronto como sea posible si un bebé tiene algún problema que necesita atención especial. Debido a esto es necesario realizar una valoración médica que no es otra cosa más que la evaluación del estado físico mediante una serie de pruebas cuya función es determinar el estado de salud del recién nacido, tanto físico como fisiológico; diferenciando variantes de normalidad y fenómenos temporales de signos clínicos de enfermedad; y realizar una revisión rigurosa para detectar, tratar y seguir neonatos de riesgo.

**Prueba Apgar:** La evaluación neonatal empieza inmediatamente después del parto con la administración de la prueba de Virginia Apgar, la cual permite al personal médico una rápida valoración del estado de un recién nacido, para así determinar qué cuidados inmediatos necesita el bebé para estabilizarse. Se aplica al primer minuto y mide qué tan bien toleró el recién nacido el proceso del nacimiento. Posteriormente se aplica a los 5 minutos evaluando qué tan bien se está adaptando el recién nacido al ambiente y normalmente es aconsejable administrar la prueba tres veces durante los primeros diez minutos después del parto (al minuto, a los cinco minutos y a los diez) de forma que no sólo se observen las puntuaciones obtenidas sino que el tiempo de recuperación de las mismas, la prueba evalúa cinco ítems y cada uno tiene un rango de puntuación de 0 a 2 puntos, siendo ésta última la mejor (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005 y (Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E., 2003).

**Tabla de ítems y puntuación de la prueba apgar:**

ÍTEMS	PUNTUACIÓN
<b>Ritmo Cardíaco:</b>	Ausencia de ritmo cardíaco = 0.
	Ritmo cardíaco lento (menos de 100 latidos por minuto) = 1.
	Ritmo cardíaco adecuado (más de 100 latidos por minuto) = 2.
<b>Respiración:</b>	No respira = 0
	Llanto débil, respiración irregular = 1
	Llanto fuerte = 2
<b>Tono muscular:</b>	Flojo, flácido = 0
	Algo de flexibilidad o doblez = 1
	Movimiento activo = 2
<b>Respuesta ante estímulos (también llamada irritabilidad refleja):</b>	Ninguna respuesta = 0
	Mueca = 1
	Llanto o retraimiento vigoroso = 2
<b>Color:</b>	Pálido o azul = 0
	Color del cuerpo normal, pero extremidades azules = 1
	Color normal = 2

Una puntuación de siete a 10 es normal e indica que el recién nacido está en buenas condiciones. Es muy raro obtener un puntaje de 10. Casi todos los recién nacidos pierden un punto si sus pies y manos están de color azul.

Una puntuación inferior de siete puntos indica que el bebé necesita ayuda para restablecer la respiración, una puntuación inferior a cuatro significa que el bebé necesita tratamiento de resucitación inmediata. Si la resucitación tiene éxito, elevando la calificación del bebé a 4 o más a los 10 minutos no se espera un daño a largo plazo (AAP Committee in Fetus and Newborn y American College of

Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Obstetric Practice, 1996) citado por (Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R., 2005).

Una baja calificación Apgar por sí sola no necesariamente indica anorexia, la prematuridad, los medicamentos dados a la madre y otras condiciones pueden afectar los resultados (Heidi, M., Eisenberg, A., & Hathaway, S., 2005), (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005) y (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003).

En lo que refiere a la clasificación de recién nacidos: Los factores más determinantes en la supervivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

De acuerdo a su edad gestacional: a) Recién nacido de término: Aquellos con 38 semanas de gestación y menores de 42 semanas de gestación. (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) los define como aquellos que nacen en el periodo de finalización normal de gestación entre las 37 y 40 semanas de concepción.

b) Recién nacidos pretérmino o prematuros: son referidos por (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) y (Campos, V., Mercado, J. & Games, J., 2006) como aquellos nacidos con menos de 38 semanas de gestación, ya que de acuerdo al criterio de la Academia Americana de Pediatría, y la OMS se considera prematuros a neonatos nacidos con menos de 37 semanas de gestación debido a que tienen una morbilidad mayor que los niños de 38 semanas de gestación y entre menor es la edad gestacional mayor es el riesgo de problemas de inmadurez de la mayoría de los órganos. Sin embargo según la edad gestacional se clasifican en: prematuros límite de 36 a 37 semanas, intermedio de 31 a 35 semanas y extremo de menos de 30 semanas de edad gestacional.

(Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) refieren que un 8% de los recién nacidos vivos son prematuros, de los cuales aproximadamente la mitad 4% son también de bajo peso, mientras que la otra mitad pesan más de 2,500g.

(Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) refieren que el prematuro presenta una gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida posnatal y que van aparejados con el grado de su prematuridad.

c) Recién nacidos posttérmino: (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) los describen como aquellos bebés nacidos con 42 semanas de gestación, y (Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R., 2005) menciona que estos bebés tienden a ser más grandes y delgados porque han seguido creciendo en el útero pero tienen un suministro insuficiente de sangre hacia el final de la gestación y la placenta puede proporcionar menos oxígeno debido posiblemente a que ha envejecido y se ha vuelto menos eficiente. (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) refieren que el recién nacido posttérmino tiene una placenta que empieza a ser insuficiente, con frecuencia presentan asfixia en el trabajo de parto y meconio en el líquido amniótico lo que puede resultar en un síndrome de dificultad respiratoria por aspiración de meconio.

En cuanto al peso al nacer (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) refieren la clasificación de acuerdo a si el peso en el nacimiento del bebé es adecuado o no para su edad gestacional:

a) Adecuados para su edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino.

b) Pequeños para la edad gestacional: Cuando el peso está bajo el percentil 10 de las curvas de crecimiento intrauterino. (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) los describen como aquellos que pesan bastante menos de lo que deberían pesar al haber nacido a término o no, en estos casos el crecimiento fetal ha sufrido un retraso que puede deberse a varios factores como la nutrición materna o la influencia de algunos teratógenos y los bebés en este grupo pueden llegar a tener hasta un 10% menos del peso medio.

Los recién nacidos pequeños para su edad gestacional son la mayoría de las veces resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con frecuencia, poliglobulia e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002).

c) Grandes para la edad gestacional: Cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de las curvas de crecimiento intrauterino. Los recién nacidos grandes para su edad gestacional, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna. Pueden presentar también hipoglicemia y poliglobulia. Por su tamaño pueden tener problemas en el parto y sufrir traumatismo y asfixia (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002).

Referente al parámetro peso se utiliza también los conceptos de: a) Recién nacido de bajo peso, un bebé se valora de bajo peso si nace por debajo de los 2,500g. Las estadísticas acerca del peso de los recién nacidos muestran que en torno a un 7% de ellos nacen por debajo de dicho peso (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003). b) Recién nacido de muy bajo peso, se clasifican de esta forma los bebés cuyo peso en el momento de su nacimiento es inferior a los 1,500g. Estos bebés se enfrentan a graves problemas con respecto a su vida y desarrollo, aunque en la actualidad ha aumentado su probabilidad de supervivencia. Por regla general, cuanto menor es el peso del bebé mayor es el riesgo (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) y c) De extremo bajo peso menos de 1000 g. estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo. (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002)

Las causas de que el bebé nazca con bajo peso son muy variadas y no todos los neonatos de bajo peso presentan las mismas características, algunos bebés tienen bajo peso porque nacieron antes de la finalización del periodo normal de gestación (Prematuros). (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003)

El bajo peso al nacer es la segunda principal causa de muerte en la infancia, después de los defectos congénitos, menciona (Anderson, 2002) citado por (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2005) y (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) refiere que el bajo peso se considera el problema más común al nacer y un indicador de riesgo, por cuanto estos bebés tienen mayor probabilidad de sufrir problemas de desarrollo que otros bebés si no reciben una atención adecuada. Aunque anteriormente los bebés de bajo peso tenían un riesgo de muerte durante el primer mes de vida, en la actualidad el avance tecnológico ha minimizado tal posibilidad. Si bien es cierto que los neonatos de bajo peso pueden presentar problemas inmediatos y a largo plazo, la contingencia de que ese riesgo se convierta en un factor que amenaza su vida dependerá en gran medida de la atención que reciban en los primeros días y meses de su vida, así como de las causas que han motivado el bajo peso del bebé.

### **3. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO**

(Gómez, A., 2002) refiere que cuando una pareja decide tener un hijo se imagina cogiendo en brazos a su bebé a término, sano activo que de inmediato se incorporará a la familia y estas expectativas se ven truncadas bruscamente si el bebé nace antes de tiempo, ya que el prematuro será separado de sus padres inmediatamente y se le colocará en una incubadora. Cuanto más inmaduro sea, más cables y tubos llevará, y su aspecto será más impactante, ante esta situación es muy probable que los padres tengan sentimientos de duelo, culpa, rechazo y/o preocupación.

#### **3.1 CAUSAS DE PREMATUREZ**

(Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) señalan que la prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicos-culturales, condiciones biológicas de la madre y diversas patologías que afectan a la madre y al feto, y las jerarquiza

de la siguiente manera: 1) Nivel socioeconómico bajo, 2) Talla materna baja 1.50m., 3) Ausencia de cuidados prenatales, 4) Malnutrición materna, 5) Historia de prematuros previos, 6) Enfermedad hipertensiva crónica, 7) Toxemia gravídica, 8) Placenta previa, 9) Desprendimiento de placenta, 10) Falta de oclusión del cuello uterino, 11) Ruptura prematura de membranas.

### **3.2 CARACTERÍSTICAS DEL BEBÉ PREMATURO**

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo relacionados con el bebé (Campos, V., Mercado, J. & Games, J., 2006) contemplan en primer lugar la prematurez, en segundo lugar el bajo peso al nacimiento y posmadurez. Por lo cual la prevención y el cuidado de estos bebés son de vital importancia para disminuir la tasa de mortandad.

(Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) mencionan que “El bebé prematuro es comparable a un feto que está en el vientre materno” por lo cual su desarrollo no puede ser igual al del bebé a término, requiriendo así atención médica, y presentando varios indicadores físicos de inmadurez como: el hecho de que su cabeza parece más grande y redondeada que en los bebés nacidos a término y sus extremidades y el cartílago del oído externo pueden estar poco desarrollados, (Brozanski, B., & Bogen, D., 2009) refiere que la piel se caracteriza por ser fina y los prematuros de entre 24 y 28 semanas presentan una piel casi transparente, cubierta por lanugo y vernix en mayor cantidad que un bebé a término; mientras que (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) mencionan que la piel parece de papel de seda, presenta rozaduras con facilidad, con matiz rojo difuso, brillante y un patrón venoso prominente. Sus pezones pueden no ser visibles todavía. En los varones los testículos no han descendido al escroto, mientras que en las niñas los labios mayores aún no cubren los menores. Presentan una actitud y tono muscular característico que los hacen parecer débiles; no tienen la actitud de flexión del recién nacido de término y los músculos tienen poco desarrollo y el tono es escaso; por lo general, están quietos y su llanto es débil.

Los Indicadores de inmadurez Fisiológicos son:

Sostén respiratorio: Cuanto más pequeño sea el recién nacido, más débiles son sus músculos respiratorios, casi todos estos recién nacidos necesitan asistencia mecánica ventilatoria desde el principio (Gomella, T., Cunningham, M. & Eyal, F., 2009).

Control de temperatura y humedad: Dado que el niño pequeño tiene poco tejido celular subcutáneo, un área de superficie cutánea relativamente grande y reservas mínimas de energía, es esencial para su supervivencia un medio ambiente térmico neutro constante. Este requerimiento se define como la temperatura ambiente que minimiza la pérdida de calor de modo que no aumente el consumo de oxígeno y no se incurra en estrés metabólico (Gomella, T., Cunningham, M. & Eyal, F., 2009).

Requerimientos nutricionales: Son mayores, su capacidad digestiva esta disminuida sin digerir los almidones, insuficiente desarrollo neurológico y capacidad disminuida para digerir grasas (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

El sistema inmunológico: No esta completamente establecido y tiene especial vulnerabilidad a la infección así como su sistema nervioso es inmaduro puede no ser capaz de succionar siendo esta una función básica para sobrevivir (Gomella, T., Cunningham, M. & Eyal, F., 2009).

Los riñones: Tienen menor actividad. Esta disminución se presenta en razón de la edad caracterizada por la deficiente filtración glomerular y menor concentración de orina; así como restricción en la capacidad para la diuresis osmótica, reducción de la depuración de urea, creatinina, cloruros, potasio y fósforo, no pudiendo superar las sobrecargas de estos elementos, por lo que infecciones como la diarrea y vómitos provocan acidosis de rápida manifestación (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

Succionan sin energía; presentan dificultad respiratoria en mayor o menor grado y problemas para el control de la temperatura; diátesis hemorrágica; disturbios

metabólicos como hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis respiratoria y /o mixta (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

### **3.3 MORBILIDAD DEL PREMATURO**

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. De acuerdo a esto, a menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adecuación a las nuevas condiciones que demanda la vida extrauterina y que en el caso del prematuro puede estar afectado y requiere de cuidados (Cifuentes, J. & Ventura-Juncá, P., 2002).

### **3.4 PREDISPOSICIONES DE LOS BEBÉS A CAUSA DE LA PREMATUREZ**

(Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) mencionan que debido a que los bebés prematuros cuentan con desventajas ante la adaptación a la vida extrauterina, éstos se encuentran predispuestos a sufrir algunos trastornos o enfermedades ocasionados por su prematurez, presentándose más comúnmente en el sistema respiratorio y cardiocirculatorio, poniendo velozmente en peligro la vida del recién nacido, de igual manera se presentan problemas frecuentes relacionados con la regulación de su temperatura, nutrición y alimentación; estos bebés están más expuestos a sufrir infecciones debido a que sus defensas son bajas, así como a sufrir hemorragia intracraneana y de hiperbilirrubina.

Lo más frecuente del prematuro, son los problemas respiratorios debidos al desarrollo incompleto de los alvéolos pulmonares, pues estos crecen antes de que los pulmones estén preparados para funcionar adecuadamente, no presentan una buena expansión o distensión alveolar constituyendo esta limitación un obstáculo para el recambio gaseoso. La inmadurez de la pared torácica, aumenta el efecto

nocivo de la dificultad orgánica que se opone al recambio de oxígeno y los músculos pequeños y endebles de la pared torácica difícilmente producen una presión intratorácica negativa suficiente para la expansión alveolar. Aunado a esto, la caja torácica no se ha calcificado completamente, por lo que presenta una elasticidad excesiva que anula la presión negativa por el hundimiento de las costillas pudiendo detectar defectos funcionales de órganos y aparatos al observarse alteraciones metabólicas (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

Enfermedad de membrana Hialina (E.M.H.) se denomina así a un cuadro de dificultad respiratoria propio de los prematuros que es la principal causa de morbilidad y mortalidad de origen respiratorio. Su incidencia estima en alrededor de un 5 a 10% de los prematuros, esta aumenta significativamente a menor edad gestacional (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002).

APNEA, se denomina así a la ausencia de flujo aéreo en la vía respiratoria durante un periodo de 20 segundos o menor si éste se acompaña de bradicardia y/o cianosis. Esta compromete especialmente al recién nacido prematuro y se presenta en aproximadamente el 50 % de los menores de 32 semanas de edad gestacional (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002).

Se clasifica de la siguiente manera: Apnea primaria o idiopática del prematuro la cual se caracteriza por no ser causado por otra patología, se postula que es consecuencia de una inmadurez en los mecanismos centrales de control de la respiración. Y Apnea secundaria a otra patología, la cual se puede presentar en recién nacidos prematuros y de término, se presenta en relación a otras patologías como problemas metabólicos, alteraciones neurológicas infecciones y cuadros de dificultad respiratoria (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002).

Los bebés prematuros están predispuestos a sufrir una ictericia fisiológica precoz, intensa y prolongada en comparación con los neonatos a término y son más vulnerables a las infecciones; debido tanto a deficiencias inmunológicas como tisulares, se adaptan mal a las sobrecargas de cualquier tipo (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

Lo que explica la gran tasa de morbilidad y mortalidad en los prematuros es su incapacidad inmunológica caracterizada por la extraordinaria susceptibilidad a las infecciones. La actividad bacteriostática y bactericida del plasma, es menos energética que la de los niños a término; los leucocitos muestran menor actividad fagocitaria y no produce anticuerpos en las mismas cantidades que los niños de término (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

Con frecuencia, las malformaciones congénitas tienen una tasa de hasta 6 veces mayor que en los niños de término. Aproximadamente el 25% de los recién nacidos con peso inferior a los 1,500g, muestra malformaciones congénitas asociadas y la incidencia disminuye en un 12% si el peso está comprendido entre los 1,500 y 2,000 g. mientras que en los bebés de 2,500 g. y más la incidencia de malformaciones disminuye al 6% (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

Existen otras consecuencias que van más allá de los primeros meses de vida de los bebés prematuros a lo cual (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) aportan como un dato interesante el bajo control de la atención y retraso en la emergencia del lenguaje que parece ser característico de los niños de bajo peso, ya que las dificultades para el aprendizaje y la facilidad para distraerse pueden ser una consecuencia de las complicaciones que a veces acompañan el nacimiento de los niños de bajo peso, como sufrimiento respiratorio, anoxia o hemorragia cerebral, entre otras. Sin embargo, el déficit en el control de la atención y las dificultades cognitivas y lingüísticas pueden aparecer incluso en la ausencia de las complicaciones apuntadas.

Estas secuelas según la mayoría de los autores que han efectuado seguimientos son desalentadoras. (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) refiere a (Kunstander y Bartelem, 1934) quienes señalaban que 5 de 17 niños nacidos con peso menor de 1000g, murieron antes de llegar a los 2 años de edad; 6 presentaron retraso mental, y los otros 6 trastornos de conducta. Casi todos tuvieron peso y talla inferior a la media de su población. En otro estudio se obtuvo que solamente 14 de 38 niños prematuros alcanzaron un desarrollo intelectual normal o superior.

(Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) cita otro estudio realizado en Inglaterra, entre 1951 y 1958, en el cual se llevó a cabo un seguimiento de 1128 niños prematuros, con peso promedio de 1,814g, que fueron examinados a los 6 y 9 años de edad, del total se localizaron solamente 1,081 de los que se detectaron 232 con las siguientes anormalidades: 71 (6.6%) con parálisis cerebral, 62 (5.7%) con síndrome convulsivo, 40 (3.7%) Fibroplasia retrolental, 29 (2.7%) con un coeficiente intelectual menor de 50, 19 (1.8%) con sordera moderada y 11 (1.0%) con cataratas congénitas.

Por su parte (Odent, M., 2010) realizó un banco de datos con investigaciones y estudios específicos cuyos objetivos eran evaluar las posibles consecuencias a largo plazo del estado emocional de la madre durante el embarazo. Encontrando en ellos que el estado emocional de la embarazada llega a tener efectos a largo plazo en áreas como la social, agresión, y alteraciones en la capacidad de amar como lo son: autismo, criminalidad, alcoholismo, esquizofrenia, suicidio, entre otras.

(Odent, M., 2010) refiere varios estudios, en uno de ellos describen que se estudiaron 167 casos de niños cuyos padres fallecieron antes de que ellos nacieran; por otra parte 168 niños cuyos padres fallecieron durante el primer año de vida de éstos, realizaron informes médicos hasta que las personas de ambos grupos tuvieron 35 años. Encontrando que en los niños que falleció su padre durante el embarazo mostraban mayor riesgo de criminalidad, alcoholismo y

desequilibrio mental, por lo que se concluyó que “El estado emocional de la madre embarazada tiene una mayor influencia a largo plazo sobre el niño que el estado emocional durante el primer año de vida del pequeño”.

De igual manera el autor refiere estudios con niños de embarazos no deseados llegando a conclusiones similares. Se tomaron dos grupos uno de investigación y otro control de 120 niños en cada uno, cuyas madres habían tenido la intención de abortar siéndoles negado hacerlo, se hizo seguimiento hasta que tuvieron 35 años llegando a la conclusión de que el grado de sociabilidad era menor en el grupo cuyas madres no lograron hacerse el aborto. Posteriormente en otra investigación llevada a cabo con 11,000 mujeres embarazadas a las cuales se les preguntaba durante el sexto o séptimo mes de embarazo si éste era a) deseado, b) a destiempo pero deseado o c) indeseado; resultando un riesgo significativamente mayor de esquizofrenia en los bebés cuyas madres no deseaban el embarazo.

### **3.5 CUIDADOS ESPECIALES PARA EL BEBÉ PREMATURO**

Los prematuros, tienen una maduración neurológica menor que el recién nacido a término, por lo que necesitan cuidados especiales para poder sobrevivir. El objetivo en la asistencia a estos niños, es reducir al mínimo el riesgo de enfermedad y muerte, por lo que en su manejo deben considerarse los siguientes aspectos: cuidados generales especiales, establecer una oxigenación adecuada, conservar la temperatura corporal normal, introducción de una nutrición apropiada, proteger de infecciones, detección y tratamiento de enfermedades, y por último, información y educación médica a la madre sobre cómo tratar a su niño prematuro en su casa (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

Es necesario mantener la temperatura adecuada para evitar la pérdida de calor en el bebé. (Brozanski, B. y Bogen D., 2009) mencionan que “Desde 1900 el francés Pierre Costant Budin, señaló que la hipotermia producía bajos índices de

supervivencia neonatal, observó que solo el 10% de los recién nacidos que tenían una temperatura de 32.5 a 33.5 grados centígrados, lograban sobrevivir, siendo la hipotermia el principal problema de equilibrio térmico en estos niños.”

El prematuro tiene mayores requerimientos nutricionales, capacidad digestiva disminuida sin digerir los almidones, insuficiente desarrollo neurológico y capacidad disminuida para digerir grasas y el horario de la alimentación será de cada 3 ó 4 horas, dependiendo del peso corporal. El calostro es bien tolerado por gran cantidad de niños prematuros y solamente, en caso de no tener, se usará leche modificada en proteínas, si presenta reflejos de succión y deglución se dará biberón; si presenta succión débil pero deglute bien, se usa alimentador; si presenta succión y degluciones débiles se usa gotero; si la succión y deglución están ausentes se aplica sonda nasogástrica (Brozanski, B. y Bogen D., 2009).

De igual manera (Brozanski, B. y Bogen D., 2009) refiere que se debe evitar la contaminación de los alimentos, así como del aire que se respire, por esa razón se emplean algunas medidas de seguridad como lo son el colocar o ubicar a estos bebés en un área privada dentro del hospital reduciendo así el contacto directo con personal médico, enfermería y otros bebés, otras medidas consisten en tener horarios de visitas para los padres (solo padres del recién nacido pueden entrar), el uso de batas especiales, así como el lavado de manos obligatorio antes de pasar a la visita; mediante estas medidas se intenta reducir el riesgo de infección en los bebés; ya que el bajo peso al nacimiento de niños prematuros es un factor que eleva la gravedad de infecciones neonatales y al mismo tiempo disminuye las manifestaciones clínicas haciendo más complicado el diagnóstico precoz, aplicar un tratamiento oportuno o prevenir.

(Gomella, T., Cunningham, M., & Eyal, F., 2009) describe que el feto se mantiene en una posición flexionada, se debe estimular esta posición en el recién nacido extremadamente prematuro; se prefiere una postura en decúbito lateral flexionada

o decúbito ventral rodeado por elementos de sostén y se recomienda un cambio de posición cada 4 horas o cuando lo exprese el recién nacido.

(Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) refiere que el mayor temor es que los bebés muy pequeños mueran en la infancia, debido a que la supervivencia de los niños prematuros de bajo peso al nacer depende más del desarrollo del cerebro y los pulmones que del peso corporal en sí mismo. En otras palabras, sus problemas de supervivencia se relacionan con la inmadurez de sus órganos vitales.

En cuanto a los bebés de muy bajo peso, necesitan prolongados cuidados intensivos, deben tener continuamente controlada su presión sanguínea, temperatura, respiración y pulso cardíaco con monitores, se les tiene que alimentar con agua y leche a través de un tubo que va directamente a su estómago y requieren una estricta supervisión del suministro de oxígeno (la falta de oxígeno podría acarrear parálisis cerebral, mientras que en demasiada cantidad puede conllevar ceguera) (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003).

La vida de un neonato en estas condiciones puede conllevar, si el periodo es extenso y no se toman las precauciones necesarias, a privación sensorial dado el aislamiento del niño. Carecerá de cierto tipo de estímulos: ser mecido suavemente como si aún estuviese en el útero materno o disfrutar del tacto de la madre o del padre al alimentarle, acurrucarle o bañarle. Sus experiencias pueden ser muy distintas de las de un niño normal, ya que respira a través de una máquina, se alimenta por vía intravenosa y duerme con luces y ruido en una unidad de cuidados intensivos. (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003)

Además de los ya conocidos lazos más fuertes que se desarrollan entre madre e hijo, la lactancia materna es muy importante para disminuir algunos factores de riesgo como infecciones o enfermedades crónicas. La leche materna también es

muy importante para el desarrollo de niños prematuros. Cuando se analiza su desarrollo (siete u ocho años después) se encontró que quienes fueron alimentados con leche humana presentan mejores coeficientes de desarrollo que los pacientes que recibieron otro tipo de alimentación. (Campos, V., Mercado, J., & Games, J., 2006).

A la leche que la madre secreta cuando su hijo no alcanza una gestación de término se le denomina leche pretérmino que al menos en el primer mes de lactancia tiene mayor concentración de proteínas, sodio y cloruros y menor concentración de lactosa, que la hacen diferente de la leche de término. (Campos, V., Mercado, J., & Games, J., 2006).

De igual manera el método de la madre canguro expuesto en el capítulo del vínculo, puede ser una medida que al llevarse a cabo favorezca tanto la relación madre-hijo, como la salud del pequeño, debido a que a través del contacto piel a piel, éste puede obtener ventajas como las que refiere (Gómez, A., 2002) que consisten en “mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros, menor número de infecciones, facilitación de la lactancia materna, reducción de estancia hospitalaria, y aumento de la autoconfianza de las madres en el cuidado de sus hijos”.

(Gómez A., 2002) refiere que durante el método de la madre canguro, las variables fisiológicas del prematuro permanecen normales, la temperatura es estable, la respiración se hace regular y profunda y la frecuencia cardiaca se estabiliza o aumenta ligeramente, el niño prolonga sus periodos de reposo (alerta reposada, sueño profundo, menos actividad muscular, llora menos), y de este modo se favorece la maduración y la ganancia de peso y disminuye el número de días de ingreso; las madres se sienten más participes en el cuidado de su hijo prematuro y les estimulan y le dan su leche.

## 4. EL ENTORNO FAMILIAR

### 4.1 SISTEMA FAMILIAR

(De Cahavarria, A., 2004) (De Chavarria, 2004) define a la familia como “una agrupación social, cuyos miembros se hayan unidos por lazos de parentesco. En su forma más simple, la familia primaria o elemental consiste de dos adultos de sexo opuesto, que viven juntos en una unión (matrimonio) reconocida por otros miembros de su sociedad, y en compañía de sus hijos. Los vínculos de parentesco que unen a estos individuos son tres: el que existe entre la pareja casada (relación de marido y mujer); el que existe entre la pareja y los hijos (relación de padres-hijos); y el que existe entre los hijos de la pareja casada (relación de hermandad)”

(M.C. Albengózar, C. Cerá y J.C. Meléndez , 1998) citado por (Millán, M. & Serrano, S., 2002) señalan “La perspectiva sistémica considera a la familia como un sistema, entendiendo sistema como el conjunto de elementos interdependientes que interactúan entre sí, un grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado. Cada una de las partes afecta a todo el conjunto y el conjunto es superior a la suma de las partes, éste es el efecto denominado efecto sinergia”.

Para (Millán, M., & Serrano, S., 2002) la familia desde el enfoque sistémico se define como la comunidad establecida por el marido, la esposa y su descendencia común, unidos por dos tipos de vínculos: 1.- Vínculos afectivos emocionales.

2.- Vínculos legales en los que se establecen derechos y obligaciones prescritas, presentándose tres principales subsistemas claramente diferenciados e interrelacionados:

a) El subsistema formado por la relación existente entre el marido y la esposa definido por un vínculo de afinidad.

b) El subsistema formado de la relación que se establece entre padres e hijos en el que se establece un vínculo de afiliación y

c) El subsistema formado por la relación de individuos que tienen en común a los mismos padres, es decir, el subsistema fraternal y en el cual se establece un vínculo de consanguinidad.

Para Ríos J. A. (1980) referido por (Millán, M., & Serrano, S., 2002) “La familia está considerada como un sistema dinámico viviente sometido a un proceso de establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdos sobre ellas. Las relaciones entre sus miembros dependen de las reglas o leyes en base a las cuales funcionan los miembros del sistema en relación recíproca. Así la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas y en la que todos sus miembros, desde el más pequeño hasta el más mayor, influyen en la naturaleza del sistema al tiempo que todos, a su vez, se ven afectados por el propio sistema. La familia es un sistema especial, con una historia y un pasado al tiempo que se encierra en sí un futuro que hay que descubrir”.

Para Garrido M. (1995) referido por (Millán, M., & Serrano, S., 2002) “La familia es un grupo que tiene una estructura básica (padre-madre-hijos) habitando en un espacio durante diversos ciclos vitales, que tienen como fin cumplir funciones sexuales- reproductoras, económicas, socioeducativas y afectivas y que funcionan como sistema con sus propias reglas internas y abierta tanto a la familia extensa como a la comunidad”. Por lo tanto toda la familia, como grupo institucional y como sistema que es, tiene una forma particular de funcionamiento en el que se establecen límites internos, los cuales establecen la separación entre sus miembros con el objetivo de mantener la jerarquía familiar, así como el correcto entendimiento de las pautas marcadas para la eficiencia del funcionamiento del sistema familiar, y límites externos, que hacen referencia del funcionamiento adaptativo-inadaptativo del sistema familiar con respecto al entorno social y cultural en el que se desenvuelve; es decir, una familia sana es aquella que conserva su identidad como familia con respecto a la sociedad, diferenciando de forma adecuada lo perteneciente, o no al sistema familiar.

Para (Millán, M., & Serrano, S., 2002) en definitiva, se puede decir que un sistema familiar se compone de un conjunto de personas interactuando entre sí y que forman una unidad frente al mundo que los rodea; sin embargo para una buena relación es necesaria la existencia de unos límites externos al sistema familiar y unos límites entre los distintos subsistemas, ya que cuando se producen cambios en uno o más de los miembros del sistema se facilita la probabilidad de amenaza a la armonía familiar, obstaculizando el desarrollo familiar.

(Millán, M., & Serrano, S., 2002) refiere que en la creación de un nuevo sistema familiar ejerce un papel fundamental la familia de origen de cada uno de sus miembros, aportando de forma consciente e inconsciente un modelo de funcionamiento que cada individuo va a intentar plasmar en la familia creada produciendo discrepancias que aumentarán con la llegada de los hijos. La nueva familia debe sopesar los dos modelos familiares, quedándose con lo beneficioso y eliminando lo negativo. No obstante, la familia en su desarrollo evolutivo experimenta cambios tanto emocionales como relacionales y la adaptación a los mismos conlleva diferentes crisis evolutivas.

De igual manera (Millán, M., & Serrano, S., 2002) describe que la estructura de la familia comienza con la pareja, con la unión conyugal del hombre y la mujer. La fecundación y la procreación son los valores primordiales en las estructuras tradicionales, pero el tipo de estructura familiar va a depender del tipo de matrimonio que se haya formado. Las bases para un determinado tipo de pareja radican en:

- 1.- Los espacios emocionales: en ellos el sistema interaccional se pone a disposición por parte de cada miembro de la familia con la intención de que se establezca una relación en la que la conducta de uno de ellos tenga una consecuencia activa en el comportamiento del otro.
- 2.- El campo relacional: la pareja a lo largo de su encuentro y adaptación de uno a otro hacen posible la elaboración de una serie de pautas y reglas.

3.- El área de autonomía: la cual contiene los aspectos del amor maduro y la productividad de la pareja.

Para que la pareja viva en armonía debe sintetizar los tres aspectos de forma simultánea, teniendo en cuenta que la constitución de la pareja depende de la existencia de ambos en la alineación de naturaleza similar (Millán, M., & Serrano, S., 2002)

(Satir, V., 2002) menciona que “La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos familiares cotidianos” de igual manera resalta que el contexto dentro del que se desarrolla una persona con dimensiones que lo lleven a valerse por sí mismo como lo son: la mente alerta, salud física, productivos, responsables con sentimientos amorosos entre otros es más ni menos que la familia y los dirigentes son los responsables de la creación de estos seres”.

En lo referente a la comunicación (Gallego, S., 2006) menciona que cada familia desarrolla su propia perspectiva sobre comunicación y cómo funciona en su vida particular. En este sentido y aunque no puede hablarse de constantes universales en comunicación, puede decirse que en cada contexto socio-cultural se comparten perspectivas, formas, estrategias y significados sobre cómo comunicarse.

Virginia Satir citada por (Gallego, S., 2006) refiere que “la comunicación es el factor singular que determina las clases de relaciones que se establecen con otras personas y lo que pasa en el mundo a su alrededor; cómo se maneja la sobrevivencia, como se desarrolla la intimidad, como se da sentido a las cosas. Estas dependen fundamentalmente de la comunicación y de las habilidades comunicativas”.

(Gallego, S., 2006) describe que la comunicación es el medio a través del cual se establecen y mantienen las reglas de la interacción y de las relaciones sociales, de igual manera es el proceso a través del cual los integrantes de familia establecen,

mantienen y disuelven sus relaciones íntimas. La comunicación refleja las conexiones y vínculos interpersonales entre los integrantes de familia, y en este sentido, ofrece una forma para prever o pronosticar la calidad y el curso de las relaciones de las familias.

Las familias son sistemas dinámicos en los que ocurren cambios constantes, pero estos son, hasta cierto punto organizados y predecibles. A través de la comunicación establecen roles, definen y mantienen reglas, realizan actividades y tareas, desarrollan y mantienen patrones comportamentales (Gallego, S., 2006).

El modelo de sistemas de la pareja y de la familia: (Esteinou, R., 2006) refiere que se ha desarrollado el modelo de sistemas de la pareja y la familia conocido como modelo circunflejo, el cual incluye tres dimensiones principales: Cohesión, Flexibilidad y Comunicación.

**La cohesión:** es el sentido de cercanía emocional con otra persona. Se puede describir cuatro niveles de cohesión en las relaciones de pareja y de familia; desenganchado, conectado, cohesionado y amueganado, los niveles medios parecen ser los más funcionales a través del ciclo de vida de la familia. **La flexibilidad:** es la cantidad de cambio que ocurre en el liderazgo, en las relaciones de rol y en las reglas de relación. Tiene cuatro niveles: rígido, estructurado, flexible y caótico. **La comunicación:** es el elemento que suaviza las fricciones entre los miembros de la familia y entre la pareja. La comunicación familiar es lineal: cuanto mejores sean las habilidades de comunicación, más fuertes serán las relaciones de familia y de pareja. En la evaluación de la comunicación familiar se consideran seis dimensiones: habilidades para escuchar, habilidades para hablar, apertura de uno mismo, claridad, permanecer en el tema, respeto y consideración.

De igual manera (Esteinou, R., 2006).refiere que las familias tienen 6 fortalezas, estas están interconectadas unas con otras y es imposible separarlas. Lo que une a todas las fortalezas es que cada una se funda en un sentido de conexión emocional positiva; Aprecio y afecto, Compromiso, Comunicación positiva, Tiempo

compartido que se disfruta, Bienestar espiritual y Manejo exitoso del estrés y la crisis.

## 4.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia como todo proceso de vida tiene un ciclo vital que se divide en 6 fases, descritas por (Estrada, L., 2002) la clasificación es: 1) Desprendimiento, 2) Encuentro, 3) Los hijos, 4) La adolescencia, 5) El reencuentro y 6) La soledad y muerte.

***El Desprendimiento:*** Es una fase dolorosa, pues significa separarse de relaciones emocionales significativas como lo son los padres, saliendo así en busca de un compañero fuera de su familia, dentro de este hecho se encuentran dos corrientes en pugna, la primera es la que está a favor del desprendimiento y de la vida y la segunda en la que se tiende a fijar, detener o regresar el proceso creativo a etapas anteriores.

El matrimonio además cambia la relación que hasta entonces ha sido entre dos seres, a una más panorámica y compleja al reunir oficialmente a dos familias, situación que indudablemente agrega una dificultad más a la joven pareja. Al llegar el momento de la separación de las familias de origen puede sobrevenir otro tipo de conflicto como la esperanza de uno de los cónyuges en que el otro le solucione sus problemas o se siente prepotente para solucionarle los problemas al otro.

La idealización puede amenazar esta fase, ya que el rompimiento brusco de está puede llevar al querer abandonar el proyecto de una nueva relación dando paso a la desilusión y desengaño promoviendo la disolución de intento de formar una familia. (Estrada, L., 2002) menciona que en “las fibras vitales que forman el corazón de la familia se encuentran situaciones en la alianza de la pareja”.

En el área de identidad es esencial que se promueva un punto de anclaje en la relación emocional para remplazar al de los padres, así como el haber solucionado la conflictiva edípica para poder tolerar las regresiones del compañero, aceptar y brindar cuidados al compañero así como el poder compartir intereses comunes.

En el área sexual, se debe lograr una armonía al encontrar en el compañero un complemento biológico, poder expresar sus necesidades sin ser coartado y encontrar la promesa de continuarse a través de la reproducción.

El área de la economía hay que lograr la división e intercambio de labores, logrando seguridad por adquisición de bienes.

Área del fortalecimiento del yo, apoyarse de una ayuda mutua para aprender el rol de cónyuge, hay que buscar libertad para expresar la individualidad y apoyarse uno del otro para mantener y fortalecer las defensas sociales adaptativas ya que ingresan a un complejo mundo de sociedad adulta con los embates de la cultura y sociedad

***El Encuentro:*** Esta fase se centra en aprender el rol de cónyuge para lo cual es necesario renunciar a las ganancias emocionales obtenidas en otras etapas y para lograrlo hay que: a) cambiar mecanismos que hasta ahora han brindado seguridad emocional, b) conformar un sistema de seguridad emocional incluyéndose a sí mismo y al compañero, para promover un “contrato matrimonial” abarcando cualquier aspecto y así evitar el suponer de uno hacia otro. (Estrada, L., 2002), menciona que “Es precisamente el amor romántico lo que da lugar al amor sexual y al erotismo”

La “intimidad como pareja” referida a la comunicación, trasmisión de secretos y misterios individuales lleva a la pareja a entrelazar sus vidas pasadas, presentes y futuras logrando la integración necesaria para darle significado a la vida. Un

aspecto más que contribuye a la permanencia de la relación es la maduración del superyó quien atribuye compromiso, lealtad e interés por el otro protegiendo a la pareja en los conflictos.

En el área de identidad, se busca el anclaje emocional para sustituir los anteriores. En el área de la sexualidad se intenta llegar a la armonía entre las necesidades tanto del hombre como la mujer.

En el área de la economía, hay que lograr el entendimiento de que ambos por igual son responsables y cuidadores de todo.

En el área del fortalecimiento del yo, hay que trabajar la comprensión para aceptar que en el rol de esposos tiene que existir una cierta libertad para ser uno mismo sin agredir al otro.

**La etapa de los hijos:** dentro de un sistema familiar es muy importante, ya que en base al punto de vista que se tenga sobre si es necesaria la descendencia para completarse biológicamente, o no, o si las exigencias sociales están mal, si la falta de hijos se debe a problemas físicos, emocionales entre otros juicios a los que se enfrenta la pareja también es necesario comprender que de tener un hijo implica tanto espacio físico, como emocional y una restructuración de vida.

En el área de la identidad, se busca un nuevo anclaje de relación emocional con el niño y ayudar al otro para que lo logre, sin que esto implique el perder el anclaje entre ellos como pareja, al igual que se debe incluir en sus intereses la crianza y educación del hijo.

En el área de sexualidad es indispensable afirmar la importancia de la experiencia de realización a través de la reproducción. Las relaciones sexuales se alterarán por los cuidados hacia el nuevo miembro. Posteriormente la planificación familiar

jugara un papel primordial y los aspectos tantos físicos y emocionales brindaran información sobre cuántas personas podrán ser alojadas en la familia, si no se planifica sería como esperar a que todo se acomode por sí mismo.

En esta etapa la función de padre se extiende no solo al cuidado del hijo sino de la madre, ya que esta desde el embarazo formula su nido emocional y el esposo es quien deberá apoyarla ayudarle y en cierta manera protegerla para que este nido emocional se desarrolle hasta varios meses después del nacimiento, por lo que la función del padre es de vital importancia ya que además de lo anterior, éste será quien establezca el vínculo con el mundo externo y sociedad.

(Estrada, L., 2002) refiere que “El padre debe y puede desarrollar lo que se acepta como conducta maternal, sin temor al concepto”. Esta idea es apoyada por (Stoppard, M. & Durrell, N.,2000) quienes describen que si los hombres participan en el proceso desde el momento de confirmarse el embarazo, se convierten en padres activos y entusiastas, lo cual significa tomar parte en todos los preparativos, participar en decisiones acerca del sitio y forma del nacimiento y los cuidados, sin embargo si en alguna etapa se le excluye se le dificultará mas asimilar su rol de padre, por lo cual concluyen que “no existe mayor ayuda para la mujer embarazada que el interés y la simpatía de su pareja y no hay mejor trato para el bebé que el de un padre activo y amoroso”.

En lo referente al área de la economía, (Estrada, L., 2002) menciona “Las estadísticas muestran que la presión económica produce trastornos tan serios que las ficciones, peleas y agresiones destructivas no se hacen esperar; se rompe el matrimonio y muchas veces se acaba la esperanza de formar una nueva familia” por lo que es vital identificar el área afectada logrando claridad para no confundirlo con falta de cariño o desinterés y propósito de una familia, sino definir labores de trabajo y hogar ayudando a que se cumplan y así no culpar a los hijos por los fracasos.

Área del fortalecimiento del yo, existe la creencia de que el ser padre se aprende instantáneamente al nacer el bebé, pero no es así para aprender el rol de madre y padre se necesita de la ayuda del compañero al grado de poder intercambiar roles cuando sea necesario. Dentro de este aprendizaje es conveniente que se mantenga la capacidad de identidad y expresión individual para no utilizar al niño como gratificante.

**La Adolescencia:** Es la etapa en la que los hijos pone a prueba la flexibilidad del sistema ya que se combinan otros factores como: los problemas emocionales, el hecho de que los padres revivan su adolescencia y la preocupación de que los abuelos no pueden valerse por sí mismos, por lo cual es importante que tanto el adolescente como los padres logren madurez en su desarrollo para poder desprenderse del hijo y esté se separe a formar nuevas parejas.

En el área de la identidad, puede haber rivalidad del padre hacia su hijo por ser mejor que él, o inferioridad y minusvalía por no cumplir con las expectativas, de igual manera el hijo comienza a comparar a sus padres con otros adultos como maestros o padres de otros compañeros y para los padres les es difícil compartir el trono. Los hijos se van y la juventud de los padres se va con ellos, por lo cual es necesario renovar el contrato y mostrar apoyo entre la pareja para iniciar el climaterio de los padres, elaborar el duelo y esto estimule a seguir compartiendo como pareja.

En el área sexual, se presentan los cambios en el organismo y las funciones sexuales. En ocasiones se han olvidado los roles de esposos, ya que estos son cambiados por los de los padres, y a su vez los hijos deben de permitir que se retome este rol recuperen su libertad e independencia.

En el área de la economía, en esta etapa ya existe una seguridad económica que ayuda a estructurar la división de labores, es momento de volver a convivir como pareja.

En el área del fortalecimiento del yo es necesario ayuda y apoyo mutuo ya que el hecho de que los hijos se vayan lleva a la pareja a entrar en otra área social por lo tanto se debe seguir funcionando en la exigente sociedad.

***El Reencuentro:*** Es una fase también conocida como nido vacío debido a que los hijos casi siempre ya se han ido a formar su propia familia, nuevamente hay que hacer espacio emocional para los nietos y el rol de abuelo, surge la necesidad de independizarse de hijos y nietos para formar nuevamente una pareja, el hecho de haberse enfocado a las fases anteriores hace que en ocasiones esta nueva fase del reencuentro sea más difícil porque hay que enfrentarse contra sí mismo, es necesario volver al rol de esposo ser compañero del otro como al inicio de la familia.

Área de la identidad nuevamente es necesario el apoyo mutuo para lograr nuevas metas, permitir que el otro se muestre como es, se tendrán que preparar cada uno para ser fuerte en la etapa final, por lo que se debe de seguir sintiendo seguridad y cariño del otro.

En el área de la sexualidad se deberá brindar apoyo incondicional para superar dificultades que la edad trae consigo, al igual se trabajara en encontrar o inventar caminos para compartir la satisfacción de haber ayudado a una generación más.

El área de la economía, en esta área hay que perder el miedo por la economía, afrontar menores responsabilidades de hogar y trabajo pues ya no hay hijos que criar.

Área del fortalecimiento del yo, implica ayuda mutua para superar duelos así como el aceptar el envejecimiento, afrontar sentimientos de culpa por errores cometidos y deseos de muerte, por lo que es una fase demandante en el sistema familiar.

**La Vejez:** (Estrada, L., 2002) la describe como la fase en la que “la fuerza vital centrífuga se invierte para ese entonces y en su impulso contrario, se vuelca hacia el viejo mismo y se traduce en un ensimismamiento y despegamiento del mundo exterior”. Hay que evitar la amenaza ante la individualidad y diferenciación de ambos, ya que en esta fase suele ocurrir que ambos se encuentren en casa pues ya no hay que ir a trabajar y con esto la esposa puede sentirse invadida por lo que hay que poner límites para que en estos puedan funcionar independientemente; al igual los hijos deben permitirles una intimidad adecuada y no sobreprotegerlos.

El ser abuelo brinda horizontes de vida ya que revive el deseo de sobrevivir y aceptar la propia muerte, se experimenta una nueva relación. Se necesita aceptar en forma realista las propias capacidades y limitaciones, hay que aceptar la dependencia cuando sea necesario.

En esta etapa aparece la soledad por las pérdidas vividas y la lucha consiste en aceptar el propio ciclo vital. (Satir, V., 2002) refiere que “El desarrollo de una familia es la tarea más difícil y complicada del mundo”

## **5. EL VÍNCULO FAMILIAR**

Bowlby citado por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) define el vínculo como “La tendencia que tiene el ser humano de buscar la proximidad de otra persona”. Su teoría sostiene que tanto los niños como los adultos vienen al mundo equipados de forma innata para garantizar la supervivencia del individuo. Los mecanismos por parte del niño son las acciones que mantienen y elicitán la proximidad y cuidados básicos de sus cuidadores principales. Los adultos, a su vez, son impulsados a actuar ante las demandas infantiles que indiquen cansancio, hambre, malestar o peligro para el bebé.

(Brazelton, T., 1991) define el vínculo como un pegamento, es como el enamoramiento inicial con un bebé. Sin embargo, permanecer dentro de este enamoramiento es diferente, es un trabajo muy, muy difícil. Todo el proceso del vínculo puede ser visto como un trabajo; es ambivalente porque es muy poderosa la fuerza que está en la base de lo positivo y de lo negativo.

Si se parte de las de funciones del vínculo se puede inferir que la relación de los padres con el bebé y el bebé con los padres comienza desde que se encuentra en el útero y se va a percibir a través de los sentidos, por lo que a continuación se menciona brevemente el desarrollo perceptivo y de sensaciones que va teniendo el bebé, con la finalidad de que se entienda mejor la relación entre el vínculo y los medios que influyen para que éste se forme.

Al describir acerca del desarrollo perceptivo es útil distinguir entre sensación y percepción, (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) mencionan que la sensación hace referencia a la detección y diferenciación de un estímulo concreto; la percepción alude a la interpretación de sensaciones e implica reconocimiento e identificación y, por lo tanto, memoria. Se da cuando el cerebro intenta integrar la información sobre un estímulo. Al nacer, tanto la sensación como la percepción están presentes.

(Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) citando a ( Sandman y Cols., 1997) señalan que la base de los estudios sobre percepción infantil se fundamenta en el hecho de que ante estímulos y objetos no familiares, los bebés emiten una respuesta fisiológica (cambios en el ritmo cardiaco, intensificación de la mirada, o chupeteo) cuando un objeto se ha vuelto familiar para el bebé, las respuestas decrecen o no ocurren. Entonces se consideran que el niño se ha habituado a este objeto o estímulo, y la capacidad de habituación está ya presente en fetos de 30 a 40 semanas, lo cual parece estar relacionada con el desarrollo de las regiones del parahipocampo cerebrales y es un índice de la maduración del sistema nervioso y al parecer estos estímulos causan respuestas fisiológicas parecidas a las de las

emociones, lo cual puede deberse no al estímulo, sino a la transformación en emoción que hace el bebé.

No todos los sentidos están desarrollados en el mismo grado, el tacto, el gusto, el oído y el olfato son plenamente funcionales para el recién nacido, sin embargo (Gottlieb, 1983) referido por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) hace mención a que la vista del bebé, en cambio, precisa aún de cierta maduración. (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) consideran que el desarrollo paulatino o escalonado de los diferentes sentidos tiene una razón de ser: reduce el caos de sensaciones al que se enfrentaría el bebé si todos los sentidos estuvieran completamente desarrollados al nacer.

**Oído:** El sentido auditivo del recién nacido es mucho más preciso y está más desarrollado, ya que el feto puede oír desde antes del nacimiento, como ya se mencionó anteriormente, (Chamberlain, D., 2002) refiere que los investigadores piensan que el bebé empieza a oír a la 18ª semana de embarazo y a la 28ª semana las respuestas del bebé al sonido son tan constantes que se podría afirmar que la capacidad activa e interactiva del oído existe sin duda.

(Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003), mencionan que los bebés prefieren oír sonidos que entran dentro del ámbito de frecuencia de la voz humana y usan su sensibilidad discriminatoria para distinguir los sonidos del habla de otra clase de sonidos. La diferenciación o discriminación de los sonidos esenciales para la percepción del lenguaje es una capacidad importante para el desarrollo del bebé.

(Duque, H., 2005) menciona que “la comunicación constante entre padres e hijos tiene su verdadero significado a partir de la cuna, cuando los padres deben favorecer el desarrollo de sus hijos, estimulando con sus gestos, cantos, frases que lleguen al niño”.

No es un accidente que los adultos comiencen a hablar con los bebés mediante tonos agudos y más lento de lo normal ya que estos mantienen su atención; (Cooper y Aslin, 1990) citado por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) han mostrado que los tonos agudos y la prosodia exagerada tienen el poder de alterar y captar la atención del bebé. La exageración de tales enunciados propios del habla materna tiene determinadas funciones, una de las cuales es facilitar el posterior aprendizaje del lenguaje.

**El tacto:** (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) señalan que los recién nacidos muestran una notable sensibilidad al tacto. Algunos reflejos muestran su capacidad de reacción al dolor aunque el pleno desarrollo de la percepción táctil se prolongará todavía a lo largo de los primeros meses de vida y cobrará una especial relevancia por cuanto es una de las vías primordiales de relación de los padres con el niño. Por medio de las caricias, masajes, de abrazar y sostener al bebé en contacto con el cuerpo de los progenitores, éstos no sólo están construyendo los primeros lazos de afecto mutuo, sino que ayudan al bebé a desarrollarse. El hecho de acariciar y tocar al bebé provoca una estimulación cerebral relacionada con la actividad de hormonas implicadas en el crecimiento infantil.

**Olfato:** (Chamberlain, D., 2002) menciona que en el útero se inicia el desarrollo del perfil de la nariz a la 6ª semana y termina su formación a la 15ª semana sin embargo el bebé comienza a oler tan pronto como el aire penetra en sus cavidades nasales y (Reyes, N., & cols, 2000), informan que a los siete días elegirá el olor de su mamá, y no fallará.

**Gusto:** (Chamberlain, D., 2002) refiere que los calículos gustatorios empiezan a brotar a la 8ª semana de gestación y alcanzan la forma adulta a la 13ª semana y funcionan a la 15ª semana y lo que principalmente prueban es el líquido amniótico que lo rodea. Posteriormente los bebés pueden distinguir entre varios sabores. (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) citando a (Steiner, 1979) y

Rosenstein y Oster, 1988), mostraron como cambiaban los bebés sus expresiones faciales al colocarles distintas sustancias en la lengua.

**Visión:** La visión es el sentido menos desarrollado de los recién nacidos (Gottlieb, 1983) referido por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) menciona que este hecho se debe a que la maduración fisiológica de este sistema sensorial aún necesita ser completada. Por un parte, la acomodación visual o habilidad para enfocar de los neonatos no es como la adulta.

(Reyes, N., & Cols., 2000) mencionan que el bebé a los diez días, habrá aprendido visualmente a elegir la cara de su mamá de entre las caras de otras mamás, a las dos semanas si el papá está involucrado escogerá la voz del papá y su cara de entre otros hombres. Esta es la rapidez que el sistema de aprendizaje tiene para detectar las claves importantes.

(Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) Hace referencia al vínculo entre padres e hijos, señala que se presenta la idea “de que es un algo que se da por el solo hecho de ser el hijo” y que “Se suele hablar del vínculo afectivo entre padres e hijos como una característica connatural a la función parental. Se da por sentado que los padres, por el hecho de serlo están unidos a sus hijos por lazos fuertes y duraderos. Sin embargo, no siempre es así. Más allá del sentimiento que la consciencia de ser padre y madre pueda despertar en el individuo, se creara un vínculo afectivo con los hijos que requiere de características y condiciones esenciales”.

En otro punto referente a las acciones que favorecen la formación del vínculo se muestra que desde los estudios pioneros de Bowlby y Mary Ainsworth, citados por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003), muchos otros autores han analizado las dimensiones del comportamiento materno o paterno que activan el vínculo afectivo. A pesar de que estos estudios aún no son determinantes, hay algunos aspectos de la conducta parental que parecen estar estrechamente relacionados

con la construcción del vínculo y que se puede concretar en la siguientes dimensiones básicas: sensibilidad, sincronía, estimulación y actitud positiva y apoyo emocional, descritas por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003).

**La sensibilidad:** es un concepto original de Bowlby en 1969, adoptado por numerosos autores, se refiere a la capacidad del progenitor para percibir las señales infantiles, interpretarlas adecuadamente y darles repuesta de forma rápida. A partir de ahí se establecen las bases de confianza y sentimiento de protección indispensables para que el vínculo afectivo emerja. Aunque la sensibilidad materna o paterna es el factor más analizado, no es la única dimensión que conforma un vínculo afectivo.

**La sincronía o la capacidad de ajuste mutuo:** Es la capacidad que ostentan adulto y niño para establecer una interacción recíproca en la que ambos respetan los turnos de intervención mutuos y responden apropiadamente a la expresión o vocalización emitida por el otro. Este acoplamiento entre madre e hijo permite el intercambio emocional y el placer compartido por estar en interacción con el otro juega asimismo un importante papel como activador del vínculo afectivo.

**Capacidad de dar ayuda y protección emocional al niño:** El niño percibe la presencia de la madre o figura vincular como atenta y disponible, pronta a ayudarle en sus esfuerzos o en los objetivos que quieren conseguir. La madre proporciona confort y seguridad, al tiempo que sigue atentamente la actividad de su hijo y le ayuda si es necesario.

**Actitud positiva o calidad afectiva:** Recoge las expresiones emocionales y de contacto físico que guían las acciones maternas y la capacidad de estimular al bebé, motivarle a explorar el entorno a compartir juego, risas o cualquier otra acción que optimice su desarrollo son otras de las características asociadas a la emergencia de los vínculos afectivos. Sin embargo a lo largo de los tres primeros meses se produce un progresivo ajuste entre el recién nacido y sus progenitores,

ya que los ciclos de actividad-inactividad, de sueño-vigilia y toma de alimentos fluctúan de forma un tanto desordenada al principio, pero mediante la interacción con la madre y principales cuidadores se van regulando hasta hacerse predecibles. Esto permite que las conductas de díada madre-hijo se encadenen y se ajusten de manera sincrónica. (Sadurní, M. Rostan, C. & Serrat, E., 2003).

## 5.1 LA IMPORTANCIA DEL VÍNCULO

La mayoría de las criaturas vivientes necesitan para su supervivencia el cuidado y la protección de un progenitor durante el periodo anterior a su madurez. En este sentido, la naturaleza ha propiciado la existencia de mecanismos más o menos determinado que aseguran a las crías el alimento y los cuidados básicos necesarios. (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003).

Probablemente sea la especie humana la que ha llevado más allá las funciones parentales y ha favorecido la creación de vínculos afectivos que forman la base para el desarrollo de las competencias cognitivas y lingüísticas y el corazón de la personalidad de cada individuo. (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003).

(Brazelton, T., 1991) refiere que el papel de los padres es para ayudar al niño a formar una base reguladora para sus inmaduras reacciones psicológicas y motoras en la medida que: “El bebé tiene poderosos sistemas de regulación de los estados de control y de comunicación no verbal desde las primeras semanas de vida” y estos esquemas que se forman in útero y se reorganizan en las primeras semanas de vida lo hacen en base a: 1) el establecimiento temprano de patrones de conducta para las diferencias individuales de los padres, 2) la importancia de señales individuales procedentes del bebé, 3) el rápido reconocimiento de los importantes parámetros del contexto de cobertura parental y 4) los controles fisiológicos y psicológico.

A partir de los ocho-nueve meses de vida la tendencia a buscar la proximidad de la madre o principal progenitor se intensifica notablemente. Ante la presencia de un extraño, el pequeño buscará la protección materna (o paterna) y su ausencia provocará llantos y situaciones de angustia. Estos comportamientos, comunes en la mayoría de los niños de dicha edad, son la evidencia de que ya se ha creado un vínculo afectivo que une al niño con quien él considera su principal progenitor. (Winicott, 1965) citado por (Brazelton, T., 1991) propone en base a la observación de múltiples casos, que, existe un intercambio fisiológico entre la madre embarazada y el feto (“simbiosis fisiológica”) continua después del parto, a través del lenguaje corporal y otras comunicaciones prevalentes entre, la madre y el bebé, en una experiencia de mutualidad y sustentación confiable que determina de modo inconsciente el tono emocional de las vivencias interpersonales y su colaboración intrapsíquica a lo largo de toda la vida.

(Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) refieren que durante el primer año de vida, el organismo infantil organiza un sistema de señales cuyo objetivo es atraer la atención y cuidados de un adulto específico, estas señales incluyen el llanto, la vocalización dirigida al adulto, la proximidad física y el agarre; este sistema se “activa” cuando el niño percibe peligro o necesita la atención de ese adulto y a respuesta que el niño reciba a sus demandas es crucial para su desarrollo, ya que cada encuentro con la figura vincular proporciona al pequeño una representación interna de cómo son las relaciones afectivas y sociales. (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) tomando las palabras de Bowlby refieren que “el niño construye un modelo interno de la relación afectiva”. Por lo cual a través de la edad y las experiencias continuas, dicho modelo interno irá experimentando transformaciones y cambios. Sin embargo, es importante entender que la forma de asimilar las nuevas experiencias afectivas se verá influida por la naturaleza de ese modelo interno de relación que el bebé ha ido construyendo progresivamente en su proceso de desarrollo. De ahí el peso, tantas veces reseñado, de las primeras experiencias.

No todos los niños experimentan el mismo tipo de relación vincular, Mary Ainsworth. y J. Bowlby, referidos por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) advirtieron que no solo se trataba de corroborar la existencia o no de un vínculo afectivo entre niño y principal cuidador, sino de la calidad que revestía tal relación vincular. Lo cual apoya (Field, 1994 & Malatesta, 1989) citados por (Reyes, N., & Cols., 2000) quienes sostienen que son la calidad de las interacciones maternas, las que ejercen una marcada influencia en los cambios de estado afectivo del bebé. La importancia del vínculo de padres a hijos y entre ellos como pareja, es relevante ya que a través de este pueden entender al bebé, reaccionar ante sus peticiones de manera positiva y no comenzar a crear fantasías o juicios sobre su trabajo como padres, así como lo menciona (Brazelton, T., 1991) al mencionar: “Los primeros tres meses son como un infierno para cualquier mamá o papá, pueden enamorarse al principio cuando está recién nacido, pero luego hay que llevar al bebé a casa y hay que cambiarle los pañales y alimentarlo. El bebé va a llorar todas las noches y los padres van a tener que levantarse y se preguntarán que han hecho mal para que el bebé esté así. Los padres cometerán miles de equivocaciones y seguramente aprenderán de cada error, sin embargo el tipo de autocuestionamiento que se hacen durante los primeros tres meses es muy generalizado”.

De igual manera (Brazelton, T., 1991) describe que al involucrarse el padre cada vez más con el bebé en una etapa temprana, va a tener un efecto en el desarrollo y el resultado de la personalidad, por lo que es dañino si los padres no se involucran en este asunto de nutrir a la familia. Sin embargo existe el “cuidado de la entrada” el cual consiste en que cada persona que está al cuidado de un bebé va a estar en competencia con alguien más que está cuidando a ese bebé. Lo que sucede es que, en la medida en que los papás se involucran más, las mamás comienzan a cuidar la entrada y si no hay consciencia de esto, puede volverse un problema para la familia.

En lo referente a la formación del vínculo Kennel y Klaus citados por (Maldonado, M., Lecannelier, F. & Lartigue, T., 2008) “subrayan la enorme importancia del vínculo temprano, afirman que es necesario no interferir en el primer encuentro entre madre y bebé. Indican que es necesario dejar que se desenvuelvan espontáneamente las conductas instintivas, tanto de parte del bebé como de la madre; cuando esto no ocurre, el bebé y la madre tienen mayor probabilidad de tener dificultades en sus interacciones meses después”.

En la situación contraria de que se le deje a la madre interactuar libremente con su recién nacido a la larga se muestra más sensible con su hijo siendo más cariñosa y comprensiva. Lo cual (Maldonado, M., Lecannelier, F. & Lartigue, T., 2008) demostraron de manera empírica, al comparar madres que reciben atención “estándar”, la cual consiste en separar al bebé de su madre, llevarlo al cunero, bañarlo, vestirlo, entre otras acciones que llevan a cabo las enfermeras, con otro grupo de madres a quienes se les permite interactuar libremente sin interferencia alguna con su bebé.

(Maldonado, M., Lecannelier, F. & Lartigue, T., 2008) refieren que la noción del “primer encuentro” significa literalmente el periodo inicial en que el bebé, ya afuera del útero, es capaz de interactuar directamente con su madre, y ésta con aquel ya en su fase terrestre, por lo que la gran mayoría de las madres se muestran muy conmovidas al observar por primera vez a su bebé y desean tocarlo, observarlo y cerciorarse de que está bien. Por su parte, casi todos los padres lloran al observar que su hijo o hija a nacido. Estos momentos pueden considerarse un “periodo crítico” de alta sensibilidad a todos los comentarios y conductas de quienes los rodean, incluyendo el personal de salud. Los padres recordarán años después las emociones que sintieron y lo que sucedió en el parto y en el período post-parto inmediato.

(Brazelton, T., 1991) refiere el periodo de amamantamiento como otro factor que favorece el vínculo, debido a que cuando el bebé está succionando lleva un ritmo

de succión y pausa, lo cual es interpretado como un pauta etológica para promover la interacción, y no solamente para el bebé sino también para la madre. Inconscientemente, cuando tiene al bebé en su seno la madre interactúa de manera natural, con el objeto de obtener una respuesta gratificante de una pausa más larga con una sonrisa, una mirada y todo lo que la acompaña. El amamantamiento conlleva la oportunidad del establecimiento de un fuerte lazo y es por eso que es una de las formas más naturales de aprender sobre la conducta y de las señales del bebé a través del amamantamiento, de dar el pecho.

(Gómez, A., 2002) aporta el método de la madre canguro (MMC) creado en 1979 como un apoyo para la formación del vínculo entre madres e hijos prematuros del cual se han descrito numerosas ventajas sobre el método tradicional de Incubadora, mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros, mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones (incluidas las nosocomiales), facilitación de la lactancia materna, mejoría de la curva ponderal, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea, disminución de las necesidades de oxígeno y aumento de la autoconfianza de las madres en el cuidado de sus hijos.

En este método al colocar al recién nacido desnudo sobre el tórax de su madre, se estimula el recuerdo de experiencias intrauterinas (el sonido del corazón materno, el movimiento continuo del tórax, las características de la voz materna) que lo tranquilizan. La madre se siente motivada a acariciarlo y así comienza la estimulación somato-sensorial. El contacto es íntimo muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre-hijo. (Gómez, A., 2002).

(Maldonado, M., Lecannelier, F. & Lartigue, T., 2008) han señalado la importancia y el efecto de las experiencias de la vida temprana en el desarrollo cerebral del niño, por ejemplo, el desarrollo de conexiones sinápticas entre neuronas, el que se traduce en fenómenos emocionales y conductuales, tales como la conducta de

apego en el niño. Hay un interjuego entre los factores fisiológicos o neurobiológicos de las experiencias auditivas, visuales, táctiles, entre otras y sus efectos en las funciones cognoscitivas y emocionales. Las experiencias en la etapa temprana de la vida literalmente modifican el desarrollo del cerebro. Tales experiencias tienen un efecto fisiológico directo, el cual puede contar con huellas y efectos a largo plazo. Si se comparan niños que han sido criados en un orfanatorio durante los primeros tres años de vida, con niños que han estado con sus padres todo el tiempo, existen diferencias en su concentración de vasopresina y oxitocina. La oxitocina tiene un efecto calmante del sistema nervioso simpático y es mediadora de la capacidad de sentir confianza en otras personas. Estos dos péptidos promueven la regulación de las emociones del bebé, la respuesta a las situaciones de estrés y su sociabilidad en general.

(Maldonado, M., Lecannelier, F. & Lartigue, T., 2008) describe que si el niño pequeño es calmado, acariciado y expuesto a olores agradables, aumenta su nivel de oxitocina y de Vasopresina. En algunos animales se han demostrado también que los dos péptidos promueven la acumulación de recuerdos de estas experiencias placenteras; en el humano, estos recuerdos podrían consistir en la sensación de confianza básica y, por lo tanto, facilitar el surgimiento de respuestas adaptativas ante factores de estrés. Es muy posible que lo contrario también ocurra, es decir, la falta de cuidados sensibles al inicio de la vida, dificultará la capacidad del niño para regular sus emociones y lo hará más vulnerable al estrés. Un estudio comparó niños que habían sido adoptados, y que en la infancia más temprana habían sido tratados con negligencia o ignorados por sus padres, al evaluar los niveles urinarios de oxitocina y vasopresina y compararlos con los de un grupo control, hubo diferencias significativas, lo cual apunta a que la falta de experiencias de ternura y cariño en el principio de la vida, podrían generar un efecto a largo plazo.

(Maldonado, M., Lecannelier, F. & Lartigue, T., 2008) refieren un experimento realizado por Kirsch y Cols., el cual consistía en aplicar oxitocina o placebo a adultos ya que esta sustancia modula el funcionamiento del núcleo amigdalino

cerebral y se encontró que en los sujetos que recibieron la oxitocina, al presentarse un estímulo que induce miedo o ansiedad hay menor activación en este núcleo y menor sentimiento de temor. Por lo tanto, es posible que experiencias de privación materna tenga un efecto negativo en las funciones mencionadas, tales como la regulación emocional, el control de impulsos y el poder hacer frente a situaciones de estrés

## 5.2 LAS ETAPAS DEL VÍNCULO

De acuerdo a (Brazelton, T., 1991) se tienen cuatro etapas de la conducta del Vínculo, alrededor de los cuatro y medio a los cinco meses, estas etapas son predecibles, y tendrán lugar en un momento predecible si la diada es normal. En un bebé prematuro se llevarán lapsos de tiempo variables.

**En la primera etapa:** La mamá está aprendiendo cómo contener al bebé, de modo que él pueda dirigir su atención a ella y la busque. Esto tiene lugar en los primeros siete a diez días. En este momento él manejará sus sistemas para atender a mamá o a la voz de papá.

**La segunda etapa:** toma las ocho semanas en las que ellos no sólo tienen su atención bajo control sino que también pueden prolongarla. Comienza a emitir vocalizaciones, sonrisas y conductas de respuesta. Cada parte de la diada sabe qué puede hacer. Esto es lo que ellos han aprendido en esas ocho semanas.

**La tercera etapa:** va de las ocho semanas a las diecisiete cuando juega una y otra vez con vocalizaciones, sonrisa, conducta motriz, de una manera conjunta, predecible y rítmica. Las ganancias son el dominio sobre los sistemas elementales y sobre el aprendizaje “si yo hago esto, tu harás aquello”. Esto se da no solamente en el bebé sino en el padre.

**La cuarta Etapa:** es llamada “empollamiento”, en la que el niño toma el control y domina la interacción. La madre viene y juega con el bebé, ella se inclina sobre el bebé comienza a hablarle y en esta etapa el bebé mira tres o cuatro veces y le fijará la mirada. Entonces el bebé mirará en otra dirección y la madre pensará que ha perdido su atención, sin embargo el bebé la está dirigiendo, lo cual coincide con un salto cognitivo y también un salto afectivo en donde el bebé está demostrando un tipo de control, dominio, manipulación. Por eso es absolutamente importante que se mantengan las diadas y tríadas juntas durante un tiempo lo suficientemente largo para que el bebé logre este dominio, lo reconozca, lo valore, lo atesore, no solo siendo importante para el bebé, sino también para sus padres. (Brazelton, T., 1991).

En cuanto a la contención y regulación afectiva (Edme, 1981) citado por (Reyes, N., & cols., 2000) señaló la propensión del bebé a regular la experiencia según lo placentero y lo no tan placentero, así como la presencia de un núcleo afectivo que regula la conducta. De igual manera (Reyes, N., & cols., 2000) describen que las expresiones del recién nacido representan los indicadores que anteceden a la admiración selectiva de los cuidados maternos. Por lo que el bebé pide y condiciona a los padres comunicando lo que quiere, si se formula bien el vínculo con los padres, estos entenderán lo que el bebé les comunica ya que se mejorará la comunicación entre estos y por lo tanto se reforzará simultáneamente el vínculo, lo cual hace referencia al termino de sensibilidad mencionado anteriormente haciendo así que el padre perciba la señal, la interprete y responda adecuadamente.

Desde la perspectiva de investigación sobre los afectos, los puntos de vista de (Beebe y cols., 1988), (Hobson, 1993) y (Brazelton T., 1974) referidos por (Reyes, N., & cols., 2000) sostienen que el recién nacido y su madre, constituyen, desde el principio un sistema de comunicación afectiva en el cual, la progenitora juega un papel trascendental en la modulación de los estados afectivos del bebé.

En este mismo punto, Malatesta citado por (Reyes, N., & Cols., 2000) ha señalado el hecho de que las madres generalmente resultan eficientes en “leer” las expresiones emocionales de sus bebés, y las madres sensibles, muestran una clara tendencia y aptitud para sintonizar sus propias respuestas afectivas y modular el estado emocional del bebé. (Reyes, N., & Cols., 2000) de igual manera refieren que es la madre quien inicia la comunicación tanto social como afectiva, ella es la encargada de promover la regulación de los afectos; situando esta comunicación desde la primera vez que un neonato es requerido por su madre y gracias a la intervención materna se produce la regulación afectiva, probablemente más adelante esta situación le permita al niño ir diferenciando los estados afectivos, adquirir su registro subjetivo, es decir, el registro de la experiencia subjetiva de los afectos. Cuando logre integrar estas experiencias, el infante tendrá la capacidad para dar sentido, pautar, organizar y regular sus propios componentes afectivos, por lo tanto si la madre no regula estos afectos el niño puede tardar en adquirir la capacidad de dar sentido a sus propios componentes afectivos y por consiguiente podría comenzar a somatizar, por no saber cómo manejar esa energía que tiene. Madres sensibles y empáticas tienen una tendencia innata para “leer” los mensajes enigmáticos de sus bebés y para sintonizar con los estados afectivos de ellos.

La función materna de contención desde la perspectiva de (Bion, 1967) citado por (Reyes, N., & cols., 2000) menciona que esta función inicia desde el primer encuentro, cuando el bebé a propósito de hambre, dolor, angustia, o sensación de vacío lo expresa a través del llanto o molestia, la madre percibe y registra estos contenidos emocionales no controlados y así la madre desde su actitud continente trata de atender, interpretar, otorgar un significado al malestar y utilizar diversas vías de comunicación preverbal; dirigidas a probar diversas tentativas para parar el malestar, ensaya diversas conductas hasta lograr contener la emoción desagradable de esta manera le devuelve una respuesta procesada, atinada o metabolizada a una sensación que producía una emoción primaria de carácter displacentero. Dicha actividad, permite la devolución de la experiencia de angustia

por tranquilidad, frustración por satisfacción, incomodidad por comodidad. De esa manera, el lactante va adquiriendo otro sentido de sus emociones y sus sensaciones, y les puede adjudicar un valor comprensible a sus experiencias internas.

(Reyes, N., & cols., 2000) refieren que la madre al recepcionar, metabolizar y ofrecer un significado de calidad tolerable a las solicitudes del hijo y devolverles una respuesta desintoxicada de las emociones displacenteras, le permite comprenderlas y así sentará los antecedentes para que el propio bebé, en determinado momento, incorpore la experiencia de ser contenido.

Mediante observaciones se ha podido percibir que cuando la función de contención materna resulta fallida o el manejo de las madres resulta agresivo, como defensa, los bebés dan signos de aversión u oposición. Estas observaciones mantienen cierta similitud con las descripciones de Winnicott sobre la tendencia del bebé a organizar defensas contra el sufrimiento desde el principio de su vida. (Reyes, N., & cols., 2000)

**La relación cara a cara:** descrita por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) refiere que de los cuatro a los nueve meses, madre e hijo van a enzarzarse en una modalidad de interacción que se ha denominado “cara a cara” y que podemos encontrar en cualquier cultura y civilización. Este patrón universal de comunicación entre la madre y el bebé no contiene aún ningún mensaje explícito, se trata de una comunicación fáctica, un intercambio de emociones mediante las cuales madre e hijo no sólo progresan en la construcción de su vínculo afectivo, sino que, además, ponen los cimientos para el mutuo entendimiento y cooperación. La comprensión de la cultura, de las reglas, valores, tradiciones y conocimientos propios de cada sociedad se filtran en este marco de comunicación padres-hijos que se está gestando en los albores de la vida infantil.

La interacción del bebé con sus congéneres, principalmente con la madre, adopta a partir del segundo mes de vida unas características peculiares. Si se observa a una mamá con su bebé, podremos extraer fácilmente los patrones de interacción que ambos adoptan. La madre aproxima y retira repetidamente la cabeza en dirección al niño, e incluso en ocasiones llega a rozar con su rostro la barriguita del bebé, le hace suaves cosquillas, le toca la barbilla, le coge el pie o la manita y los mordisquea suavemente. Todas estas acciones suelen ir acompañadas de una forma muy particular de habla que se conoce en inglés como motherese y que consiste en frases muy cortas, repetitivas, producidas con una rítmica entonación y ondulantes subidas y bajadas de tono. No es la madre únicamente la que se dirige de esta forma a su hijo, cualquier adulto e incluso un niño lo hace de forma parecida. Además, el adulto que se engarza en una relación cara a cara con una criatura parece como si quedara absorto por la situación y completamente al margen de lo que ocurre a su alrededor. (Papousek y Papousek, 1995) citados por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) han denominado “cuidado parental intuitivo” a la capacidad de establecer esta peculiar relación y de ajustarse de forma tan sutil a las capacidades receptoras del niño.

El pequeño, por su parte, establece atención ocular con el adulto y responde con sonrisas, balbuceos y movimientos de brazos y piernas cuando alcanza su máximo nivel de activación. (Colwyn Trevarthen, 1986) citado por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) sugiere que el cerebro infantil está innatamente motivado para establecer ese tipo de relación con los adultos. La estructura cerebral del bebé determina qué estímulos del entorno son los que deben ser atendidos y qué acciones deben realizarse en relación con éstos. El cerebro del bebé es especialmente sensible a la percepción de expresiones emocionales que impulsan, a su vez, a expresar en correspondencia con aquéllas miedo, alegría, sorpresa, tristeza o enfado y este intercambio emocional entre madre e hijo constituye para una intersubjetividad primaria.

Los episodios de interacción “cara a cara” tienen una duración e intensidad limitada. El final de un episodio lo marca el propio niño al evitar el contacto ocular o pasando a un estado de llanto si la madre insiste en mantener la interacción más allá del umbral receptivo que permite el organismo del bebé. (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003).

(Brazelton, T., 1991) citando a Bühler propone la teoría de que en el rostro y la voz humanos hay algo que reviste un significado peculiar para el bebé y por lo tanto la relación cara a cara cobra un gran sentido. Sin embargo, es indiscutible la importancia que tiene este contacto del bebé con sus padres, para poder establecer el vínculo.

Para (Schore, 1994), citado por (Sadurní, M., Rostan, C. & Serrat, E., 2003) la relación “cara a cara” tiene claras implicaciones para el desarrollo del bebé. No sólo se trata de una actividad placentera para madre e hijo, sino que mediante el contacto ocular y el intercambio estimular, las regiones del cerebro del niño que reciben las expresiones afectivas maternas experimentan un aumento considerable de los opiáceos endógenos, fenómeno que, según este autor, mediatiza el proceso de vínculo afectivo del niño hacia su madre.

(Brazelton, T., 1991), menciona que la madre realiza una envoltura simbólica la cual consiste en hacer contacto con el bebé poniéndose frente a él, inclinándose hacia delante para envolverla con su conducta facial, con su voz y con su cuerpo. Los papás hombres no hacen esto, ellos se sientan frente al bebé y lo agitan y lo agitan de los pies a la cabeza, instalando un ritmo de juego. Por lo que a las cuatro semanas cuando el bebé oye la voz de su mamá se relajará, se preparará para que la mamá se ponga a la vista. Cuando escuche la voz del padre el bebé se alerta de manera que llamamos pounce look, mirada como la de un animal listo para saltar sobre su presa, lista para ser atrapada y jugar de manera más ruda.

### 5.3 EL APEGO

(Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) refiere que se han empleado diversos conceptos para referirse a las relaciones de apego y algunos ejemplos de ellos son: Relaciones de objeto empleado por psicoanalistas, el imprinting usado por etólogos de habla alemana, el attachment que se traduce como vínculo empleado por autores del área anglosajona, troquelaje, urdimbre afectiva, apego o simplemente vinculación de las cuales las últimas cuatro son usadas indistintamente por autores de habla castellana.

(Bowlby, 1988) citado por (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) define el apego como sigue “una forma de comportamiento que resulta en el niño como consecuencia de tener y mantener una proximidad con la otra persona, con la que se identifica claramente y de la mejor manera posible”. “El niño necesita tanto del apego con la figura materna como con la paterna, lo que sucede, probablemente es que en nuestra cultura están mal modalizados los roles paterno y materno, de manera que se atribuye al padre la función de delegador en la madre ( todo lo que afecta al tema de la “educación”) mientras que a él se atribuye el papel de padre proveedor, porque es el responsable de conseguir los recursos económicos necesarios para el hogar”, a pesar de algunos cambios en la actualidad, sin embargo el que los roles de trabajo estén cambiando no equivalen a que el rol doméstico también lo haga.

(Vargas Aldecoa y Polaino- Lorente, 1996) citado por (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) Describen el apego como “la vinculación afectiva, estable y consistente, que se establece entre un niño y sus cuidadores como resultado de la interacción entre ambos” la vinculación es promovida no solo por el repertorio de conductas innatas, con las que el niño viene al nacer, sino también por la sensibilidad y actuación de los cuidadores.

(Holmes, J., 2009) refiere que la teoría del apego adopta como punto de partida una necesidad de seguridad psicológica, y considera que gran parte de la enfermedad psicológica se debe al peligro al que se exponen los sistemas de seguridad. Por otra parte (Bowlby, 1988) citado por (Holmes, J., 2009) refiere que en el vínculo de apego se encuentra la clave de la seguridad psicológica, un ejemplo es el hecho de que las respuestas de apego madre-bebé como lo son llamadas de angustia y búsqueda de proximidad mantienen seguro al bebé de la macrodepredación y le ayudan a regular sus estados emocionales.

(Holmes, J., 2009) cita a (Van Ijzendoorn y Sagi, 1999) quienes refieren la teoría del apego en: a) La universalidad de la hipótesis: en todas las culturas conocidas, las criaturas humanas se apegan a uno o más cuidadores, b) La normatividad de la hipótesis: alrededor del 70% de las criaturas establecen apegos seguros y el 30% apegos inseguros, evitativos, ambivalentes y desorganizados, c) La sensibilidad de la hipótesis: la seguridad del apego depende de los cuidados sensibles y responsivos, d) La hipótesis de la competencia: los niños con apegos seguros tienen mayor probabilidad de relacionarse satisfactoriamente, e) La hipótesis de la continuidad: los patrones de apego de la infancia producen efectos de largo alcance en las habilidades relacionales, f) La hipótesis de la mentalización: el apego seguro se basa en la función reflexiva que consiste en la habilidad de empatizar con sus hijos viéndolos como seres diferentes con sentimientos propios, g) La hipótesis de la competencia narrativa: el apego seguro durante la infancia se refleja en la vida adulta.

(Lecannelier, F., 2007) refiere que el apego se diferencia de otros tipos de relaciones al poseer los siguientes rasgos:

- A) Implica una motivación biológica del bebé para relacionarse, comunicarse y protegerse con un adulto, que generalmente es la madre y el padre lo cual es una necesidad biológica de todo infante, para sobrevivir y desarrollarse a través del ciclo vital.

- B) Es el espacio que permite al niño desarrollar un sentido de seguridad y protección frente al mundo, lo que le permitirá posteriormente adaptarse a diversas condiciones vitales de estrés.
- C) Ser relativamente estable en el tiempo lo que implica que no existan periodos de separación prolongados, ya que la estabilidad en el tiempo de la relación entre los padres y el bebé es lo que inicia el “hábito del apego”.
- D) Los bebés tienen la capacidad de vincularse con sus padres, desde el embarazo, pero alrededor de los 6 meses de vida es que se empieza a formar un determinado estilo mutuo de relacionarse entre ellos.

### 5.3.1 ESTILOS DE APEGO

(Lewis y Feining, 1989) citados por (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) mencionan que la conducta interactiva de la madre juega un papel determinante en la clasificación del vínculo de apego que se desarrollará, así como ya en los primeros meses determinan la sociabilidad ulterior del niño”. (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) distinguen dentro de la clasificación del vínculo de apego según la calidad de interacción madre-hijo, las diadas seguras son definidas como aquellas relaciones en las que las conductas predominantes eran moderadas, la seguridad se mostraba a través de las interacciones sensibles maternas contingentes a la conducta del hijo, así como la provisión a éste de un grado óptimo de estimulación interactiva que aseguraba su implicación. Las diadas inseguras se caracterizan por conductas maternas interactivas extremas como: la sobre o la infraprotección del niño. En este grupo las interacciones evitativas eran propiciadas por una insensibilidad intrusión materna, hacia el hijo, físicamente controladora e interferidora durante la mayor parte del tiempo y a lo largo del desarrollo del niño. Y finalmente, las relaciones inseguras resistentes son el resultado de una sobreprotección materna con un grado de inconsistencia en sus tendencias interactivas, además de una incapacidad de conectar y empatizar con

las demandas del niño, la insensibilidad y el rechazo que se da particularmente en las primeras interacciones a lo largo del primer año de vida del niño.

(Holmes, J., 2009) por su parte refiere que el **apego seguro** puede confirmarse en el apoyo de los demás, a través de la “base segura” (se refería originalmente al cuidador al que se dirige el bebé cuando está angustiado y ésta base segura puede proporcionar un apego seguro o inseguro dependiendo de las circunstancias) cuando lo necesite y puede hablar con coherencia y afecto apropiado sobre el dolor y la dificultad psicológica. Es un estilo de relación donde la madre suele tener un tono afectivo calmado positivo y alegre, siendo capaz de calmar, contener y proteger el estrés del niño de modo adecuado.

En el **apego evitativo** se implica el permanecer próximo a otro protector, pero sin aproximarse excesivamente por miedo al rechazo o a la agresión, es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de la indiferencia y frialdad, puede ser apática, angustiada y temerosa.

El **apego ambivalente** se da cuando el individuo es objeto de respuestas incoherentes en situaciones de angustia lo cual es causa de que se aferre al cuidador en ausencia del peligro y se produce “hiperactivación” de las respuestas de apego y se prescinde de la exploración y autonomía a cambio de obtener seguridad, es la relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa bajo la forma de sobre-estimulación.

El **apego desorganizado** se asocia con cuidadores traumáticos; las respuestas y narraciones desorganizadas carecen de cualquier estrategia coherente y clara de auto-protección. En esta relación la madre suele presentar conductas extremadamente frías pudiendo llegar a la negligencia e indiferentes o muy intrusivas o enojadas, pudiendo llegar al maltrato físico y psicológico.

(Holmes, J., 2009) describe que los afectos y sus trastornos se relacionan con los trastornos psicológicos y pueden examinarse en términos de apego, ya que el “sistema inmunológico psicológico” está mediado por el afecto y cuando un vínculo de apego se perjudica se produce tristeza y en algunos casos depresión, en el caso de estar amenazado se da ira y angustia. De acuerdo con Shaw y Vondra (1995), citados por (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) dos factores de riesgo que asociados o independientemente incrementan el riesgo de vínculo inseguro son la sintomatología depresiva de la madre y la percepción del niño por los padres. La depresión materna puede interferir la habilidad para responder continuamente a las demandas del hijo, que afecta el curso de la vinculación y su consecuente adaptación. Zahn-waxler y col. (1990) citados por (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) consideran que la falta de respuesta es una forma característica de la patología depresiva de la madre de igual manera Martínez y Richardson, (1995) citados por (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) describen que la depresión deteriora muchos aspectos de la relación materno-infantil aunque persista durante toda la infancia, favoreciendo que deje un residuo disfuncional.

Un equivalente que puede surgir en el seno del propio servicio, es el llamado “sustituto transicional” y ésta personificado en el personal de enfermería cuya sensibilidad y posibilidad de escucha de las necesidades emocionales de los bebés, resulta clave; por una parte para contener la situación en el ingreso y, por otra, para servir de puente entre el servicio y las figuras parentales. Importante misión, pero compleja y complicada que precisa algo más que buenas intenciones, aunque también son necesarias las condiciones personales determinadas ya que hay aspectos sensoriales y perceptivos que se alteran en los recién nacidos que sufren hospitalización precoz (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998).

(Fonagy, P., 2004) refiere a Melanie Klein quien “considera que el ambiente adecuado es aquél proporcionado por un progenitor que es capaz de absorber y devolver la experiencia del bebé metabolizada, semejante a lo que la teoría del

apego considera como cuidadores seguros”. (Fonagy, P., 2004) refieren a Bion quien denomina a esta capacidad de los progenitores función alfa y cuya teoría de respecto a la función continente se asemeja a las formulaciones de Sroufe, quien piensa que la relación de apego es el elemento fundamental de la regulación emocional. Por otra parte (Holmes, J., 2009) cita a (Fonagy, 1991 y Meins, 1999) quienes defienden que un rasgo fundamental de los progenitores de hijos con apegos seguros es la función reflexiva que consiste en la habilidad de empatizar con sus hijos viéndolos como seres diferentes con sentimientos propios.

(Lecannelier, F., 2007) refiere que el apego puede observarse a través de “elementos” que se producen en la interacción entre los padres y el bebé; los principales elementos son:

El contacto físico: contacto piel a piel que los padres hacen con el bebé para calmarlo, estimularlo o con fin de juego, ya que un contacto físico constante, regular y positivo suele tener importantes beneficios para el desarrollo integral del niño.

Contacto visual: juego de miradas entre padres e hijo, ya que una mirada puede calmar o estimular y el que sea cálida, afectiva y se adapte a los estados del bebé suele ser beneficioso para el desarrollo del bebé.

Vocalización: suele ser una vía útil para calmar o estimular al bebé, pueden ser cantos, balbuceos, palabras y comentarios.

Afectividad: todos los elementos anteriores se envuelven en un “tono afectivo” se implica el estado emocional de los padres al cuidar a su hijo.

#### **5.4 RELACION DE LOS PADRES CON SU BEBÉ PREMATURO**

El ambiente que se genera en torno a la espera del bebé se encuentra cargado de expectativas entre la cuales el tener un hijo sano suele estar presente, sin

embargo cuando los padres se enfrentan a la realidad de tener un bebé prematuro les causa angustia, temor y ansiedad por la implicación que esto genera sobre la salud de su bebé, (Brozanski, B. y Bogen D., 2009) menciona que éstos, son considerados como bebés incapaces de sobrevivir. En algunas ocasiones este estado de descontrol tanto para el hijo como para los padres en el cual no se puede acariciar, cargar, mecer o alimentar al niño, genera desconfianza a continuar el desarrollo de vínculos afectivos de los padres hacia su hijo, debido al temor e inseguridad de que no vaya a sobrevivir.

(Gomella, T., Cunningham, M., & Eyal, F., 2009) mencionan que “Muchas familias presentan grandes dificultades a la hora de lidiar con todo lo relacionado con un niño con prematurez extrema y la pérdida del hijo idealizado”. Por lo tanto el sentirse apoyado por el equipo médico que atiende a su hijo, y el contar con la información necesaria sobre el estado de éste, favorece la disminución del estrés ocasionado; de igual manera se debe promover la incorporación de la familia del bebé a su cuidado ya que como menciona (Easterbrooks, 1989) citado por (Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E., 2003) “es común que las madres y padres de niños prematuros encuentren a sus bebés menos atractivos, más irritables y menos agradables” lo cual afecta la relación padres-hijos, siendo aconsejable el asesoramiento psicológico o la participación dentro de programas de intervención para padres de niños prematuros o de bajo peso, con la finalidad de que las madres y padres obtengan confianza y se sientan satisfechos de su paternidad.

(Rodríguez, D., Ruíz, A., & Ceriani, J., 2009) refieren que el vínculo entre una madre e hijo comienza antes del nacimiento, probablemente desde que sabe que está embarazada. Sin embargo es comprensible que se intensifique al nacer el niño, por lo cual esa primera etapa posterior al nacimiento tiene una importancia relevante. Numerosos estudios sugieren que el nacimiento de un recién nacido prematuro plantea una crisis psicológica en la madre y en la familia. Se sabe que las madres experimentan ansiedades específicas que atentan contra el desarrollo

de una buena relación madre-hijo. Hay estudios que observaron que las reacciones producidas frente a un acontecimiento de estrés, como el nacimiento de un recién nacido prematuro podría ser condicionadas por factores de personalidad preexistentes, no obstante, no hay duda de que las prácticas hospitalarias son capaces de influir sobre esos factores.

(Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998) describe los resultados de una investigación la cual en sus datos muestran: A ceca de la primera relación madre – hijo destaca el deseo de verlo en el paritorio (69%) y de abrazarlo y ponerlo al pecho en el curso de las 24 primeras horas (43% y 41% respectivamente). Frente a este deseo el ingreso en neonatología representa una brusca ruptura de esta primera relación. Por ello no es extraño que aparezcan sentimientos de angustia (59%) y miedo (72%), que se van a expresar como “miedo a perderlo”(77%) o no saber cuidarlo (28%) o temor a hacerle daño (19%). Esta situación hace que el sentimiento sobre el desarrollo de la función materna se exprese con una sensación de impotencia (84%) e inutilidad (30%), mientras que el sentimiento de rechazo hacia el recién nacido sólo se presenta un 3% a pesar de las dificultades neonatales.

De igual manera (Rodríguez, D., Ruíz, A., & Ceriani, J., 2009) describen que es entendible que toda madre piense en tener un hijo sano, que nazca en el término correspondiente. Por eso, el parto prematuro, independientemente de todos los problemas inherentes a la salud del niño, trae aparejada una obligada adaptación de los padres, en especial de la madre, a una situación diferente de la que habían idealizado, que inevitablemente produce alteraciones emocionales de menor o mayor intensidad. El estrés y la depresión materna están entre los trastornos más frecuentes. Todo ese desajuste emocional puede tener gran importancia sobre el niño, no solo inmediatamente sino a futuro.

(Rodríguez, D., Ruíz, A., & Ceriani, J., 2009) refieren que las situaciones más frecuentes que se presentan en la familia con un niño prematuro son: preocupación, ansiedad y temores de que el recién nacido fallezca, en la madre se da la frustración y culpa por no haber continuado con el embarazo, la adaptación a

un medioambiente totalmente extraño donde se habla un lenguaje que les es desconocido, la relación con múltiples personas que no conocen por problemas que no comprenden y la pérdida del control de su función de padres. Las posibilidades de que una familia se adapte en forma adecuada a esta situación dependen en gran medida de las acciones que pueda realizar el equipo neonatal; sin embargo el trato habitual que se les brinda a los padres está muchas veces basado en una creencia, por cierto totalmente errónea, de que los cuidados del recién nacido dependen casi exclusivamente de los profesionales, lo cual deriva en las rígidas normas hospitalarias en las que la palabra “no” figura en todos los lugares, un ejemplo de ello son los horarios estrictos para ingresar en la unidad los cuales provocan que los padres se sometan a un régimen inadecuado que les impide el establecimiento de una buena relación.

(Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998). En los padres con hijos hospitalizados precozmente se muestra que el ingreso en la unidad neonatal representa la separación brusca del entorno, el aislamiento y la distancia entre el bebé y sus padres ya que entre ellos se encuentra la incubadora, los cristales, la inmovilidad relativa y/o efectiva con las técnicas de sujeción entre otros; que hacen que los estímulos y las respuestas sean francamente diferentes.

Lo cual causa en los bebés trastorno de los procesos de vinculación y apego, trastorno a nivel de la percepción de la estimulación y trastorno de temperamento. Mientras que en los padres de igual manera se dan trastornos de los procesos de vinculación y apego, y duelo narcisista lo que posteriormente los lleva a mostrar respuestas hiperansiosas ante la intranquilidad del bebé, ya que tras un ingreso neonatal se despierta el temor de que la intranquilidad del bebé se relaciona con dificultades médicas. Se comportan sobreprotectores ya que es una forma de reparación por parte de los padres ante el sentimiento de culpa por lo ocurrido a su bebé la cual se observa ante la dificultad de poner límites y la rivalidad entre ambos padres.

En sí el trabajo entre la relación padres-bebé prematuro, debe centrarse en promover el vínculo, ya que estudios como el de Klaus citado por (Cifuentes, J., &

Ventura-Juncá, P., 2002) demostraron como este vínculo se altera radicalmente cuando las madres estaban imposibilitadas de visitar y tocar a sus hijos prematuros. Siendo así necesario estimular y facilitar el contacto dentro de las unidades de cuidados intensivos neonatales lo cual es relevante para el prematuro que estará hospitalizado por periodos largos.

## **CAPITULO II. METODOLOGÍA**

### **ENFOQUE**

La metodología se llevó a cabo utilizando un enfoque cualitativo, (Patton, 1980,1990) referido por (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P., 2003), define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Se eligió este enfoque por ser el que más se adecua por contemplar aspectos implícitos, inconscientes y subyacentes.

El enfoque cualitativo, busca principalmente dispersión o expansión de los datos o información; se fundamenta en un esquema inductivo, y por lo común no busca generar preguntas de investigación de antemano ni probar hipótesis preconcebidas, sino que estas surgen durante el desarrollo del estudio. Es individual, no mide numéricamente los fenómenos estudiados ni tampoco tiene como finalidad generalizar los resultados de su investigación; no lleva a cabo análisis estadísticos, su método de análisis es interpretativo, contextual y etnográfico. Así mismo, se preocupa por capturar experiencias en el lenguaje de los propios individuos y estudios ambientales naturales. Su propósito es reconstruir la realidad (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P., 2003).

Se trató de una investigación de corte transversal descriptivo con un enfoque cualitativo con la finalidad de identificar el estado emocional de la madre durante el embarazo y su relación como factor predisponente de prematuridad, así mismo de los factores relacionados con el estado emocional del padre, el apego entre la madre y el hijo al nacimiento y la relación afectiva de la pareja durante el embarazo.

La investigación es de tipo inductivo, la cual tiene como finalidad interiorizar en los grupos o comunidades para poder describir las características y que también se le conoce como una investigación holística, (Bonilla, & García, 2002).

En esta investigación se consideraron tres elementos básicos:

- Los **conceptos**, los cuales correspondieron a las unidades básicas del análisis, constituyendo los ejes temáticos.
- Las **categorías**, en este caso constituyen las piedras angulares que son el resultado de la transcripción de la totalidad del texto obtenidas mediante la técnica de la entrevista a profundidad
- Y como tercer elemento se consideran las **proposiciones**, las cuales son equivalentes a las relaciones generalizadas entre una categoría y sus conceptos lo que sería equiparable a la constitución de las hipótesis en una investigación cuantitativa.

Lo descrito acorde con lo referido por (Strauss, A. & Corving, J., 1990) y (Bonilla, Vargas, Santoyo, A., 2002) citando a (Ruiz, Olabinagua, Espicua, 1989); y (Glasser, & Strauss, 1967).

Dicha metodología está basada en la teoría fundamentada, siendo esta completamente inductiva cuyo soporte teórico se encuentra dispuesto en las etapas siguientes:

Diseño de la investigación, recolección de información, ordenamiento, análisis de los datos y comparación con la literatura. La investigación se llevo a cabo de manera sistematizada incluyendo los pasos siguientes:

- Revisión de la literatura
- Selección de los participantes
- Desarrollo de un protocolo de recolección de datos
- Entrada en el campo
- Recolección de datos
- Ordenamiento de los datos

- Análisis de datos
- Cierre de investigación
- Comparación con la literatura, resultados, discusión y conclusiones.

## **TIPO DE ALCANCE**

El tipo de alcance utilizado para esta investigación es el Descriptivo:

El cual se utiliza para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, explicando propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos que sean sometidos a análisis como lo menciona (Danhke, 1989) referido por (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P., 2003). De igual manera los estudios descriptivos pretenden recoger información de manera independiente o conjunta, sobre los conceptos o variables a los que se refieren, y posteriormente pueden integrarse las mediciones o información de cada una de dichas variables o conceptos para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés, para esta investigación, los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones o relaciones aunque sean poco elaboradas.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar el estado emocional de la madre durante el embarazo y su relación como factor que predispone la prematuridad.

### **OBJETIVOS PARTICULARES**

Identificar el estado emocional de la madre durante el embarazo

Identificar factores relacionados con el estado emocional de la madre.

Identificar el apego madre-hijo al nacimiento.

Identificar la relación afectiva de la pareja durante el embarazo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, considera bebés prematuros a aquellos recién nacidos menores de 37 semanas de gestación debido a que tienen una morbilidad mayor que los niños de 38 semanas de gestación (Gomella, T., Cunningham, M. & Eyal, F., 2009).

Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causada por los niños de menos de 1,500g y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez. Un alto porcentaje de ellos según (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Entre padres e hijos se establecen de forma natural fuertes vínculos afectivos que conforman y optimizan el desarrollo de los niños; sin embargo no todas las actitudes parentales favorecen la emergencia de dichos vínculos. Para que esto suceda es necesario que el progenitor sea sensible a las demandas de su pequeño; que sea capaz de lograr una sincronía o adaptación mutua cuando lo carga, habla o comparte su tiempo con el bebé, que le proporcione ayuda y protección emocional frente a cualquier percance, sea leve o sea severo, real o imaginario, que el niño pueda experimentar; que sepa transmitir esa ayuda mediante expresiones emocionales y finalmente motive y estimule el desarrollo de su hijo. En algunas ocasiones cuando sus bebés son prematuros, esta relación puede verse afectada, ya que estos necesitan de algunos cuidados especiales y son más propensos a presentar infecciones, por lo que un gran número de familias presentan dificultades relacionadas con un prematuro. (Gomella, T., Cunningham, M., & Eyal, F., 2009).

Lo cual lleva a realizar la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe relación entre el estado emocional de la madre y el nacimiento temprano del bebé?**

## **SUPUESTO TEÓRICO**

El estado emocional de la madre propicia un ambiente intrauterino favorable o desfavorable para el desarrollo del bebé y muy probablemente este último influya en la presentación de la prematuridad.

## **EJES TEMÁTICOS**

EJE 1: Estado emocional de la madre durante el embarazo: Reacciones afectivas intensas de aparición aguda y breve duración, determinadas por estímulos ambientales vividos durante la iniciación de una nueva vida que aparece con la fecundación y que perdurando en el progresivo desarrollo total y perfecto del fruto, acaba con la irrupción de éste en el mundo exterior mediante el acto del parto.

EJE 2: Estado emocional del padre ante el embarazo: Reacciones afectivas intensas de aparición aguda y breve duración, determinadas por el estímulo “conocimiento del embarazo de su esposa”

EJE 3: Relación de pareja: Conexión, correspondencia entre dos personas quienes son padre y madre del bebé.

EJE 4: Apego madre – hijo: forma de comportamiento que resulta en el niño como consecuencia de tener y mantener una proximidad con la madre, con la que se identifica claramente y de la mejor manera posible (Bowlby, 1988) citado por (Doménech-Llaberia, & Jané, 1998)

## **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la presente investigación la recolección de datos se dividió de la siguiente manera.

- a) Observación, se tomo como base la escala Massie Campell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de

Stress, elaborada por Henry Massie y Kay Campbell en 1979; posteriormente reformulado y adaptado por la Unidad de Intervención Temprana (UIT) de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, en contexto de una licitación del Ministerio de Salud, quedando con el nombre de “Escala de Apego durante el stress (ADS)”; escala compuesta por dos pautas de observación. A) Para la madre y B) Para el bebé, y en cada pauta se evalúan los 6 mismos aspectos del apego.

b) Entrevista a profundidad con un cuestionario preelaborado.

Se trató de un estudio de corte transversal descriptivo, con un enfoque cualitativo.

## **PARTICIPANTES**

Se llevó a cabo con 15 mujeres residentes en el estado de Michoacán, que acudieron al Hospital Civil “Dr. Miguel Silva” en Morelia Michoacán México, que acudieron para la atención de su alumbramiento y dieran a luz recién nacidos prematuros.

## **PROCEDIMIENTO**

Se solicitó en primera instancia permiso a las autoridades del hospital Civil, para llevar a cabo la investigación con los lineamientos que marca el código de bioética para la realización de investigaciones con seres humanos.

En segunda instancia y contando con el permiso del servicio médico responsable del área de neonatos, se prosiguió al llenado a partir de la observación, de la escala de apego durante el stress. La observación se llevaba a cabo en un periodo de tiempo aproximado a 30 minutos, tiempo de visita en el que la madre y el padre (de uno por uno) acudían a visitar al bebé y darle de comer. Para esta observación no se les informaba a los padres sobre el procedimiento, con la finalidad de que el

comportamiento de los padres no se viera influenciado o manipulado y así, obtener datos más exactos.

Posteriormente se solicitó a través del consentimiento autorizado a las madres la participación de estas en la investigación, explicándoles previamente que los datos brindados serían confidenciales y utilizados solo para los fines de la investigación, posteriormente se llevaron a cabo las entrevistas a profundidad con un cuestionario preelaborado (ver anexo).

La entrevista se aplicaba a las madres en los tiempos designados entre una visita y otra con una duración aproximada entre 1hr 30min. a 2hrs, dentro de la sala de espera del área de neonatos; posteriormente las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, analizadas y discutidas con un experto a fin de obtener la confiabilidad de los hallazgos encontrados.

Teniendo en cuenta que se trató de una investigación cualitativa cuyo sustento metodológico estuvo acorde con los criterios de:

**Credibilidad**, bajo los siguientes lineamientos:

a) trabajo en un mismo lugar, b) observación persistente, c) sometimiento a juicio crítico de expertos, d) triangulación de los datos; de acuerdo a lo señalado por (Santos, 1990) citado por (Bonilla, M., & García, G., 2002).

**Trasferibilidad** lograda mediante:

a) similitud de contextos, b) recopilación abundante de datos descriptivos, c) paralelismo epistemológico. **La trasferibilidad** se refiere al grado en el que el investigador utiliza marcos teóricos, definiciones y técnicas de investigación que son accesibles a otros investigadores de la misma área o afín, con el objetivo de poder realizar comparaciones con otros contextos (Bonilla y García, 2002).

**Confiabilidad:** la cual se refiere a la triangulación de los datos lo cual es una forma de examinar la confiabilidad.

**La confirmabilidad:** este concepto es equiparable al de la objetividad del enfoque cuantitativo y consiste en determinar si el proceso es el adecuado y si los resultados son producto de los datos investigados.

### **Análisis de los datos**

A partir de las entrevistas y la observación surgieron ejes temáticos y categorías, los cuales constituyeron la base para el análisis.

Los datos fueron analizados tomando como base la teoría fundamentada.

Posteriormente se prosiguió a la discusión e interpretación de los resultados y finalmente se dan a conocer las conclusiones.

### CAPITULO III. RESULTADOS

#### EJES TEMATICOS

#### CATEGORIAS

ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

- EMOCIONES ANTES DEL EMBARAZO.
- EMOCIONES DURANTE EL EMBARAZO.
- EXPECTATIVAS DE LA MADRE HACIA SU HIJO.
- TIPO DE RESPUESTA DE LA MADRE ANTE EL EMBARAZO.
- NUMERO DE VISITAS QUE REALIZA A SU HIJO.

ESTADO EMOCIONAL DEL PADRE ANTE EL EMBARAZO

- TIPO DE RESPUESTA DE LA PAREJA ANTE EL EMBARAZO.
- NUMERO DE VISITAS QUE REALIZA A SU HIJO.

RELACIÓN DE PAREJA

- APOYO AFECTIVO
- COMUNICACIÓN
- APOYO ECONÓMICO

APEGO MADRE - HIJO

- TIPO SEGURO
- TIPO INSEGURO EVITANTE
- TIPO INSEGURO AMBIVALENTE
- TIPO DESORGANIZADO

**RESULTADOS DE ENTREVISTAS:****EJES TEMÁTICOS****1ºEJE: ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO**

# Caso	Durante el embarazo
Caso 1	<p>“Antes de mi embarazo me sentía bien, pero estaba estresada y tensa por lo económico. Antes de embarazarme me sentía más independiente”.</p> <p>“Me di cuenta de que estaba embarazada al mes 5 días, pues no fue un embarazo planeado y la respuesta que tuve al enterarme de mí embarazo fue de mucha alegría y gusto, pero al mismo tiempo de tristeza, puesto que solo era deseado por mí, ya que mi pareja no quería otro embarazo”.</p> <p>Durante el embarazo: “estuve muy irritable, muy enojada, de todo y con todos. En los otros embarazos no me había sentido tan molesta ni me enojaba con nadie, yo lo atribuyo al estrés por el dinero; de igual manera me sentía triste por el rechazo de mi pareja ante el embarazo”.</p> <p>“Tuve temor a partir del 6º mes, por la experiencia de la muerte del bebé anterior y a partir de ahí presentí que iba a ser un parto complicado”.</p> <p>“Durante el embarazo convivía más tiempo con mis hijos, porque mi esposo trabajaba, y después tuve problemas con él, en dos ocasiones discutimos fuertemente, pero durante todo el embarazo y hasta ahora que está internado el bebé estamos distanciados, de hecho dejamos de dormir juntos por lo cual me siento rechazada por él”.</p> <p>“No recuerdo haber vivido una situación de alegría durante el embarazo, ya que cuidaba a mis hijos, mi mamá y 2 hermanos uno con diabetes y otro con epilepsia. Me sentía tensa por el trabajo y el dinero”.</p> <p>“En una ocasión me asuste mucho porque uno de mis hermanos vomitó sangre por andar tomando y tuve que llevarlo al hospital”.</p> <p>“Los últimos tres meses tenía mucha sensación de llorar, no tenía ganas de comer, ni de hacer nada y tenía mucho sueño”.</p> <p>“Me imaginaba a mi bebé sano, con un peso normal y de término, platicaba</p>

	<p>con él en el vientre y le decía que era inteligente, tranquilo y que iba a ser mejor médico que su papá. Y no iba a ser igual que sus hermanos”.</p> <p>“La primera vez que vi al bebé me sentí triste porque era muy pequeño”</p> <p>“Me hubiera gustado que mi pareja estuviera a mi lado y compartiera conmigo el embarazo”</p> <p>“los comentarios que más recuerdo sobre mi embarazo fueron: “Qué bueno que vas a completar 3 hijos”, “el bebé pasado falleció”, “No deberías de estar embarazada por la edad que tienes””.</p> <p>“Ahora que se quedo internado, acudo a visitarlo 3 veces al día pero si pudiera lo visitaría las 4 veces que permiten en el hospital, pero necesito regresara la casa atender a mis otros hijos”.</p>
Caso 2	<p>“Mi estado de ánimo antes del embarazo era normal, yo diría que era bueno, me la pasaba de buen humor”.</p> <p>“Me di cuenta de que estaba embarazada inmediatamente, pues era un embarazo planeado y deseado por ambos, y al saber que estaba embarazada mi respuesta fue de alegría y me sentía muy contenta; sin embargo, estar embarazada significo mayor responsabilidad”.</p> <p>“Durante mi embarazo mi estado de ánimo era tranquilo y alegre, hasta los 6 meses me comencé a preocupar porque se me subía la presión y el doctor me dijo que no podía esperar a que el bebé tuviera los 9 meses porque corría riesgo, ya que tenía placenta previa”.</p> <p>“Durante mi embarazo veía novelas y futbol, o veía a mis hijos jugando con el Xbox, cuando mis otros hijos jugaban el bebé se movía más”.</p> <p>“Convivía más con mis hijos, porque mi esposo trabaja, y llega a la 1:30 pm, después de esa hora ya convivía con él”.</p> <p>“De los comentarios que me hicieron durante mi embarazo el que más recuerdo es: “Como vas a tener otro hijo y los que tienes ya están grandes” (6, 12, y 15 años), también tuve comentarios buenos, pero no me acuerdo ahorita de ninguno”.</p> <p>“15 días antes de internarme, falleció un tío mío que era muy cercano, y me</p>

	<p>sorprendió porque él no tenía nada, no estaba enfermo ni nada. Estuve presente en todo el funeral y como estuve llorando mucho, se me subió la presión y luego como a los tres días me comencé a sentir mal y me hinche”.</p> <p>“A los 4 meses me entere que era niño, lo que yo quería; Me lo imaginaba grande que iba a pesar 3 kg. Porque era el último, le platicaban que él iba a ser muy importante porque le íbamos a dar todo, le decía que iba a crecer grande y que iba a estudiar”.</p> <p>“Al verlo la primera vez después de que me lo llevaron se me salieron las lágrimas porque lo veía muy pequeño, está bien chiquito”.</p> <p>“Me siento contenta con mi bebé. A pesar de que me tengo que venir de mi casa a las 4:30 am para llegar a visitarlo al hospital y lo visito 3 veces al día”.</p>
Caso 3	<p>“Antes de mi embarazo, mi estado de ánimo yo digo que era bueno, no me enojaba mucho”.</p> <p>“Al mes me di cuenta que estaba embarazada y mi respuesta al enterarme fue de felicidad, por ser mi primer embarazo para mí una situación que viví de mucha alegría fue el estar embarazada (sonreía mientras lo decía) aunque no fue un embarazo planeado, pero al enterarnos fue deseado por los dos”.</p> <p>“Durante el embarazo tuve muchos cambios de ánimo, pero pase más tiempo enojada que contenta o triste, pero no sabía porque estaba enojada, y no tuve nauseas ni vómitos”. Y mis últimos tres meses de embarazo fueron buenos, no tuve problemas”.</p> <p>“Convivía más tiempo con mi esposo”.</p> <p>“No recibí comentarios sobre mi embarazo ya que parecía que no estaba embarazada porque nunca me salió pansa y por eso nunca use ropa de maternidad, porque no se me notaba”.</p> <p>“Me imaginaba que mi bebé iba a salir bien, en tiempo y fuerte, pero no nació así, nació todo lo contrario” (se ríe). Para mí significo emoción de tener un bebé, me siento bien con mi bebé (se muestra tranquila) y lo visitamos 2 veces”.</p>

Caso 4	<p>“Antes del embarazo mi estado de ánimo era “Deprimida” (no diagnosticada por médico) me sentía sin ganas de hacer nada, ni de comer, tenía tristeza con ganas de llorar constantemente y no tenía ninguna razón para hacerlo” (durante la entrevista comenzó a llorar).</p> <p>“Me di cuenta de que estaba embarazada al mes 10 días porque fui con el médico por un retraso y él me lo dijo. En un principio no aceptaba estar embarazada; el doctor ya me había dicho antes que cambiara de método anticonceptivo porque tenía premenopausia, pero no hice caso”.</p> <p>“No fue un embarazo planeado ni esperado porque mi último hijo tiene 16 años, y en ocasiones yo si lo deseaba y en otras no”.</p> <p>“Durante el embarazo tenía cambios de ánimo de tristeza, enojo, irritabilidad con mi esposo, pero así había sido en los otros embarazos”.</p> <p>“conviví con mis hijos y esposo”.</p> <p>“Tuve discusiones muy fuertes y feas con mi yerno, me decía cosas muy feas, que si quería competir con mi hija y cosas así que me hacían sentir mal” (comenzó a llorar mientras lo contaba). De igual manera recibí comentarios negativos, porque me decían que ya estaba vieja para tener hijos, decían que si quería competir con mi hija y por eso me había embarazado; eso, también me hacía sentirme tensa y preocupada, además de que sabía desde un inicio que mi embarazo era de riesgo porque ya me lo habían dicho los doctores, por lo cual no recuerdo haber vivido ninguna situación de alegría en ningún momento”.</p> <p>“Mientras estaba embarazada tuve una gastritis fuerte, que me diagnosticó el doctor, fui a verlo porque sentía dolor en el estómago, pero no tomé ningún medicamento para que se me quitara”.</p> <p>“Esperaba que fuera parto natural y a tiempo; no esperaba que fuera cesárea, pensé que fuera con partera y nunca pensé que se me adelantara”.</p> <p>“Me imaginaba que el bebé iba a ser niño, pero no pensaba en el futuro” (no expectativas para con su bebé).</p> <p>“Estar embarazada significo algo bonito”.</p> <p>“Después de que ya nació el bebé me comenzó a doler mucho la cabeza y la</p>
--------	---

	<p>nuca y no se me ha quitado para nada. Con el nuevo bebé me siento contenta” (sin embargo su lenguaje no verbal no concuerda ya que no muestra entusiasmo).</p> <p>“Visito al bebé 3 veces al día”.</p>
Caso 5	<p>“Antes de embarazarme estuve muy optimista y alegre, como siempre, es que soy educadora” (sonreía mientras lo decía).</p> <p>“Me dí cuenta de mi embarazo a las 4 semanas por una prueba de sangre al notar que tenía un retraso”. “El embarazo fue planeado y deseado desde un año antes, con mi esposo, por lo que me puse contenta al enterarme del embarazo que ya lo presentía desde antes”. “Para mí el embarazo significó lo más hermoso, la mejor noticia”.</p> <p>“Durante el embarazo en un inicio mi estado de ánimo era normal porque no tenía cambios drásticos, posteriormente pasaba de estar triste a estar enojada por cualquier razón y no recuerdo haber vivido situaciones de alegría”. (duro pensando un rato, y al final mencionó que no recordaba nada que fuera de alegría). “En un inicio del embarazo tenía diarrea por cualquier cosa que comía, después tuve alergia en el vientre ya que se me lleno de granitos y me dijeron que era porque el sistema inmunológico estaba bajo, y a los 2 meses de embarazo tuve úlceras en el cuello de la matriz”.</p> <p>“Convivía más tiempo con mis papás y mi esposo, y observaba programas de televisión con referencia a bebés y embarazo en Discovery, MTV. Escuchaba música pop y electrónica, con la música electrónica yo me sentía muy relajada y el bebé se movía, y siempre le decía que iba a salir bailador”.</p> <p>“El último mes antes del nacimiento me la pase llorando porque el ginecólogo me dijo que el bebé probablemente no se salvaría”.</p> <p>“No tenía expectativa en cuanto al parto, simplemente pensaba que no me dolería tanto y que la recuperación sería mucho más rápida, también me imaginaba que el bebé sería de termino y grande, mis expectativas a futuro es que va a ser educado, aprenderá rápido, cuando estaba en el vientre le platicaba que iba a ser muy inteligente”.</p>

	<p>“Cuando nació mi bebé tenía sentimientos de tristeza porque estaba tan chiquito, eran sentimientos encontrados y quería que viviera mi bebé. Posteriormente me dió dolor en el hombro izquierdo y no se me ha quitado para nada”.</p> <p>“Mi madre me dijo que mejor me hubiera esperado más tiempo para tener un bebé” y “Otros como mis compañeros de trabajo me felicitaron y me dijeron que, qué bueno que ya iba a ser mamá”.</p> <p>“Lo visito 4 veces al día”.</p>
Caso 6	<p>“Antes del embarazo mi estado de ánimo era tranquilo, en casa no había cambios drásticos de humor”.</p> <p>“Me di cuenta de que estaba embarazada a las 11 semanas y al enterarme me emocioné y me dieron ganas de llorar, no fue un embarazo planeado pero fue deseado después de enterarnos”. “estar embarazada significó una experiencia bonita por ser la primera”.</p> <p>Durante el embarazo: “tuve un bonito estado de ánimo porque la era como una experiencia que se vive diario, no estuve molesta ni irritada”.</p> <p>“Veía novelas y caricaturas, escuchaba música relajante, romántica y le ponía música a mi bebé y también le platicaba al bebe”.</p> <p>“Convivía más tiempo con mis amigas y mi esposo”</p> <p>“Los últimos tres meses fueron bonitos porque sentía los movimientos del bebé”.</p> <p>“Su papá quería que fuera niño, yo solo quería que fuera de término y le platicaba al bebé que él iba a pesar 3kg”.</p> <p>“En los comentarios que recibí durante mi embarazo me daban ánimos y me decían que era una experiencia bonita”.</p> <p>“No tenía expectativa en cuanto al parto, simplemente al llegar la hora me dio miedo y me puse nerviosa porque iba a ser prematuro”.</p> <p>“Me siento feliz con mi bebé y platico con ella”.</p> <p>“La visito de 2 a 3 veces al día”.</p>

Caso 7	<p>“Antes del embarazo mi estado de ánimo era muy malo, por problemas y siempre estaba tensa e irritable”.</p> <p>“A los 4 meses me di cuenta de que estaba embarazada, me hice estudios de orina y de sangre después de sentir movimientos y de notar el retraso en mi periodo, no me di cuenta de mi embarazo antes porque como tenía muchos problemas pensaba que por eso me mareaba y no sospechaba estar embarazada”. “No fue un embarazo planeado; sin embargo, al enterarme me descontrolé y pregunte ¿Dios mío por qué?, me preocupe por lo económico y por mis otras 2 hijas, cuando me realice la prueba en casa y salió positiva me puse a llorar, le dije a mi cuñada que estaba en casa, que no quería estar embarazada, luego me hice la prueba de sangre y con el tiempo lo acepte, yo sé que el bebé reciente si lo rechazo”. “Posteriormente estar embarazada significo ilusión, fuera de los malestares”.</p> <p>“Durante el embarazo mi estado emocional era fatal, irritante, lloraba y cambiaba drásticamente de estado de ánimo, pero era igual en mis otros embarazos. Quería que mi esposo estuviera todo el tiempo, estaba más nerviosa y preocupada por solventar lo económico porque mi esposo no tenía trabajo”.</p> <p>“Convivía más con mis hijas y mi esposo. Y discutía a diario con mis hijas porque no se apuraban para irse a la escuela, y con mi esposo porque llegaba tarde a la casa”.</p> <p>“Viví situaciones de tensión preocupación y desgracia porque a los 5 meses de embarazo murió mi bisabuela y fue muy dolorosa la experiencia, no pude acudir al evento funerario porque fue en otro lugar, lo cual me dio mucho coraje porque no pude ver el entierro, por lo que me enoje con una tía”.</p> <p>“También estaba triste por la separación de mis padres y aborrezco a la pareja de mi madre, sentía que el bebé se movía extraño cuando hablaba de su abuela, como que tampoco le cae bien a él”. “Despidieron a mi esposo del trabajo por lo que me preocupaba lo económico”. Posteriormente “antes de aliviarme se inundó mi casa y a causa de ello se me subió la presión; sin embargo, vivía situaciones de alegría en compañía de mis hijas ya que se</p>
--------	---

	<p>reían mucho juntas”</p> <p>“Los últimos tres meses fueron molestos porque el bebé no me dejaba dormir por la noche, me daban muchos ascos, agruras y se me encajaba, y entonces tenía mucho sueño todo el tiempo y en varias ocasiones se me hincharon los pies”.</p> <p>“En cuanto a expectativas del parto, yo ya sabía que iba a ser cesárea, igual que los otros, así que conocía la rutina”.</p> <p>“La primer niña fue muy deseada, la segunda no tanto y este fue el más disfrutado, le hablaba y él me entendía que no se moviera tanto”</p> <p>“Mis expectativas eran que mi bebé fuera niño, naciera bien, estuviera sano, que no tuviera ningún problema en su cuerpo y siempre le decía que él iba a estar bien”.</p> <p>“Con mi bebé me siento bien, cuando estoy con él me siento muy bien y alegre; sin embargo, cuando ya no estoy con él me preocupa que no le den de comer bien o que algo le suceda. Yo lo visito 2 veces al día en algunas ocasiones lo visito las 4 veces, pero se me dificulta por la herida de la cesaría y me da tristeza no ir a verlo todo el día”.</p>
Caso 8	<p>“Antes del embarazo yo me sentía enojada con mi familia y tenía problemas en mi matrimonio”.</p> <p>“Como no era un embarazo planeado me enteré de que estaba embarazada a los 3 meses, al acudir con el doctor por mareos; sin embargo, al enterarme fue deseado ya que al saber del embarazo me sentí bien y contenta, no creía que fuera a tener otra niña ya que mi hija pequeña tiene 11 años por lo cual significó algo bonito y lo considero como una situación de alegría que viví”.</p> <p>“Durante el embarazo mi estado de ánimo fue de mucho coraje, me enojaba por cualquier cosa y más si me desobedecían mis otros hijos; en mis otros embarazos no había sido así”.</p> <p>“Convivía más con mis hijos y esposo. Tenía discusiones con mis hijos y terminaba rematando con mi esposo, unos pagan por otros”.</p> <p>“Me sentía preocupada por lo económico ya que pensaba que no alcanzaba a</p>

	<p>cubrir las cosas, también me sentía presionada porque no podía salir a trabajar y no podía hacer nada para ayudar a mi esposo a salir adelante, a pesar de que trabaje hasta cumplir los 5 meses de embarazo en una rosticería, donde hacia muchísimo calor”.</p> <p>“Los últimos tres meses fueron muy pesados porque estaba cansada pensando en que pasaría cuando me aliviara, y de vez en cuando vomitaba por que se movía más el bebé. Tuve gripa en 5 ocasiones por tres días seguidos”.</p> <p>“Entre los comentarios que recibí mis hijos me decían que ya no querían otro hermano”.</p> <p>“Pensaba que el parto iba a ser doloroso”.</p> <p>“A pesar de que mis otros hijos habían sido prematuros yo creía que este no lo iba a ser, que me lo iba a llevar a casa inmediatamente”.</p> <p>“Me siento feliz con mi bebé” (pero no muestra emoción).</p> <p>“Lo visito 2 veces al día”</p>
Caso 9	<p>Antes del embarazo: “Mi estado emocional era tranquilo, me sentía relajada”.</p> <p>“Me entere de que estaba embarazada cuando ya tenía un mes, fui al doctor porque sentía dolor en el estómago y tenía infección vaginal y ya ahí el doctor me dijo que estaba embarazada; y al enterarme me dio mucho gusto porque fue un embarazo planeado por los dos, ya que queríamos tener a un bebé pronto, porque nuestra hija ya tiene 6 años, y de igual manera fue deseado por los dos”.</p> <p>“Durante el embarazo estuve alegre, me daba gusto, yo sabía que estaba delicada y en ocasiones me daban dolores pero no me quejaba”.</p> <p>“Conviví más tiempo con mi esposo e hijo”.</p> <p>“Las situaciones de alegría era cuando me hacía ultrasonidos, y me acuerdo que nunca se dejó ver que sexo era, siempre se escondía”.</p> <p>“Los últimos tres meses fueron muy tranquilos”.</p> <p>En cuanto al parto, “quería que fuera un parto natural; sin embargo, tenía temor por el bebé”.</p>

	<p>“Quería que mi bebé naciera con buen peso, grande, nunca pensé en que estudiara algo en especial”</p> <p>"Me siento bien con mi bebé y ya se está recuperando, de hecho le hablo más bonito a este que a mi primer hijo y lo visito 2 veces al día”.</p>
Caso 10	<p>“Antes del embarazo mi estado de ánimo era regular, no tenía muchos cambios de ánimo, y no me enojaba seguido, estaba tranquila”</p> <p>“Me entere que estaba embarazada entre el 3° y 4° mes de embarazo, no fue un embarazo planeado, pero si fue deseado al enterarnos y mi respuesta al saberlo siento que fue normal porque me puse contenta”.</p> <p>“Significo algo bonito, no tengo palabras para describirlo”.</p> <p>Durante el embarazo: “me sentí con muchos cambios de humor, alegría, tristeza, enojo”.</p> <p>“Conviví más tiempo con mis suegros, porque mi esposo trabaja y no recibí comentarios negativos y solo me decían que me cuidara”.</p> <p>“Los últimos tres meses fueron difíciles porque los doctores me dijeron que tenía preeclampsia y en una ocasión me enferme de gripa, pero no tomé medicamento”.</p> <p>“No tenía expectativas del parto y de mi bebé solo pensaba que iba a ser sano”.</p> <p>“Me siento bien con mi bebé y lo visito cuando puedo”.</p>
Caso 11	<p>“Antes del embarazo yo me sentía sin ganas de nada, deprimida, pero sí salía con amigas y mi pareja”</p> <p>“Me enteré de que estaba embarazada a los 3 meses y al mismo tiempo me dijeron que era embarazo de riesgo; no fue un embarazo planeado, ni deseado, fue una sorpresa y al principio me sentí mal, no aceptaba estar embarazada porque yo ya no quería tener bebés por mi edad y por el temor que sentía ya que tuve preeclampsia del embarazo anterior y en este igual. Estar embarazada significó algo malo y bueno, pero ahorita ya es bueno”.</p> <p>“Durante el embarazo entre en depresión más fuerte que la que sentía antes de embarazarme, sin ánimos para nada, tenía miedo del riesgo que corría ya</p>

	<p>que sabía que era un embarazo de riesgo, y salía solo a las consultas del embarazo”.</p> <p>“Convivía más con mis hijas”.</p> <p>“No viví situaciones de tensión, preocupación ni alegría”.</p> <p>“Los últimos tres meses fueron buenos, me hice dos ultrasonidos y conocí el sexo del bebé”.</p> <p>“Yo quería un parto natural igual que los anteriores”.</p> <p>“Yo creía que mi bebé iba a ser niña, pero no pensaba nada de su futuro”.</p> <p>“Me siento bien, tranquila y feliz con mi bebé”.</p> <p>“No recibí comentarios negativos, me decían que estaba bien que me hubiera embarazado y me felicitaban”.</p> <p>“Yo lo visito en la primera hora que es a las 9:30 y su papá lo viene a ver en la última visita”.</p>
<p>Caso 12</p>	<p>“Antes del embarazo el estado de ánimo era alegre”.</p> <p>“Me enteré de que estaba embarazada al mes y medio, ya que empecé a sentir ascos y me sentía extraña, la reacción al entérame pues fue de emoción, aunque el embarazo no fue planeado, pero yo si deseaba el embarazo porque ya tenía tiempo que quería otro bebé, y mi esposo también lo deseaba”</p> <p>“Mi estado de ánimo cuando me embaracé era demasiado triste, yo lloraba mucho, y mi marido me daba un sermón que era lo que me tranquilizaba, me decía que todo iba a estar bien. Me sentía así porque me imaginaba que no se iba a lograr el bebé y los doctores me dijeron que el bebé estaba sufriendo; debido a que el embarazo era de alto riesgo, todo el tiempo de espera lo pase en cama”.</p> <p>“Durante el embarazo conviví más tiempo con mi esposo ya que él me cuidaba mucho, cuando los doctores dijeron que había un 98% de posibilidades de que el bebé se lograra él me dijo – mientras sea para el bebé vamos a hacerlo lo que podamos”.</p> <p>“En ocasiones discutía con mi esposo, porque sentía que no estaba presente,</p>

entonces nos frustrábamos los dos y alegábamos y después me sentía agredida por él; sin embargo no lo culpaba porque veía el esfuerzo que él hacía por cuidarme, en el momento me sentía triste, pero después él se arrepentía y se disculpaba”.

“Cuando me realizaron el ultrasonido, fue en mi casa debido a que no me podía mover mucho, tenía un coraje fuerte con una cuñada.”.

“En otra ocasión mientras yo estaba hospitalizada, mi marido choco y no me avisó nada, al no llegar a visitarme como era de costumbre me enojé, pensé que seguramente andaría con sus amigos o haciendo otras cosas como andar tomando, después que siguió pasando el tiempo, comencé a preocuparse porque no sabía nada de él. Al día siguiente él llegó y me platicó lo que había pasado, que él iba borracho, se le atravesó otro carro y había chocado pero estaba bien; sin embargo, no me había dicho nada para no preocuparme y prefería decírmelo cuando él estuviera presente para que viera que no le había pasado nada”.

“Una situación de alegría que viví durante el embarazo fue el regreso de una hija de un viaje que había hecho”.

“Siempre he tenido presión baja, y durante el embarazo se me bajaba seguido. También presenté un poco de enfermedad de vías urinarias y dilatación desde los 3 meses de embarazo”

“Los últimos tres meses de embarazo fueron los peores porque tuve que estar en reposo absoluto, fueron muy cansados, me cansé de la cadera y como se me salía el líquido porque la fuente se rompió, y por eso se me rosaba la espalda. Me inyectaban cada 8 días para que no se infectara el bebé y luego para fortalecer los pulmones del bebé”.

“Mis expectativas en cuanto al parto eran que fuera vaginal, porque mi primer hija nació por parto vaginal y esperaba que este bebé también naciera así, pues prefiero pujar a que me abran”.

“En cuanto a mis expectativas para con el bebé yo le platicaba mientras estaba en la pancita, que se pareciera al papá, en su nuca, en los ojos y en lo prietito, pero resultó con la barba partida”.

	<p>“La preocupación inicio cuando se me rompió la fuente, los doctores me dijeron que si había más complicaciones tenían que sacarlo porque yo estaba en peligro, me quería morir si se moría mi bebé. Mi suegra me insinuó que lo abortara me dijo que me necesitaba más mi hija que él que traía adentro”.</p> <p>“Me siento como primeriza, fue precioso”.</p> <p>“Ahora con mi bebé siento que reviví, porque la niña ya va mejorando y estoy contenta porque ya la voy a alimentar con mi leche y acudo a las 4 visitas diarias al hospital”.</p>
Caso 13	<p>“Antes del embarazo me encontraba preocupada porque ya había vivido la experiencia de perder a dos bebés, porque no se me lograban”.</p> <p>“Me di cuenta de que estaba embarazada a los 2 meses porque fui a hacerme una prueba de sangre, ya que me sentía rara y habíamos estado buscando otro bebé, por lo que fue un embarazo planeado y deseado; sin embargo, al enterarme de mi embarazo me dió susto y gusto a la vez y lo primero que dije fue gracias a Dios. Cuando me entere estaba yo sola, mi marido no estaba conmigo porque había salido a trabajar. Sin embargo, cuando mi esposo y yo nos enteramos de que estaba embarazada, fue una situación de alegría”.</p> <p>“Durante mi embarazo me sentía más preocupada y tenía miedo a perder al bebé nuevamente”.</p> <p>“Convivía más tiempo con mi esposo y mi hijo más chico que tiene 14 años.</p> <p>“Todo el tiempo estuve preocupada y los últimos tres meses de embarazo fueron tranquilos, pero seguí preocupada”</p> <p>“Yo diría que el embarazo fue algo bonito, pero preocupante, los otros dos bebés los había perdido de 8 meses y de 7 meses respectivamente. Y sentía temor por mí”.</p> <p>“En cuanto al parto ya sabía que iba a ser cesárea porque ya estaba programada y por eso no tenía ninguna expectativa. Sin embargo se adelantó porque el líquido desapareció, y los mismos doctores no se explican que es lo que me pasó, de hecho me tomaron unas muestras para hacer estudios y poderme decir que fue lo que pasó”.</p>

	<p>“A mi bebé me lo imaginaba así como nació, no creí que fuera a ser de término y cuando le hablaba, le decía que le echara ganas que aguantara porque yo lo quería acá conmigo, y él se movía”.</p> <p>“Con el nuevo bebé me siento contenta (sonríe al mismo tiempo que lo dice) y lo voy a visitar 3 veces al día, junto con mi esposo”.</p>
Caso 14	<p>“Antes de embarazarme mi estado de ánimo era alegre, sonreía todo el tiempo y era tranquila no me enojaba ni nada”.</p> <p>“Al primer mes del embarazo me hice una prueba casera porque no me bajaba y fue que me enteré y me puse feliz. Con mi pareja si teníamos planes de tener bebés, pero nunca platique bien con él para planearlo, solo así como que una vez pensamos que tal vez podríamos tener un hijo, pero yo si deseaba mi embarazo”.</p> <p>“Durante el embarazo tenía muchos cambios emocionales, de alegre a triste a enojada y así y todo el tiempo se movían los bebés” (fueron gemelos, sólo la niña se quedó internada)</p> <p>“Yo no estaba casada y solo vivía con mi novio que si era casado pero había dejado a su mujer por eso vivíamos juntos, pero al enterarse de que yo estaba embarazada él desapareció. En ocasiones cuando él se enojaba si me llevo a pegar e insultar. Yo no me preocupe de que él no estuviera a mi lado durante el embarazo, porque pensé que yo sola podía y también con la ayuda de mis papas. Por lo que durante el embarazo conviví más con mi mamá pero tuve discusiones con mis hermanos un poco graves”.</p> <p>“ No recuerdo haber vivido situaciones de alegría durante mi embarazo”</p> <p>“Los últimos tres meses fueron cansados porque ya no podía estar de ninguna forma y me tenía que pasar caminando todo el tiempo. Y me internaron 3 días por amenaza de aborto”.</p> <p>“Yo quería que mi parto fuera normal, (vaginal), y no pensé que doliera tanto”</p> <p>“Tenía sueños de que eran 5 bebés, todos güeritos y que no se parecían al papá”.</p> <p>“El embarazo es bonito, pero duele, yo creo que ya no voy a tener más hijos</p>

	<p>porque no pensé que doliera tanto”.</p> <p>“Con los nuevos bebés me siento feliz, porque ya tengo la parejita, niño y niña y visito a la niña que fue la que se quedo internada, las 4 veces al día”.</p>
Caso 15	<p>“Mi estado de ánimo antes del embarazo era normal, no peleaba con mi marido ni había golpes, estaba tranquila”</p> <p>“Mi respuesta al saber que estaba embarazada fue de tranquilidad, para mí fue normal”</p> <p>“Durante el embarazo mi estado de ánimo era cambiante, a veces me enojaba y a veces estaba alegre”.</p> <p>“Durante el embarazo convivía más tiempo con mis padres y mi esposo, es que mis papás viven cerca de mi casa en el ranchito todos estamos cerquita”</p> <p>“Uno de mis tíos falleció pero no fui al funeral porque me dijeron que luego me hacía daño. También mataron a un cuñado en la esquina de mi casa y pues vi el cuerpo ahí tirado y me sentí mal”. “ La situación de alegría que viví durante el embarazo fue cuando se comenzó a mover el bebé dentro de mí”</p> <p>“Los últimos tres meses fueron pesados, sentía que no podía hacer nada”</p> <p>“Durante el embarazo presenté una infección en el riñón, estuve tomando medicamento al inicio del embarazo, luego los últimos ocho días antes del parto tuve gripa y me dieron ampicilina y paracetamol los doctores, para que se me quitara”.</p> <p>“Yo estaba nerviosa por el parto, y pensé que sería mejor que fuera normal a que fuera cesárea. Ahora, después del parto me comenzó a doler por el cuello y el hombro derecho”.</p> <p>“Yo me imaginaba a mi bebé moreno, que no va ser callejero no grosero y educado. Lo visito 3 veces al día”</p>

## 2° EJE: ESTADO EMOCIONAL DEL PADRE ANTE EL EMBARAZO

Caso1- Padre	<p>“Al enterarse de que estaba embarazada él se mostró serio e indiferente”. “Luego él mostro emoción porque creía que era niña, pero cuando él realizó el ultrasonido (él es médico) y descubrió que era niño cambio drásticamente y mostro desinterés, se comenzó a alejar y en una ocasión menciono él no quería otro embarazo”.</p> <p>“Él no tiene relación con bebé, nunca le habló cuando estaba en el vientre, no lo acaricio, no fue a visitarlo al hospital, ni a recogerlo cuando lo dieron de alta, no llamo”.</p>
Caso 2- Padre	<p>“Cuando él se enteró se puso contento. Durante el embarazo acariciaba el vientre y le platicaba. Acudía a visitarlo mientras estuvo internado”.</p>
Caso 3- Padre	<p>“Cuando se enteró de que yo estaba embarazada e íbamos a tener un bebé le dio mucha felicidad y mucho gusto. Visita al bebé las mismas veces que yo, lo acaricia y también le platica”.</p>
Caso 4- Padre	<p>“Él se puso contento y dijo que ya no se lo esperaba por la edad que yo tenía”.</p> <p>No acudió a visitar al bebé mientras estuvo internado, ni a recogerlo cuando fue dado de alta.</p>
Caso 5- Padre	<p>Al enterarse del embarazo de su esposa “Él se puso contento ya que él quería un bebé desde tiempo antes. Le hablaba cuando estaba en el vientre y dormía todas las noches tocándolo, colocaba la mano sobre mi vientre y así se dormía”.</p> <p>No acudió a visitarlo mientras estuvo internado.</p>
Caso 6- Padre	<p>“Cuando se enteró él no lo podía creer, sentía una emoción hermosa y sonreía”. No acudió a visitarlo mientras estuvo internado.</p>

Caso Padre	7-	<p>“Al enterarse del embarazo le dio gusto y no lo creía, lo primero que me dijo fue pues ya está, que quieres hacer, va a ser bienvenido”.</p> <p>Acudía a visitarlo mientras estaba internado, le hablaba y lo acariciaba, se mostraba interesado en que estuviera bien atendido y alimentado por las enfermeras.</p>
Caso Padre	8-	<p>“Cuando se enteró de que estaba embarazada se puso contento ya que se había hecho a la idea de no tener otro hijo y al enterarse se alegró”.</p>
Caso Padre	9-	<p>“Pues cuando se enteró de que estaba embarazada se puso feliz”.</p> <p>No acudió a visitarlo mientras estuvo internado.</p>
Caso Padre	10-	<p>Al enterarse del embarazo de su esposa “se sintió contento cuando le dije”.</p> <p>Acude a visitarle pasa el tiempo contemplándola, acariciándola y hablándole.</p>
Caso Padre	11-	<p>“Cuando le dije que estaba embarazada él se emocionó”.</p> <p>Acude a visitar al bebé al final del día en la última hora.</p>
Caso Padre	12-	<p>“Al enterarse del embarazo, lo primero que hizo fue moverse de un lado para otro como si no supiera que hacer”</p> <p>Acudió a visitar al bebé en algunas ocasiones, cuando entraba a verla la observaba.</p>
Caso Padre	13-	<p>“Yo le dije que estaba embarazada y se puso contento, hasta lloro”</p> <p>El padre acude a visitarlo 3 veces al día, ya que acompaña a la madre a las visitas.</p>
Caso	14-	<p>“Él estuvo ausente desde que se enteró de mí embarazo y cuando</p>

Padre	le dije no hizo ningún comentario, como él ya tenía tres hijos con su esposa, no le interesó”
Caso 15- Padre	“ La reacción que tuvo mi esposo al enterarse fue normal y tranquila”  No acudió a visitar al bebé durante el periodo que estuvo internado.

### 3° EJE 3: RELACION DE PAREJA

Caso 1	<p>“Antes del embarazo era buena la relación, cuando mi esposo se enteró que era niño dejó de apoyarme reclusándose en el trabajo, antes de que el bebé naciera le llamó una hermana mía a él, para decirle que tenía que escoger entre su hijo o yo, y él contesto que ese no era su problema porque él no quería otro embarazo”.</p> <p>“Durante el embarazo dejamos de dormir juntos y convivir como pareja, hasta la fecha seguimos así”.</p> <p>“Desde que estaba internada, él no ha acudido a vernos ni a mí ni al bebé”.</p> <p>“Mi hija mayor de 14 años es quien cuida a su hermano ya que su papá no lo hace, porque trabaja”.</p> <p>“Me siento muy triste porque jamás imaginé la indiferencia que tiene mi esposo conmigo y su bebé” (comenzó a llorar).</p>
Caso 2	<p>“Antes del embarazo teníamos una buena relación y así siguió durante el embarazo, conté con el apoyo de mi esposo en todo, él hacia el quehacer, cuidaba a los niños y la consentía para cuidarla, a veces me decía que yo descansara y él se hacía cargo de todo lo de la casa, que no me preocupara de nada”.</p> <p>“Mis otros hijos se quedaban bajo el cuidado de mi suegra por las</p>

	mañanas y cuando mi esposo salía del trabajo los cuidaba él”.
Caso 3	<p>“Antes del embarazo la relación era buena, ya que no teníamos pleitos de ningún tipo; durante mi embarazo conté con el apoyo de mi esposo y me acompañaba a todas las consultas. Mi esposo fue el que pagó todo, él trabajaba y fue juntando para las consultas y el parto, mi esposo me acompañaba todos los días a visitar al bebé mientras está internado y siempre está conmigo. Mi esposo ya me dijo que este primer mes me iba a acompañar para que supiera como venirme y todo pero que ya si tardaba más el bebé en salir del hospital él tenía que dejarme venir sola porque él va entrar a trabajar otra vez”.</p>
Caso 4	<p>Tardo un momento en contestar como era la relación con su marido antes del embarazo y posteriormente solo contesto “buena”.</p> <p>“Durante el embarazo no conté con el apoyo de mi esposo, es que su trabajo es muy variado, él trabaja en el campo y por eso no me apoyaba porque varía mucho allá el trabajo y a veces la tocaba salir fuera”.</p> <p>“Ahorita que el bebé está aquí internado yo soy la que lo cuida y a mi otro hijo lo cuida su papá en la casa”.</p>
Caso 5	<p>“Antes del embarazo la relación era buena es que siempre ha sido así”.</p> <p>“Durante el embarazo conté con el apoyo de mi esposo ya que me cuidaba, y no dejaba que hiciera esfuerzos, al igual que se encargaba de los gastos de la casa y me decía que todo iba a estar bien, me cuidaba”.</p>
Caso 6	“Antes del embarazo la relación con mi esposo era normal, no discutíamos y estaban todo bien”.

	<p>“Durante el embarazo conté con el apoyo de mi esposo, claro que si me apoyaba porque me acompañaba en todo momento y me llevaba a las citas médicas”.</p>
Caso 7	<p>“Antes del embarazo teníamos varios problemitas en la relación con mi marido”.</p> <p>“Durante el embarazo conté con el apoyo de mi esposo ya que cuando yo me se sentía mal él me cuidaba y se encargaba de la limpieza de la casa”.</p> <p>“Cuando acudo al hospital a las visitas de mi bebé mis otros hijos se quedan al cuidado de mi suegra por las mañanas y en las tardes que llega mi esposo el los cuida”</p>
Caso 8	<p>“Nuestra relación era tranquila antes del embarazo, en ocasiones si teníamos pleitos frecuentes, pero eran sólo de palabras no llegábamos a los golpes”.</p> <p>Durante el embarazo “mi esposo me apoyó porque me cuidaba de que no hiciera cosas que afectaran al bebé, como levantar cosas pesadas”.</p> <p>“Mi suegra es quien cuida a mis otros hijos mientras yo voy al hospital a cuidar al bebé internado”.</p>
Caso 9	<p>“Antes del embarazo nos llevábamos bien, teníamos discusiones ocasionales pero no nos hacíamos daño ni llegábamos a la violencia”.</p> <p>Durante el embarazo “conté con el apoyo de mi marido porque él me ayudaba mucho porque ya sabía que estaba delicada. Yo hacía lo que podía en la casa y él lo demás”.</p> <p>“Mi esposo es quien cuida a nuestro otro hijo mientras yo voy al</p>

	hospital a cuidar al bebé internado”.
Caso 10	<p>“Nuestra relación de pareja antes del embarazo era buena”</p> <p>“Durante mi embarazo conté con el apoyo de mi marido en todo, el me ayudaba en lo que ocupaba”</p> <p>“Mi mamá es quien se queda al cuidado de mis otros hijos mientras yo acudo al hospital a visitar al bebé”.</p>
Caso 11	<p>“Antes del embarazo La relación con mi esposo era buena”.</p> <p>Durante el embarazo “mi esposo me apoyó tanto en lo moral como en lo económico”.</p>
Caso 12	<p>“Antes del embarazo en la relación con mi esposo no había conflictos”</p> <p>“Durante el embarazo no había nadie que me apoyara mejor que él, mi esposo se quedó conmigo en todo momento, de hecho hasta bailaba para divertirme mientras hacia el aseo, él se quedó sin trabajo pero no se quejó, es como para ponerlo en un altar, a mi otra hija la cuida mi hermana mientras mi esposo trabaja y yo voy a visitar al bebé”.</p>
Caso 13	<p>“La relación con mi marido antes del embarazo era normal, bien”.</p> <p>“Durante mi embarazo conté con el apoyo de mi marido al 100% dentro y fuera de la casa, siempre me ha prestado atención, sentía más apoyo moral ahora que estuve embarazada”.</p> <p>Su otro hijo que tiene 14 años se queda al cuidado de los abuelos paternos.</p>
Madre 14	<p>“No estábamos casados solo vivía con él, éramos novios y estábamos bien, viví con él 9 meses, en ocasiones discutíamos muy</p>

	<p>fuerte y era agresivo, si me llegó a pegar”</p> <p>“No conté con el apoyo de él durante el embarazo, ya que al enterarse de que estaba embarazada me dejó y desapareció, no sé nada de él”.</p> <p>“Son mis primeros hijos”.</p>
Caso 15	<p>“La relación con mi marido antes del embarazo era buena, nos llevábamos bien”.</p> <p>“Durante el embarazo conté con el apoyo de él a realizar cosas”</p>

#### 4° EJE: APEGO MADRE- HIJO

**Tabla A)** tabla de vaciado de puntajes en base la observación de cada caso, los puntajes van de 1 a 5 de acuerdo a lo marcado en la escala de apego durante el estrés “ADS”.

# Caso	Mirada	Vocalización	Tocar	Evitación	Sostenido	Afecto	Proximidad	Sensibilidad	Tipo de apego
Caso 1 Bebé	Frecuente 4	Rara vez 2	Siempre 5	Nunca evita 5	Descansa en brazos 3	Tensión ocasional 4	Sigue a la madre con el cuerpo 4		Intrusiva
Caso 1 Madre	Fija a cara del bebé 5	Todo el tiempo 5	Siempre 5	Nunca evita 5	Amolda el cuerpo 4	Siempre sonrío 5	Siempre en contacto 5	Muy buena capacidad 5	
Para ir a visitar y alimentar a su bebé al hospital “tengo que cerrar mi negocio y no trabajo, dejo de cuidar a mi									

mamá, no doy de comer al horario establecido en la casa a mis hijos y dejo de hacer mi quehacer”									
Caso 2 Bebé	Frecuente 4	Frecuente 4	Rara vez 2	Ocasional-mente 3	Descansa en brazos 3	Sonríe cuando le tocan la cara 4	Intermitente 3		Seguro
Caso 2 Madre	Ocasional 3	Frecuente 4	Ocasional 3	Ocasional 3	Lo apoya sobre su pecho 3	Ansiedad moderada 3	Frecuente 4	Frecuente interés y capacidad 4	
Por venir a cuidar a su hijo al hospital para visitarlo y alimentarlo, “ tengo que dejar de mandar a mis hijos a la escuela y dejarlos a cargo de mi suegra, no hago mi quehacer, y es que llego a mi casa a las 8:30pm porque como no vivo en Morelia me tardo en regresarme”									
Caso 3 Bebé	Rara vez 2	Rara vez 2	Rara vez 2	Nunca 5	Moldea su cuerpo 4	Tensión ocasional 4	Frecuente 4		Seguro
Caso 3 Madre	Frecuente 4	Frecuente 4	Siempre 5	Nunca 5	Inclina su cuerpo 5	Tensión ocasional 4	Siempre 5	Frecuente interés y capacidad 4	
“ Dejo de hacer mi quehacer para venir a visitar a mi hijo al hospital”									
Caso 4 Bebé	Ocasional 3	Rara vez 2	Ocasional 3	Ocasional 3	No se relaja en brazos 2	Ansiedad moderada 3	Rara vez 2		Indiferencia
Caso 4 Madre	Rara vez 2	Rara vez 2	Rara vez 2	Frecuente 2	Lo toma alejado de su cuerpo 1	Ansiedad moderada 3	Intermitente 3	<b>Ocasional</b> 3	
“ cono no soy de Morelia me quedo aquí sola en casa de un familiar, y dejo de hacer todo lo que hacía en mi casa, porque no alcanzo a ir y regresar a mi casa”									
Caso 5	Ocasional	Callado	cubierto C.N.O	Rara vez	Arquea el cuerpo hacia la	Tensión ocasional	C.N.O.		

Bebé					madre					
	3				5	4				Intrusivo
Caso 5	Fija la mirada	Intensas	Siempre lo toca	Nunca	Inclina el cuerpo y lo amolda	Siempre sonrío	Siempre contacto físico	Frecuente interés		
Madre	5	5	5	5	5	5	5	4		
"al venir a cuidar a mi bebé al hospital, dejo de trabajar, salir con mi esposo a pasear, ir al cine y a las Américas"										
Caso 6	Frecuente	Rara vez	Tiende hacia la madre	Nunca	Moldea su cuerpo	Siempre sonrío	Con frecuencia sigue a la madre			Seguro
Bebé	4	2	4	5	4	5	4			
Caso 6	Frecuente	Frecuente	Siempre lo toca	Nunca	Amolda su cuerpo	Siempre sonrío	Contacto físico frecuente	Frecuente interés		
Madre	4	4	5	5	4	5	4	4		
"por venir a cuidar y visitar a mi bebé en el hospital tengo que dejar de hacer el quehacer de mi casa"										
Caso 7	C.N.O	Rara vez	Ocasional	Rara vez	C.N.O	Tensión ocasional	Intermittente			Seguro
Bebé	Ojos cerrados		3	4	Está en incubadora	3	3			
	1	2								
Caso	Frecuentes	Frecuente	Frecuen	Nunca evita ser	Amolda su	Tensión	Contacto físico	Frecuente		

7	miradas	mente	-temente	tocada	cuerpo	ocasional	frecuente	interés	
Madre	4	4	4	5	4	4	4	4	
"cuando vengo a visitar a mi bebé al hospital dejo a las niñas, yo no las llevo a la escuela, y yo no les doy de desayunar tengo que dejarlas al cuidado de mi suegra"									
Caso 8	Breves	Callado	C.N.O	Rara vez	Activamente arquea el cuerpo	Tensión ocasional	Con frecuencia		Seguro
Bebé	2	1	Está envuelto	4	5	4	4		
Caso 8	Fija	Palabras escasas	Rara vez	Nunca evita ser tocada	Amolda su cuerpo	Tensión ocasional	Contacto físico frecuente	Ocasional muestra interés	
Madre	5	2	2	5	4	4	4	3	
"cuando asisto a visitar a mi bebé al hospital deja de hacer mi quehacer y dejo de atender a mis otros hijos"									
Caso 9	Ocasional	Rara vez	Ocasional	Nunca evita	Moldea su cuerpo	Tensión ocasional	Intermitentemente		Seguro
Bebé	2	2	3	5	4	4	3		
Caso 9	Fija la mirada	Frecuente	Frecuente	Nunca evita	Amolda su cuerpo	Tensión ocasional	Contacto físico frecuente	Frecuente interés y capacidad	
Madre	5	4	4	5	4	4	4	4	
"Cuando vengo a cuidar a mi bebé al hospital no hay nada que deje de hacer nada" contesta de forma seria.									
Caso 10	Frecuente	Frecuente	Ocasional	Nunca evita	Moldea su cuerpo	Tensión ocasional	Intermitente		Seguro
Bebé	4	4	3	5	4	4	3		
Caso 10	Fija la mirada	Ocasional	Frecuente	Nunca evita	Amolda su cuerpo	Tensión ocasional	Intermitente	Ocasional	
Madre	5	3	4	5	4	4	3	3	
" cuando vengo a visitar al bebé en el hospital no dejo de hacer nada, hago todo normal"									

Caso 11 Bebé	C.N.O. Ojos cerrados todo el tiempo	Rara vez 2	Rara vez 2	Nunca 5	Moldea su cuerpo 4	Placer poco claro 3	Intermitente 3		Seguro
Caso 11 Madre	Fija la mirada 5	Palabras escasas 2	Rara vez 2	Nunca 5	Amolda su cuerpo 4	Tensión ocasional 4	Intermitente 3	Ocasional 3	
"No dejo de hacer nada, porque ahorita no estoy trabajando, por eso no se me dificulta tanto venir a visitar a mi bebé"									
Caso 12 Bebé	Ocasional 3	Callado 1	Ocasional 3	Rara vez evita. 4	No se relaja en brazos 2	Ansiedad moderada 3	Intermitentemente 3		Seguro
Caso 12 Madre	Frecuentes 4	Frecuente mente 4	Frecuente mente 4	Nunca evita 5	Apoya al bebé 3	Tensión ocasional 4	Contacto frecuente 4	Frecuente interés 4	
Al ir a visitar al bebé al hospital "dejo de hacer todo ya que no estoy en mi casa, pues no vivo en Morelia".									
Caso 13 Bebé	Frecuentes 4	Frecuente 4	Ocasional 3	Nunca evita 5	Moldea su cuerpo 4	Tensión ocasional 4	Intermitentemente 3		
Caso 13 Madre	Ocasional 3	Ocasional 3	Frecuente 4	Nunca evita 5	Amolda su cuerpo 4	Tensión ocasional 4	Contacto frecuente 4	Frecuente interés 4	Seguro
Para cuidar a su bebé en el hospital tiene que dejar de hacer el quehacer de su casa, así como el cuidar de su otro hijo.									
Caso 14 Bebé	Ocasional 3	Rara vez 3	Ocasional 3	Rara vez 4	Moldea su cuerpo 4	Tensión ocasional 4	Intermitente 3		Seguro
Caso	Ocasional	Ocasional	Ocasional	Rara vez	Amolda su	Tensión	Contacto	Ocasional	

14	3	mente	nal	4	cuerpo	ocasional	frecuente	3	
Madre	3	3	3	4	4	4	4	3	
"para venir a visitar a mi hija deje de hacer cosas en mi casa como el quehacer"									
Caso 15	Rara vez	Rara vez	Ocasional	Rara vez	C.N.O.	Ansiedad moderada	Intermitente		
Bebé	2	2	3	4		3	3		
Caso 15	Ocasional	Palabras escasa	Frecuente	Rara vez	C.N.O.	Ansiedad moderada	Intermitente	Ocasional	
Madre	3	2	4	4		3	3	3	Seguro
" No hay nada que deje de hacer por venir a cuidar a mi bebé al hospital. El quehacer lo hace mi mamá desde que me embarace así que yo no dejo de hacer nada porque no hacía nada desde antes, antes de embarazarme si hacía yo mi quehacer y cocinaba pero después ya no"									

**Tabla B)** tabla que muestra el número de casos dentro de cada puntaje y el significado de éste.

Símbolos: ( \* ) ubicación del caso dentro de un puntaje.

( x ) caso no observado, por lo tanto no cuenta con asignación de puntaje.

		MIRADA BEBÉ					MIRADA MADRE		
# CASO	Puntajes 1 y 2: Tendencia a evitar casi siempre la mirada de la madre, no la mira a los ojos.	Puntajes 3 y 4: Tendencia normal de mirar ocasionalmente a la madre, intercambio (conectado a su mirada).	Puntaje 5: Tendencia sobre-focalizando en ella.	# CASO	Puntaje 1 y 2: Tendencia a evitar siempre la mirada del bebé	Puntaje 3 y 4: Tendencia normal de mirar ocasionalmente al bebé, está conectada a la mirada del infante	Puntaje 5: Tendencia a estar siempre mirando al bebé, una actitud intrusiva		
CASO 1		*		CASO 1			*		
CASO 2		*		CASO 2		*			
CASO 3	*			CASO 3		*			
CASO 4		*		CASO 4	*				
CASO 5		*		CASO 5			*		
CASO 6		*		CASO 6		*			
CASO 7	*			CASO 7		*			
CASO 8	*			CASO 8			*		
CASO 9	*			CASO 9			*		
CASO 10		*		CASO 10			*		
CASO 11	*			CASO 11			*		
CASO 12		*		CASO 12		*			

CASO 13		*		CASO 13		*	
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15	*			CASO 15		*	
TOTAL	= 6	= 9			= 1	= 8	=6

# CASO	VOCALIZACIÓN BEBÉ			# CASO	VOCALIZACIÓN MADRE		
	Puntajes 1 y 2: Tendencia del bebé a no comunicarse, puede realizar algunas vocalizaciones esporádicas.	Puntajes 3 y 4: Tendencia normal de vocalizar, vocaliza como en intento de responder a las comunicaciones de la madre.	Puntaje 5:		Puntaje 1 y 2: Tendencia callada en la interacción, realiza algunas vocalizaciones esporádicas.	Puntaje 3 y 4: Tendencia normal de vocalizar conversando y respetando de un modo pausado los silencios.	Puntaje 5: Tendencia a presentar una actitud intrusiva de constante vocalización
CASO 1	*			CASO 1			*
CASO 2		*		CASO 2		*	
CASO 3	*			CASO 3		*	
CASO 4	*			CASO 4	*		
CASO 5	*			CASO 5			*
CASO 6	*			CASO 6		*	
CASO 7	*			CASO 7		*	
CASO 8	*			CASO 8	*		
CASO 9	*			CASO 9		*	
CASO 10		*		CASO 10		*	
CASO 11	*			CASO 11	*		
CASO 12	*			CASO 12		*	
CASO 13		*		CASO 13		*	
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15	*			CASO 15	*		
TOTAL	= 11	= 4			= 4	= 9	= 2

TOCAR BEBÉ				TOCAR MADRE			
# CASO	Puntajes 1 y 2: Tendencia del bebé a casi no tocar a la madre.	Puntajes 3 y 4: Tendencia normal de tocar ocasionalmente a la madre, él responde a los contactos físicos de la madre.	Puntaje 5: Tendencia a siempre toca a la madre, busca constantemente el contacto físico.	# CASO	Puntaje 1 y 2: Tendencia a no tocar al bebé, actúa como si el bebé fuera una "papa caliente".	Puntaje 3 y 4: Tendencia normal de tocar ocasionalmente al bebé, o tender hacia el contacto físico con él, respondiendo.	Puntaje 5: Tendencia a siempre busca tocar al bebé, busca constantemente el contacto físico.
CASO 1			*	CASO 1			*
CASO 2	*			CASO 2		*	
CASO 3	*			CASO 3			*
CASO 4		*		CASO 4	*		
CASO 5	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	CASO 5			*
CASO 6		*		CASO 6			*
CASO 7		*		CASO 7		*	
CASO 8	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	CASO 8	*		
CASO 9		*		CASO 9		*	
CASO 10		*		CASO 10		*	
CASO 11	*			CASO 11	*		
CASO 12		*		CASO 12		*	
CASO 13		*		CASO 13		*	
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15		*		CASO 15		*	
TOTAL	= 3	= 9	= 1		= 3	= 8	= 4

EVITACIÓN BEBÉ				EVITACIÓN MADRE			
# CASO	Puntajes 1 y 2: Tendencia del bebé a evitar tocar a la madre en situaciones diversas.	Puntajes 3 y 4: Tendencia normal a evitar tocar a la madre en situaciones que se siente incómodo	Puntaje 5: Nunca evita ser tocado, aceptando indistintamente todo tipo de contacto físico.	# CASO	Puntaje 1 y 2: Tendencia a evitar ser tocada por el bebé, evita el contacto.	Puntaje 3 y 4: Tendencia normal de evitar tocar al bebé en situaciones donde la madre no se sienta cómoda.	Puntaje 5: Nunca evita ser tocada por el bebé, aceptando indistintamente todo tipo de contacto físico.
CASO 1			*	CASO 1			*
CASO 2		*		CASO 2		*	
CASO 3			*	CASO 3			*
CASO 4		*		CASO 4	*		
CASO 5		*		CASO 5			*
CASO 6			*	CASO 6			*
CASO 7		*		CASO 7			*
CASO 8		*		CASO 8			*

				8			
CASO 9			*	CASO 9			*
CASO 10			*	CASO 10			*
CASO 11			*	CASO 11			*
CASO 12		*		CASO 12			*
CASO 13			*	CASO 13			*
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15		*		CASO 15		*	
TOTAL	=0	= 8	= 7		= 1	= 3	= 11

# CASO	SOSTENIDO BEBÉ			# CASO	SOSTENIDO MADRE		
	Puntajes 1 y 2: Bebé que se pone rígido, de arquea cuando lo toman en brazos, se siente incomodo. No hay amoldamiento mutuo.	Puntajes 3 y 4: Tendencia a amoldarse en los brazos de la madre, en general descansa.	Puntaje 5: Bebé que se pega a la madre y no quiere ser alejado ni soltado, se aferra.		Puntaje 1 y 2: Madre que lo toma rígidamente, evitando contacto físico.	Puntaje 3 y 4: Toma al bebé de forma cálida, contenedora protectora generando seguridad. Ambos se amoldan	Puntaje 5: Madre que lo toma de modo muy intenso, no queriendo soltarlo y empujando el cuerpo del bebé hacia ella.
CASO 1		*		CASO 1		*	
CASO 2		*		CASO 2		*	
CASO 3		*		CASO 3			*
CASO 4	*			CASO 4	*		
CASO 5			*	CASO 5			*
CASO 6		*		CASO 6		*	
CASO 7	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	CASO 7		*	
CASO 8			*	CASO 8		*	
CASO 9		*		CASO 9		*	
CASO 10		*		CASO 10		*	
CASO 11		*		CASO 11		*	
CASO 12	*			CASO 12		*	
CASO 13		*		CASO 13		*	
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	CASO 15	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
TOTAL	= 2	= 9	= 2		=1	=11	= 2

AFECTO BEBÉ				AFECTO MADRE			
# CASO	Puntajes 1 y 2: Bebés incómodos, inquietos, irritables, signos de miedo o indiferentes, sin afectos a lo que los rodea.	Puntajes 3 y 4: Bebé que pasa por estados de placer y displacer, dependiendo de la situación, bebé que se siente bien con la madre y no muestra afectos negativos intensos.	Puntaje 5: Tendencia a siempre estar sonriendo aun en situaciones de estrés, siempre tratando estar alegre para la madre.	# CASO	Puntaje 1 y 2: madre con claros indicios de no estar agradada con la presencia del bebé. Madres irritadas y enojadas o deprimidas, sin afectividad al bebé.	Puntaje 3 y 4: tendencia a pasar por estados de placer y displacer dependiendo de la situación. Madre que se siente bien con el bebé y no muestra afectos negativos intensos.	Puntaje 5: Madre con tendencia a siempre estar sonriendo, tratando de estar alegre para el bebé pero de modo sutilmente fingido.
CASO 1		*		CASO 1			*
CASO 2		*		CASO 2		*	
CASO 3		*		CASO 3		*	
CASO 4		*		CASO 4		*	
CASO 5		*		CASO 5			*
CASO 6			*	CASO 6			*
CASO 7		*		CASO 7		*	
CASO 8		*		CASO 8		*	
CASO 9		*		CASO 9		*	
CASO 10		*		CASO 10		*	
CASO 11		*		CASO 11		*	
CASO 12		*		CASO 12		*	
CASO 13		*		CASO 13		*	
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15		*		CASO 15		*	
TOTAL		= 14	= 1			=12	= 3

PROXIMIDAD BEBÉ				PROXIMIDAD MADRE			
# CASO	Puntajes 1 y 2: Bebé con tendencia a no buscar a su madre cuando se aleja, presentando poca o nula señal de búsqueda.	Puntajes 3 y 4: Tendencia normal a verse afectado por el alejamiento de la madre y mostrar conductas de búsqueda.	Puntaje 5: tendencia exagerada ante el alejamiento de la madre , angustioso y con mirada hiper-alerta y agitación	# CASO	Puntaje 1 y 2: Madre que busca el mayor alejamiento físico posible con el bebé.	Puntaje 3 y 4: Estar constante o intermitentemente en cercanía con el bebé. Busca tenerlo cerca siempre o casi siempre.	Puntaje 5: tendencia exagerada a no querer separarse ni dejar de estar en contacto físico con el bebé. Se aferra al bebé.
CASO 1		*		CASO 1			*
CASO 2		*		CASO 2		*	
CASO 3		*		CASO 3			*

CASO 4	*			CASO 4		*	
CASO 5	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	CASO 5			*
CASO 6		*		CASO 6		*	
CASO 7		*		CASO 7		*	
CASO 8		*		CASO 8		*	
CASO 9		*		CASO 9		*	
CASO 10		*		CASO 10		*	
CASO 11		*		CASO 11		*	
CASO 12		*		CASO 12		*	
CASO 13		*		CASO 13		*	
CASO 14		*		CASO 14		*	
CASO 15		*		CASO 15		*	
TOTAL	= 1	= 13				=12	= 3

# CASO	SENSIBILIDAD MADRE		
	Puntaje 1 y 2: Incapacidad para detectar e interpretar las señales positivas y de estrés en el bebé.	Puntaje 3 y 4: Buena capacidad para detectar e interpretar señales positivas y de estrés en el bebé, reaccionando adecuadamente.	Puntaje 5: Tendencia exagerada a querer interpretar señales positivas y de estrés en el bebé, reaccionando de manera excesiva
CASO 1			*
CASO 2			*
CASO 3			*
CASO 4			*
CASO 5			*
CASO 6			*
CASO 7			*
CASO 8			*
CASO 9			*
CASO 10			*
CASO 11			*
CASO 12			*
CASO 13			*
CASO 14			*
CASO 15			*
TOTAL		=14	=1

Gráficas del 4º Eje.

**ABREVIATURAS:**

**MI: Mirada**

**SO: Sostenido**

**VO: Vocalización**

**AF: Afecto**

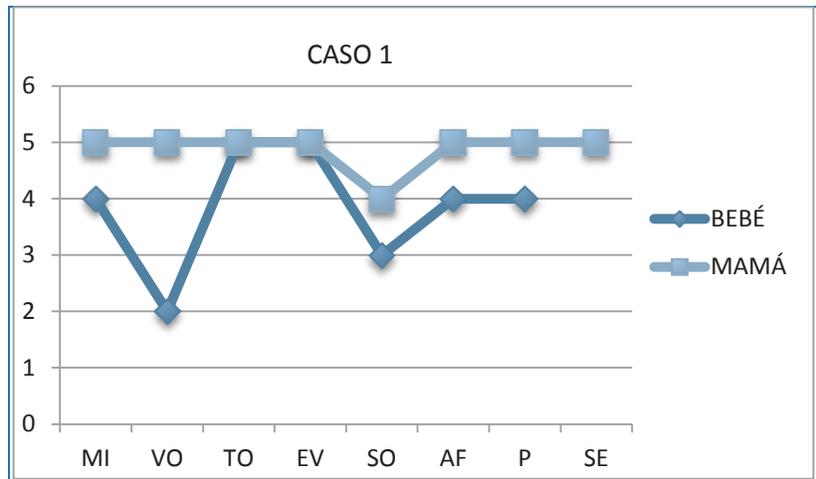
**TO: Tocar**

**P: Proximidad**

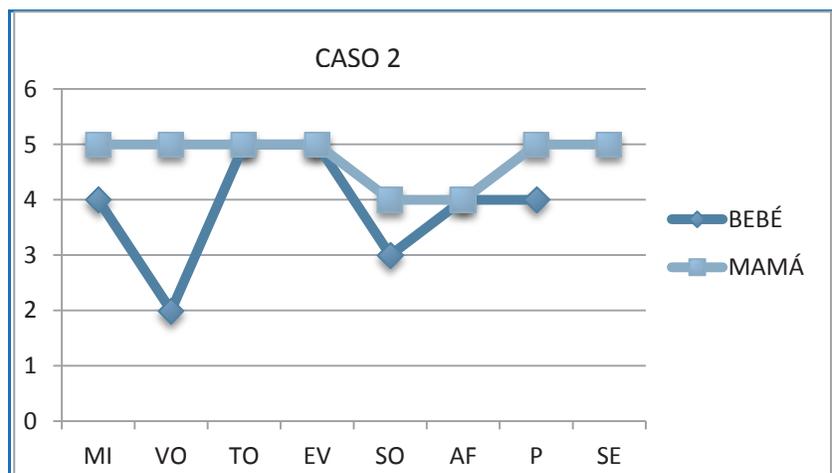
**EV: Evitación**

**SE: Sensibilidad**

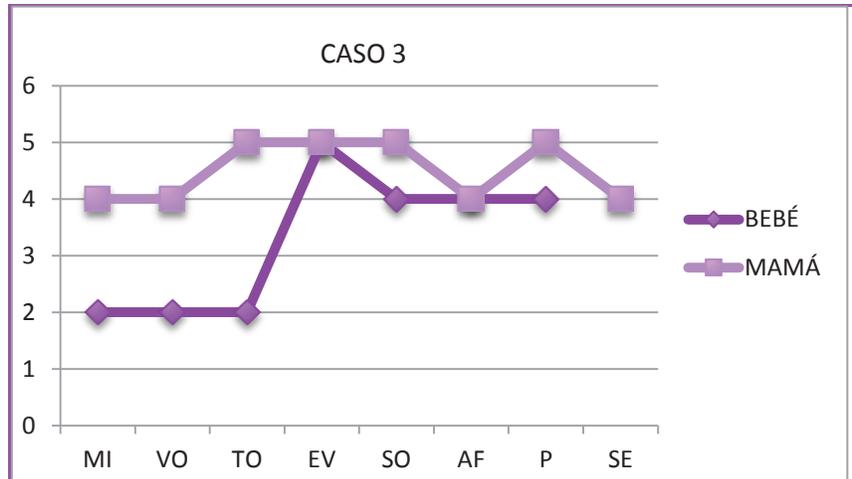
CASO 1	BEBÉ	MAMÁ
MI	4	5
VO	2	5
TO	5	5
EV	5	5
SO	3	4
AF	4	5
P	4	5
SE		5



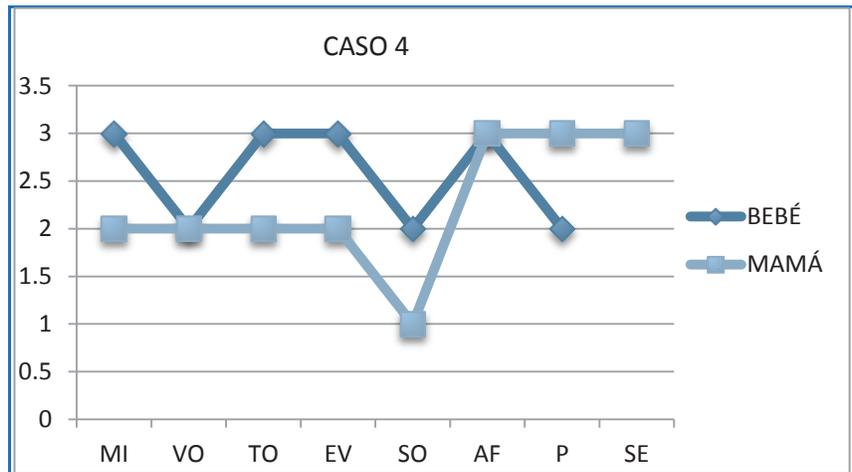
CASO 2	BEBÉ	MAMÁ
MI	4	5
VO	2	5
TO	5	5
EV	5	5
SO	3	4
AF	4	4
P	4	5
SE		5



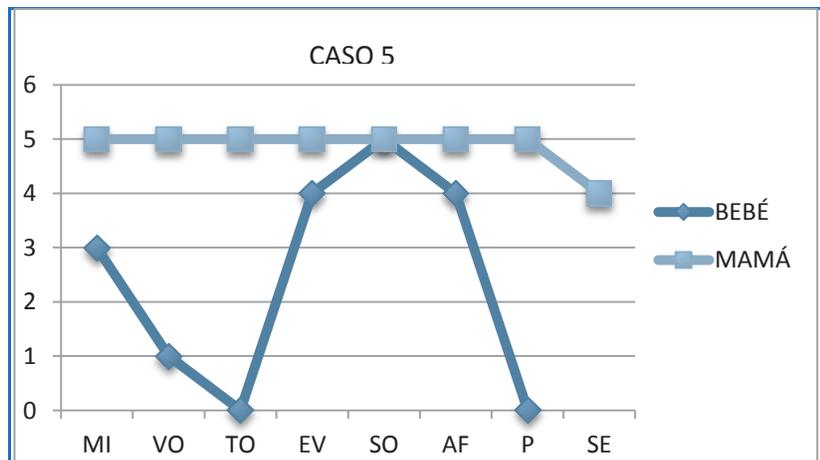
CASO 3	BEBÉ	MAMÁ
MI	2	4
VO	2	4
TO	2	5
EV	5	5
SO	4	5
AF	4	4
P	4	5
SE		4



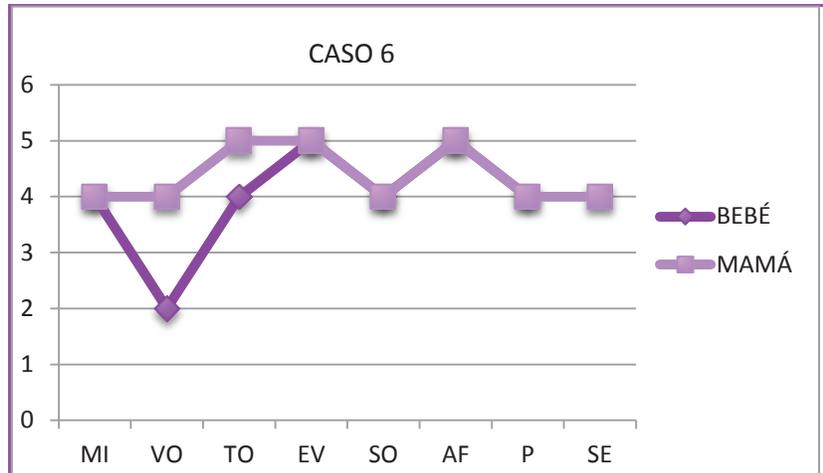
CASO 4	BEBÉ	MAMÁ
MI	3	2
VO	2	2
TO	3	2
EV	3	2
SO	2	1
AF	3	3
P	2	3
SE		3



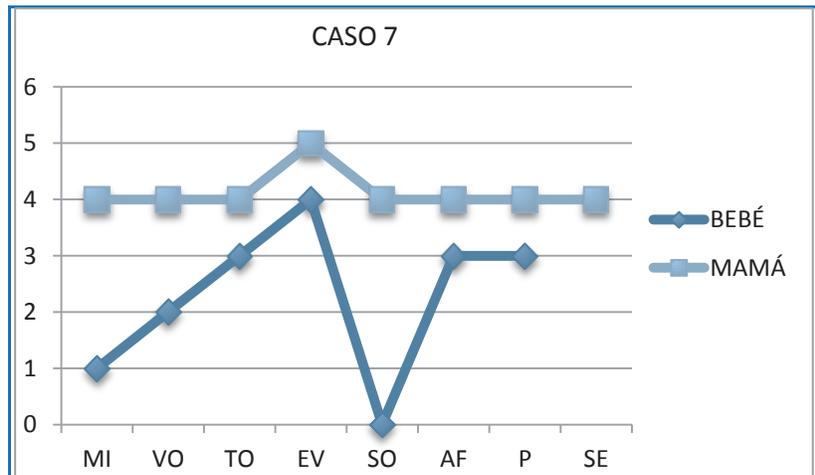
CASO 5	BEBÉ	MAMÁ
MI	3	5
VO	1	5
TO	C.N.O.	5
EV	4	5
SO	5	5
AF	4	5
P	C.N.O.	5
SE		4



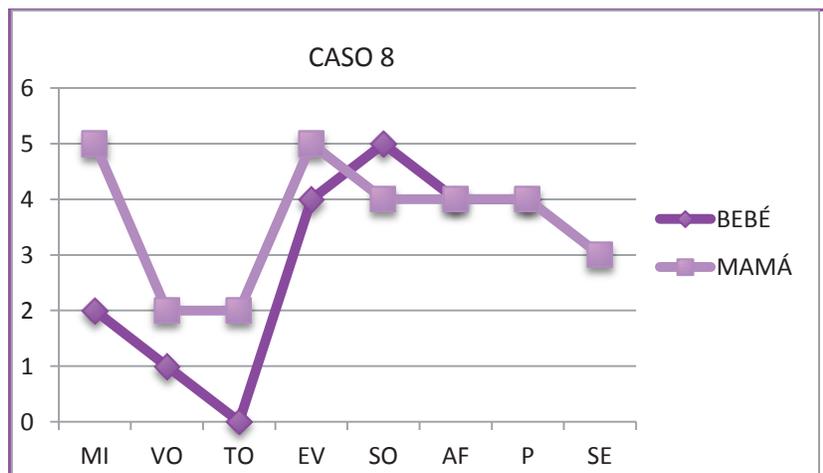
CASO 6	BEBÉ	MAMÁ
MI	4	4
VO	2	4
TO	4	5
EV	5	5
SO	4	4
AF	5	5
P	4	4
SE		4



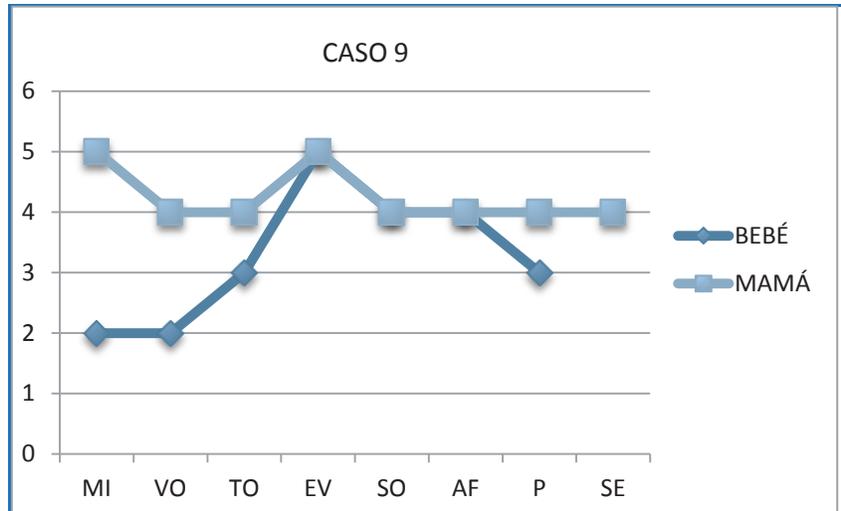
CASO 7	BEBÉ	MAMÁ
MI	1	4
VO	2	4
TO	3	4
EV	4	5
SO	C.N.O.	4
AF	3	4
P	3	4
SE		4



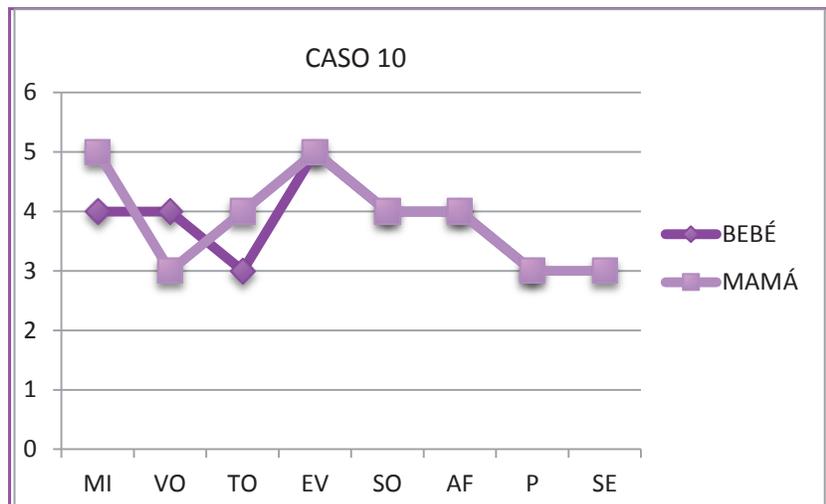
CASO 8	BEBÉ	MAMÁ
MI	2	5
VO	1	2
TO	C.N.O.	2
EV	4	5
SO	5	4
AF	4	4
P	4	4
SE		3



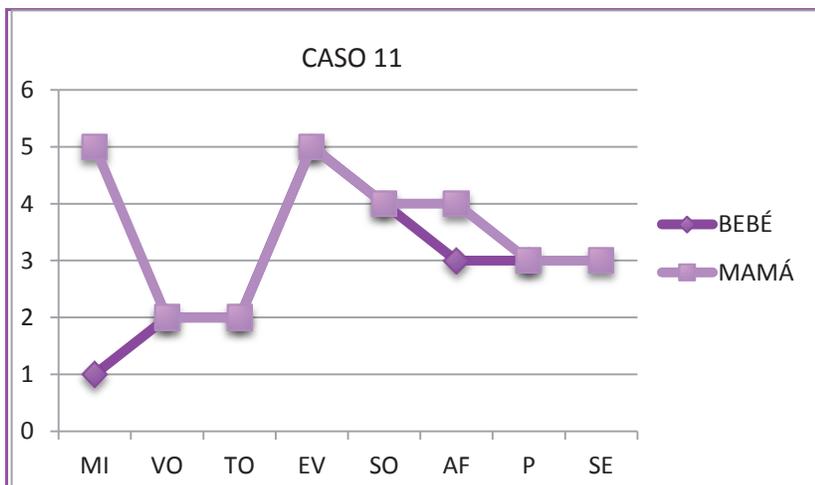
CASO 9	BEBÉ	MAMÁ
MI	2	5
VO	2	4
TO	3	4
EV	5	5
SO	4	4
AF	4	4
P	3	4
SE		4



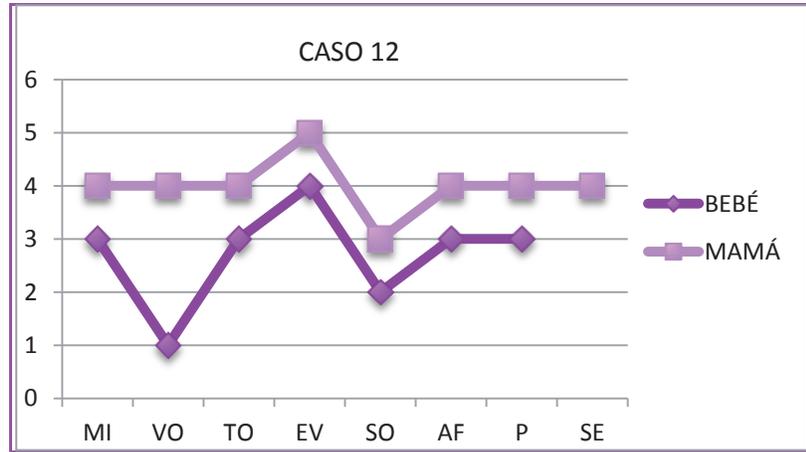
CASO 10	BEBÉ	MAMÁ
MI	4	5
VO	4	3
TO	3	4
EV	5	5
SO	4	4
AF	4	4
P	3	3
SE		3



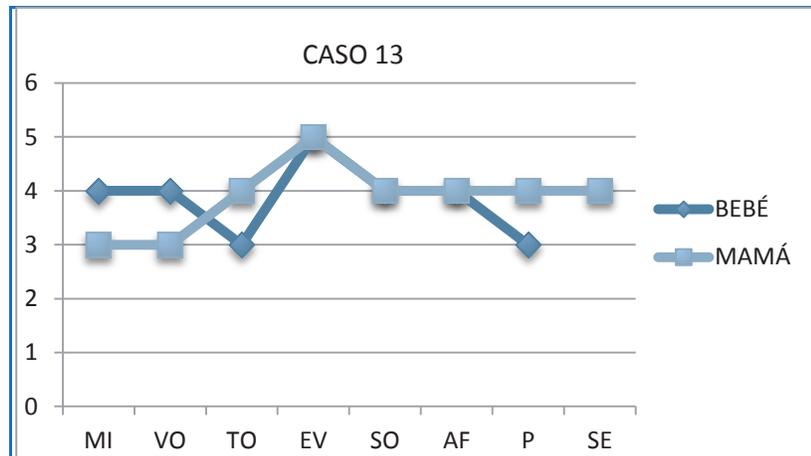
CASO 11	BEBÉ	MAMÁ
MI	1	5
VO	2	2
TO	2	2
EV	5	5
SO	4	4
AF	3	4
P	3	3
SE		3



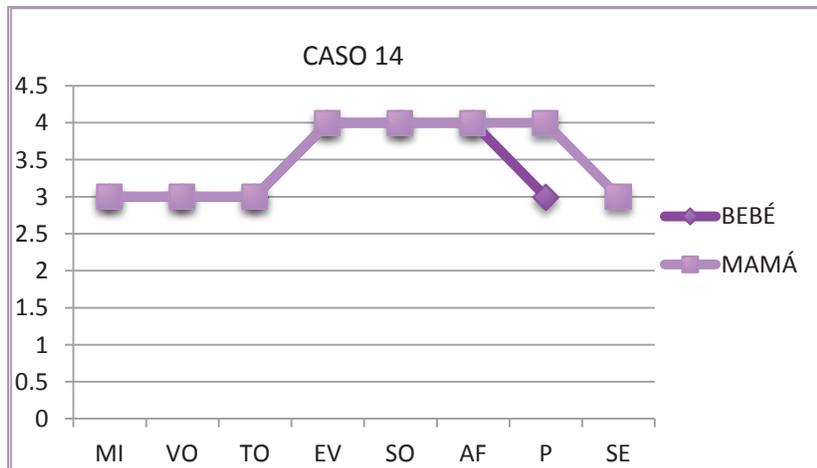
CASO 12	BEBÉ	MAMÁ
MI	3	4
VO	1	4
TO	3	4
EV	4	5
SO	2	3
AF	3	4
P	3	4
SE		4



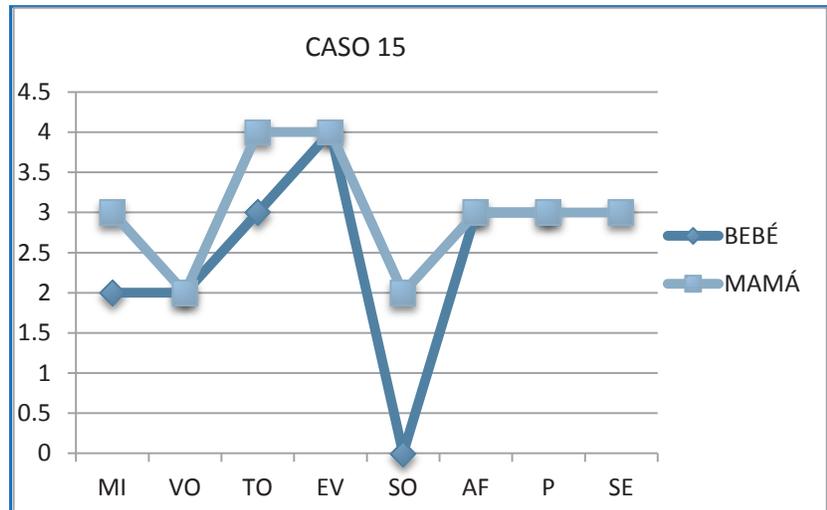
CASO 13	BEBÉ	MAMÁ
MI	4	3
VO	4	3
TO	3	4
EV	5	5
SO	4	4
AF	4	4
P	3	4
SE		4



CASO 14	BEBÉ	MAMÁ
MI	3	3
VO	3	3
TO	3	3
EV	4	4
SO	4	4
AF	4	4
P	3	4
SE		3



CASO 15	BEBÉ	MAMÁ
MI	2	3
VO	2	2
TO	3	4
EV	4	4
SO	C.N.O	2
AF	3	3
P	3	3
SE		3



## ANÁLISIS DE DATOS

### CATEGORÍAS:

#### CATEGORÍAS DEL 1° EJE TEMÁTICO: ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

# CASO	ANTES DEL EMBARAZO	DURANTE EL EMBARAZO	EXPECTATIVAS DE LA MADRE HACIA SU HIJO	TIPO DE RESPUESTA DE LA MADRE ANTE EL EMBARAZO	# DE VISITAS QUE REALIZA A SU HIJO (se les pide a las mamás que acudan a las 4 visitas, para que alimenten a sus bebés)
CASO 1	Estrés Tensión	Irritabilidad Enojo Estrés Preocupación Miedo Tensión Tristeza	Sano, peso normal y de término. “le decía que era inteligente, tranquilo y que iba a ser mejor médico que el papá. Y no iba a ser igual que sus hermanos”.	Ambivalencia Alegría-tristeza.	“Acudo a visitarlo 3 veces al día, si pudiera vendría las 4 veces pero luego no alcanzo a regresar a la casa y preparar todo lo del día siguiente”.
CASO 2	Tranquila	Alegría	Un bebé grande	Alegría	“lo visito 3

	Buen humor	Tristeza preocupación	de 3 kg., inteligente, muy importante, estudioso.		veces de las 4 que dan permiso en el hospital".
CASO 3	Tranquilo "No me enojaba"	"muchos cambios de ánimo" Alegría - "contenta" Enojo Tristeza	Un bebé sano, de término, fuerte.	Alegría	"lo visito 2 veces".
CASO 4	"Deprimida" Desganada Tristeza	Irritabilidad Tristeza Tensión preocupación	"Me imaginaba que iba a ser niño, pero no pensaba en el futuro".	"En un principio no aceptaba estar embarazada" Rechazo	"Visito al bebé 3 veces al día".
CASO 5	Alegría Optimista	Enojo Tristeza	Bebé de término y grande. A futuro educado, aprenderá rápido, Inteligente.	Alegría	"Lo visito 4 veces al día".
CASO 6	Tranquilidad Sin cambios drásticos de humor	"Buen estado de ánimo, no molesta ni irritada" Alegría Miedo	Bebé de término, con un peso de 3 kg".	Alegría	"La visito de 2 a 3 veces al día".
CASO 7	Tensión Irritabilidad "Yo pienso que mi estado de ánimo era malo por los	"Era fatal" Alegría Irritabilidad Enojo Tristeza Nerviosa-	Un bebé de sexo masculino, que naciera sano, que no tuviera ningún problema en su cuerpo.	Descontrol "no quería estar embarazada". Ambivalencia.	"lo visito 2 veces al día en algunas ocasiones lo visito las

	problemas”	Preocupación			4 veces, pero se me dificulta por la herida de la cesárea y me da tristeza no ir a verlo todo el día”.
CASO 8	Enojo	Alegría Enojo Preocupación Tensión	Bebé de término y sano.	Alegría	“Lo visito 2 veces al día”
CASO 9	Tranquilidad Alegría	Alegría	Bebé con buen peso y grande.	Alegría	“Lo visito 2 veces al día”.
CASO 10	“Regular” Enojo	Alegría Enojo Tristeza	Bebé sano.	Alegría	“Lo visito cuando puedo”.
CASO 11	“Deprimida”	“Depresión más fuerte” Sin ánimos Tristeza Preocupación Miedo	Bebé de sexo femenino.	Rechazo por Miedo.	“Yo lo visito en la primera hora que es a las 9:30” Visita una sola vez al día
CASO 12	Alegría	Alegría Enojo- coraje Tristeza Preocupación	Bebé que se pareciera a su padre en su nuca, ojos y color.	Alegría	“yo lo visito 4 veces al día”
CASO 13	Preocupación Tristeza	Alegría Preocupación	Tal como nació.	Ambivalencia Alegría-miedo.	“Lo voy a visitar 3

		Miedo			veces al día, junto con mi esposo”.
CASO 14	Alegría	Alegría Enojo Tristeza	5 bebés, todos güeritos y que no se parecían al papá.	Alegría	“la visito 3 veces al día”.
CASO 15	Tranquilidad Sin cambios repentinos de humor	Alegría Enojo	Bebé morenito, que no va a ser callejero ni grosero.	tranquilidad	“lo visito 3 veces al día”.

#### CATEGORÍAS DEL 2° EJE TEMÁTICO: EL ESTADO EMOCIONAL DEL PADRE ANTE EL EMBARAZO

# CASO	TIPO DE RESPUESTA DE LA PAREJA ANTE EL EMBARAZO	# DE VISITAS QUE REALIZA A SU HIJO
CASO 1	Indiferencia	“Él no tiene relación con bebé, nunca le hablo cuando estaba en el vientre, no lo acaricio, no fue a visitarlo al hospital, ni a recogerlo cuando lo dieron de alta, no llamo”.
CASO 2	Alegría Interés “Acariciaba el vientre y le platicaba”	Acudía a visitarlo mientras estuvo internado.
CASO 3	Alegría –Felicidad Interés	“Visita al bebé las mismas veces que yo, lo acaricia y también le platica”. (2 veces)
CASO 4	Alegría Sorpresa	No acudió a visitar al bebé mientras estuvo internado, ni a recogerlo cuando fue dado

		de alta
CASO 5	Alegría Interés “Le hablaba cuando estaba en el vientre y dormía todas las noches con su mano en mi vientre”.	No acudió a visitarlo mientras estuvo internado.
CASO 6	Alegría Sorpresa “Sentía una emoción hermosa y sonreía”.	No acudió a visitarlo mientras estuvo internado.
CASO 7	Alegría Interés	Acudía a visitarlo mientras estaba internado, le hablaba y lo acariciaba, se mostraba interesado en que estuviera bien atendido y alimentado por las enfermeras.
CASO 8	Alegría Sorpresa	No acudió a visitarlo mientras estuvo internado
CASO 9	Alegría	No acudió a visitarlo mientras estuvo internado
CASO 10	Alegría	Acude a visitarla pasa el tiempo contemplándola, acariciándola y hablándole
CASO 11	Alegría	Acude a visitar al bebé una vez al final del día en la última hora.
CASO 12	Descontrol Alegría “Lo primero que hizo fue moverse de un lado para otro”.	Acudió a visitar al bebé en algunas ocasiones, cuando entraba a verla la observaba y contemplaba.

CASO 13	Alegría. llanto	El padre acude a visitarlo 3 veces al día, ya que acompaña a la madre a las visitas.
CASO 14	Indiferencia Desinterés Abandono a la pareja	No acudió a las visitas.
CASO 15	Tranquilidad	No acude a visitar al bebé durante el periodo que se encuentra internado.

### CATEGORÍAS DEL 3° EJE TEMÁTICO: RELACIÓN DE PAREJA

# CASO	APOYO AFECTIVO	COMUNICACIÓN	ECONOMICO
CASO 1	Distanciamiento durante el embarazo y nacimiento Indiferencia de él hacia su esposa. No se sintió apoyada emocionalmente.	No tenían comunicación porque él se alejó. 2 discusiones con esposo. No hablaba con la esposa pues manifestaba estar molesto por el embarazo.	No contó con el apoyo económico de su esposo. “poco presionada por lo económico”
CASO 2	“Me consentía y cuidaba, me ayudaba en todo” Acompañamiento por parte de la pareja.	La pareja se comunicaba para ponerse de acuerdo para el cuidado del hijo y tareas del hogar. Convivía con esposo diario.	Contó con el apoyo económico de su pareja.
CASO 3	Acompañamiento	Convivía más con el	“mi esposo fue el que

	<p>durante embarazo a citas médicas y a visitas del bebé internado.</p> <p>Se sintió apoyada por la pareja.</p>	<p>esposo y platicaban sobre el bebé.</p>	<p>pago todo, él trabajaba y fue juntando para las consultas y el parto”</p>
CASO 4	<p>No se sintió apoyada afectivamente por su pareja durante el embarazo.</p> <p>“No conté con el apoyo de mi marido por que el trabajo es muy variado”</p>	<p>No hablaba mucho con la pareja por que por cuestiones de trabajo no convivían mucho.</p>	<p>Si contó con el apoyo económico por parte de su pareja, sin embargo el área económica la mantuvo preocupada.</p>
CASO 5	<p>Se sintió apoyada afectivamente por la pareja</p> <p>“Conté con el apoyo de mi esposo ya que me cuidaba”</p>	<p>La pareja le daba ánimos y sus palabras la tranquilizaban.</p>	<p>Contó con el apoyo económico por parte de su pareja.</p> <p>“se encargaba de los gastos de la casa”</p>
CASO 6	<p>Se sintió apoyada afectivamente por la pareja ya que estuvo acompañándola a las citas médicas y en los temas relacionados al embarazo.</p>	<p>Había comunicación entre la pareja ya que se ponían de acuerdo en lo referente al embarazo.</p> <p>“Convivía más tiempo con mis amigas y esposo”.</p>	<p>Contó con apoyo económico de su pareja.</p>
CASO 7	<p>Contó con el apoyo</p>	<p>Reparto de tareas del</p>	<p>No contó con el</p>

	afectivo por parte de su pareja. “Él me cuidaba”	hogar.	apoyo económico de su pareja debido a que ésta se quedo sin empleo, lo cual la mantuvo tensa y preocupada.
CASO 8	Contó con el apoyo afectivo por parte de su pareja. “Tranquila” “Él me cuidaba”	“Convivía más con mis hijos y esposo” Discutía con la pareja por cuestiones de los otros hijos.	Contó con el apoyo económico por parte de su pareja sin embargo está área la mantuvo preocupada y por tal razón no dejó de trabajar si no hasta los 5 meses de embarazo.
CASO 9	Sentía que su esposo le tenía consideración por estar embarazada. “Nos llevamos bien”	Toma acuerdos con la pareja para las tareas del hogar. “Convivía más tiempo con mi esposo e hijo y tenemos discusiones ocasionales”.	Contó con el apoyo económico por parte de su pareja.
CASO 10	Contó con el apoyo afectivo de su pareja durante su embarazo, a pesar de que no convivía mucho tiempo con él.	Acuerdo de tareas del hogar. No convivía mucho con el esposo porque trabajaba.	Contó con el apoyo económico por parte de su pareja.
CASO 11	“él me apoya moralmente”	No vive con el esposo actualmente.	Contó con el apoyo económico por parte

	Acompañamiento		de su pareja.
CASO 12	Contó con el apoyo afectivo de su pareja ya que fue con quien más convivió durante el embarazo y se sentía acompañada.	“Él me daba un sermón que me tranquilizaba y me daba ánimos”. En ocasiones discutíamos porque sentía que él no estaba muy presente, a pesar de que él estaba conmigo todo el día.	No contó con el apoyo económico por parte de su pareja ya que estaba desempleado y quien ayudo en los gastos fue una cuñada.
CASO 13	Se sintió apoyada afectivamente por la pareja durante el embarazo” “sentía más apoyo moral”	Platicaban sobre el embarazo y el futuro bebé. “Convivía más tiempo con mi esposo e hijo” “tenía 100% el apoyo de mi marido”.	Conto con el apoyo económico de su pareja.
CASO 14	No contó con el apoyo afectivo por parte de su pareja ya que al enterarse del embarazo él la abandono y en la relación había violencia.	No hubo comunicación, debido a que el la abandono al enterarse del embarazo.	No contó con el apoyo económico por parte de su pareja
CASO 15	Se sentía apoyada afectivamente por su	Platicaba con la pareja pero él tenía	Contó con el apoyo económico de su

	pareja. “nos llevamos bien”	que salir a trabajar. Conviví más con mis padres y mi esposo.	pareja aunque no fue del 100%.
--	--------------------------------	---	-----------------------------------

CATEGORÍAS DEL 4° EJE TEMÁTICO: APEGO MADRE-HIJO

# CASO	APEGO DE TIPO SEGURO	APEGO DE TIPO INSEGURO EVITANTE	APEGO DE TIPO INSEGURO AMBIVALENTE	APEGO DE TIPO DESORGANIZADO
CASO 1			Inseguro Ambivalente	
CASO 2	Seguro			
CASO 3	Seguro			
CASO 4	Seguro			
CASO 5			Inseguro Ambivalente	
CASO 6	Seguro			
CASO 7	Seguro			
CASO 8	Seguro			
CASO 9	Seguro			
CASO	Seguro			

10				
CASO 11	Seguro			
CASO 12	Seguro			
CASO 13	Seguro			
CASO 14	Seguro			
CASO 15	Seguro			

**DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**CASO 1: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, cuarto hijo. Fecha de nacimiento: 20 de julio del 2010. Peso: 1,100g. Talla: 45cm., apgar: 8-9. Diagnóstico médico: Prematuro de madre con preeclampsia; hospitalizado por 31 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal y al parecer presento insuficiencia respiratoria.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

**CASO 2: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, cuarto hijo. Fecha de nacimiento: 25 de julio del 2010. Peso: 895g. Talla: 35cm., Apgar: 6-8 Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematurez, manifestada por peso y talla bajos; hospitalizado por 84 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin riesgos.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

**CASO 3: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo femenino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo a partir del 6° mes, Primer hija. Fecha de nacimiento: 9 de Agosto del 2010. Peso: 1,050g., talla: 41cm, apgar: 7-9. Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematurez, manifestado por peso y talla bajos; hospitalizado por 38 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por cesárea y al parecer internada por 24 horas.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

**CASO 4: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de alto riesgo, tercer hijo. Fecha de nacimiento: 6 de Agosto del 2010. Peso: 990g, talla: 35cm., apgar:6-8. Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematurez, manifestado por peso y talla bajos, con problema respiratorio; hospitalizado por 41 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, pequeño para la edad gestacional, obtenido por vía vaginal de un embarazo de riesgo, atendido por partera.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

**CASO 5: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo a partir del 6° mes, Primer hijo. Fecha de nacimiento: 12 de Julio del 2010. Peso: 950g, talla: 35cm., apgar: 7-8 Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematurez, manifestado por problemas respiratorios, peso y talla bajos; hospitalizado por 33 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de 8.5 meses, obtenido por cesárea al parecer por venir en posición incorrecta (atravesada) y de madre con preeclampsia.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

**CASO 6: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 6.8 meses, de sexo femenino, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo, Primer hija. Fecha

de nacimiento: 2 de Septiembre del 2010. Peso: 970g, talla: 36cm, apgar: 5-6. Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematuridad, manifestado por peso y talla bajos, Enfermedad por ruptura de membrana; hospitalizado por 38 días alimentada a través de sonda.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

Padre: Producto de término.

**CASO 7: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, tercer hijo. Fecha de nacimiento: 15 de Septiembre del 2010. Peso: 1,320g., talla: 42cm, apgar: 8-9. Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematuridad, manifestado por peso y talla bajos, más dificultad respiratoria leve; hospitalizado por 27 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones.

**CASO 8: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo femenino, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo, cuarto hijo. Fecha de nacimiento: 22 de Agosto del 2010. Peso: 1,160g., talla: 40cm, apgar: 8-9. Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematuridad, manifestado por peso y talla bajos, más dificultad respiratoria; hospitalizado por 25 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

Padre: Producto obtenido por vía vaginal, sin complicaciones de un embarazo sin riesgo, atendido por partera.

**CASO 9:** ANTECEDENTES DEL PRODUCTO: Prematuro de 6.7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, segundo hijo. Fecha de nacimiento: 24 de Septiembre del 2010. Peso: 960, talla: 35.5cm, apgar: 7-8. Diagnóstico médico: Prematuro, más enfermedad de ruptura de membrana y enfermedad respiratoria, por lo que permaneció con ventilador y en incubadora 45 días: hospitalizado por 65 días en total.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, sin complicaciones, de un embarazo sin riesgo.

Padre: no hay datos.

**CASO 10:** ANTECEDENTES DEL PRODUCTO: Prematuro de 7 meses, de sexo femenino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, segundo hijo. Fecha de nacimiento: 11 de Noviembre del 2010. Peso: 830g., talla: 35cm, apgar: 8. Diagnóstico médico: Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados a prematuridad, manifestado por peso y talla bajos; hospitalizado por 20 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

**CASO 11:** ANTECEDENTES DEL PRODUCTO: Prematuro de 7 meses, de sexo femenino, obtenido por cesárea, de un embarazo de alto riesgo, cuarto hijo. Fecha de nacimiento: 15 de Octubre del 2010. Peso: 1050g., talla: 37cm, apgar: 7-9. Diagnóstico médico: Prematuridad extrema de 28 semanas de gestación; hospitalizado por 45 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

**CASO 12: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo femenino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, segundo hijo. Fecha de nacimiento: 25 de Septiembre del 2010. Peso: 1,160g., talla: 39cm, apgar: 7-8. Diagnóstico médico: Prematurez y potencialmente infectado; hospitalizado por 23 días

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

Padre: Producto de término al parecer pequeño para la edad gestacional, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

**CASO 13: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 7 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, cuarto hijo. Fecha de nacimiento: 30 de Agosto del 2010. Peso: 1,170g., talla: 36cm, apgar: 7-8. Diagnóstico médico: prematurez más asfixia; hospitalizado por 18 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo, atendido por partera.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

**CASO 14: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 8.5 meses, de sexo femenino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo a partir del cuarto mes, gemelos primeros hijos. Fecha de nacimiento: 16 de Noviembre del 2010. Peso: 1,980g., talla: 46cm, apgar: 7-9. Diagnóstico médico: Peso y talla bajo al nacer; hospitalizado por 15 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgo.

Padre: No se tienen datos.

**CASO 15: ANTECEDENTES DEL PRODUCTO:** Prematuro de 8.5 meses, de sexo masculino, obtenido por cesárea, de un embarazo de riesgo, primer hijo. Fecha de nacimiento: 16 de Noviembre del 2010. Peso 1,950g., talla 48 cm, apgar: 8-9  
Diagnóstico médico: Peso y talla bajos; hospitalizado por 15 días.

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES:**

Madre: Producto de término, obtenido por vía vaginal de un embarazo sin riesgos.

Padre: Producto de término, obtenido por vía vaginal, de un embarazo sin riesgos.

## DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el 1<sup>er</sup>. eje, correspondiente al estado emocional de la madre durante el embarazo se obtuvo que:

En la mayoría de los casos predominó un estado emocional depresivo debido a que las emociones mayormente presentadas fueron el enojo y la tristeza (diez casos), seguidos de la preocupación (ocho casos), alegría (seis casos), miedo (cinco casos) y tensión (tres casos) las cuales causan sensaciones de displacer en las madres.

Respecto al estado de ánimo de la madre durante el embarazo y la vivencia de situaciones de alegría, se encontró que ocho de las madres refirieron no recordar haber vivenciado este tipo de situaciones, mientras que en cinco de las madres restantes la vivencia de estas situaciones se restringe al hecho de enterarse de su embarazo y en dos casos respecto a sus otros hijos. Caso 2 “cuando me entere que estaba embarazada”, Caso 7 “vivía situaciones de alegría con mis hijas porque se reían mucho”.

Lo encontrado está relacionado con lo señalado por Myra Leifer (1980) citada por (Hyde, J., 1991) quien obtuvo que no todas las mujeres embarazadas son maravillosamente felices, al igual que lo mencionado por (Navarro, R., 2007) cuando señala que “las reacciones emocionales varían en sintonía con las circunstancias alegres y gratas que nos rodean, lo mismo que con las presiones, preocupaciones o desgracias que experimentamos”.

Por otra parte catorce de las madres reportaron haber vivenciado durante su embarazo por lo menos una situación enfocada a: estrés, preocupación, desgracia o tensión Caso 7, “Durante mi embarazo estaba más nerviosa y preocupada por solventar lo económico porque mi esposo no tenía trabajo”, “C 14, En ocasiones cuando él se enojaban si me llegó a pegar e insultar”.

De igual manera la presencia de discusiones de la madre con un miembro de su familia, se presentó en un total de siete casos. Caso 4, “Tuve discusiones muy

fuerzas y feos con mi yerno, me decía cosas muy feas, que si quería competir con mi hija y cosas así que me hacían sentir mal”

A lo anterior se le agrega el hecho de que su hijo se quede hospitalizado por un tiempo indefinido y con horarios restringidos para verlo, lo cual es nuevamente una situación de incertidumbre y preocupación para la madre y como menciona (Rodríguez, D., Ruíz, A., & Ceriani, J., 2009), las situaciones frecuentes que se presentan en la familia son: Preocupación, ansiedad y temores de que el RN fallezca, en la madre, frustración y culpa por no haber continuado con el embarazo, adaptación a un medioambiente totalmente extraño donde se habla un lenguaje que les es desconocido, relación con múltiples personas que no conocen por problemas que no comprenden y una pérdida del control de su función de padres”. Y por lo anterior se puede suponer, como menciona (Cyrulnik, B., 2005) que “si las madres que han experimentado tensiones más prolongadas y no se han adaptado a esas presiones al nacer el hijo, es probable que las obligaciones de la crianza todavía contribuyan más a aumentar ese estado tenso. Si esto es lo que ocurre, entonces el ciclo de la tensión materna-fetal que se iniciara in útero se perpetuará en las primeras semanas y meses de trato entre madre e hijo, después del nacimiento”.

Al observar por primera vez a su hijo tres madres de las quince comentaron haber sentido tristeza y sentimientos encontrados al observar a su hijo y verlo tan pequeño, Caso 5, “Cuando nació mi bebé tenía sentimientos de tristeza porque estaba tan chiquito. Eran sentimientos encontrados y quería que mi bebé viviera”. Mientras que en los otros casos evadieron mencionar cual fue su vivencia ante la llegada del hijo prematuro. Ello puede corresponder a lo que (Gómez, A., 2002) refiere cuando describe que “El prematuro será separado de sus padres inmediatamente y se le colocará en una incubadora; cuanto más inmaduro sea, mas cables y tubos llevará, y su aspecto será más impactante, Ante esta situación es muy probable que los padres tengan sentimientos de duelo, culpa, rechazo y/o preocupación”. De igual manera corresponden a lo mencionado en los trabajos realizados por el equipo de psiquiatría infantil del Hospital de Valme (Sevilla)

cuyos datos muestran que: a cerca de la primera relación madre –hijo destaca el deseo de verlo en el paritorio (69%) y de abrazarlo y ponerlo al pecho en el curso de las 24 primeras horas (43% y 41% respectivamente). Frente a este deseo el ingreso en neonatología representa una brusca ruptura de esta primera relación. Por ello no es extraño que aparezcan sentimientos de angustia (59%) y miedo (72%), que se van a expresar como “miedo a perderlo” (77%) o no saber cuidarlo (28%) o temor a hacerle daño (19%). Esta situación hace que el sentimiento sobre el desarrollo de la función materna se exprese con una sensación de impotencia (84%) e inutilidad (30%), mientras que el sentimiento de rechazo hacia el RN sólo se presenta un 3% a pesar de las dificultades neonatales. (Doménech-Llaberia, & Jané, 1998).

En cuanto a las expectativas de nacimiento que las madres tenían para con sus hijos, destaca el hecho de que doce casos mencionaron el imaginarse a un bebé de término y sano, en dos casos mencionaron no tener ninguna expectativa y en un solo caso al ya contar con el conocimiento de que el hijo sería prematuro se mostró conforme. Lo cual se ve reafirmado por la idea de (Gómez, A., 2002), al mencionar que “cuando una pareja decide tener un hijo se imagina cogiendo en brazos a su bebé a término, sano activo que de inmediato se incorporará a la familia”. Sin embargo como en estos casos ocurrió el hecho de tener hijos prematuros rompe con esas expectativas que los padres han formado de manera conjunta o separada, “Estas expectativas se ven truncadas bruscamente si el bebé nace antes de tiempo” (Gómez, A., 2002).

En lo concerniente a la reacción que la madre presentó al enterarse de su embarazo, nueve madres manifestaron un sentimiento de alegría, tres madres ambivalencia, dos más rechazo y una tranquilidad.

De acuerdo a las visitas que las madres realizan a sus hijos en el hospital, se obtuvo que dos de ellas realizan 4 visitas al día, seis más realizan 3 visitas y el resto realiza entre 1 a 3 visitas. (Rodríguez, D., Ruíz, A., & Ceriani, J., 2009) Describen que ya que se cree que el cuidado del recién nacido es exclusivo de profesionales da paso a las rígidas normas hospitalarias donde la palabra “no”

aparece en todos los lugares y un ejemplo son los horarios estrictos para ingresar en la unidad los cuales provocan que los padres se sometan a un régimen inadecuado que les impide el establecimiento de una buena relación.

En lo referente al **2° eje**, el estado emocional del padre ante el embarazo se obtuvo que:

El tipo de respuesta que presentó la pareja ante el embarazo de la esposa se identificó que en su mayoría mostraron sentimientos de alegría, ya que nueve padres mostraron alegría, cuatro más mostraron interés y alegría mientras que dos padres se mostraron indiferentes. “Caso 5, El se puso contento ya que él quería un bebé desde tiempo antes”, “Caso 1, él se mostro serio e indiferente”.

De acuerdo a las visitas que los padres realizan a sus hijos se obtuvo, que siete de ellos si realizan estas visitas las cuales van desde una diaria hasta tres veces por día; mientras que los otros ocho padres no acuden a visitar a sus hijos. (Stoppard, & Durrell, 2000) mencionan que “no existe mayor ayuda para la mujer embarazada que el interés y la simpatía de su pareja y no hay mejor trato para el bebé que el de un padre activo y amoroso”

En lo concerniente al **3<sup>er</sup> eje** que presenta la relación de pareja se encontró:

En la relación de pareja antes del embarazo nueve mujeres la clasificaron como buena, tres mujeres más la clasificaron como una relación con problemas y discusiones, dos mujeres más la clasificaron como normal, mientras que una mujer la clasificó como una relación violenta. “Caso 3, antes del embarazo la relación era buena, ya que no teníamos pleitos de ningún tipo”, “caso 7, Antes del embarazo teníamos varios problemitas en la relación”

En la relación de pareja durante el embarazo se obtuvieron los datos siguientes, la mayoría de las madres refirieron contar con el apoyo afectivo de su pareja y

sentirse acompañadas mientras que tres de ella mencionaron sentirse sin el apoyo emocional de la pareja y un afecto distante; (Carambula, P., 2010) menciona que el rol del padre es fundamental tanto durante el embarazo, como en el parto y postparto, el compañerismo es muy importante y de gran apoyo para la madre tanto, en lo que a las tareas del hogar y cuidado del bebé como en lo emocional. (Caffelli, P., 2010) por su parte, describe que el hombre debe entender que también su presencia e interacción durante y después de la gestación es importante, no sólo por el hecho de ser el “padre” sino de ser “pareja”. De igual manera la mayoría de las mujeres refirió tener comunicación con su pareja para tomar acuerdos sobre el embarazo y las tareas del hogar mientras que en el caso de tres de ellas refirieron no tener comunicación oral con la pareja debido al distanciamiento de ésta. En el factor económico de igual manera la mayoría de las mujeres contó con el apoyo económico de su pareja mientras que cuatro de ellas no tuvieron este apoyo por parte de su pareja. Sin embargo el tema referente al área económica causaba preocupación en la mayoría de las mujeres.

Como menciona (Doménech-Llaberia, & Jané, 1998) “se atribuye al padre la función de delegador en la madre (en todo lo que afecta al tema de la “educación”) mientras que a él se atribuye el papel de padre proveedor, porque es el responsable de conseguir los recursos económicos necesarios para el hogar, a pesar de algunos cambios en la actualidad”

Al integrarse un nuevo miembro a la familia, es normal como menciona (Marcone, M., & Mattiot, N., 2002) “que la relación entre los dos futuros padres sufran variaciones a partir del momento en que el feto está en el útero”. Lo cual se ve reafirmado por (Duque, H., 2005), quien hace referencia a que “El embarazo es un periodo de crisis, (entendido como un periodo de crecimiento) debido a los rápidos cambios físicos, estados emocionales fluctuantes y la necesidad de adquirir nuevas identidades para los esposos” por lo que algunos factores como la economía la cual causaba en algunas mujeres preocupación podría tomarse como un factor influyente en el trato hacia la pareja.

En cuanto al **4° eje**, referente al apego entre madre-hijo se encontró lo siguiente:

Durante la observación se encontró que la mayoría de los bebés mantienen contacto visual con la madre, y poco menos de la mitad se muestran evitantes al contacto visual con la madre; mientras que en el caso de las madres estas se mantuvieron a la par entre un intercambio visual con su hijo y una tendencia intrusiva. (Chamberlain, D., 2002) refiere que en la mirada y el contacto del bebé, hay un vital poder que activa los sentimientos y la capacidad necesaria para ser una buena madre.

En la mayoría los bebés tienden a no comunicarse o hacerlo de forma esporádica mediante vocalizaciones, con la madre; en cambio la mayoría de las madres mostraron una tendencia a comentar cosas al niño, respetando de modo pausado los silencios. El bebé necesita oír la voz de su madre, aprender los ciclos del sueño y reconocer los olores corporales y expresiones faciales de ésta, ya que necesita saber que ella se encuentra bien, refiere (Chamberlain, D., 2002).

Los bebés en su mayoría tienden hacia un contacto ocasional con la madre y responder los de ella; al igual que las madres quienes en su mayoría tienden al contacto físico.

La mayoría de los bebés mostro una tendencia a evitar tocar a la madre en situaciones donde él se siente incomodo, el resto nunca evita ser tocado; en cambio las madres la mayoría se ubico en una tendencia a nunca evitar ser tocada por el bebé.

Los bebés en su mayoría se amoldaban en los brazos de la madre al ser cargados y descansaban; mientras que las madres en su mayoría mostraron una tendencia normal a tomar al bebé de forma cálida, contenedora protectora y generando seguridad en el bebé amoldándose a él.

La mayoría de los bebés pasan por estados de placer y displacer dependiendo de la situación, se muestra cómodo y tranquilo pero si algo le molesta lo expresa libremente a través del llanto, respecto a lo anterior (Chamberlain, D., 2002) refiere

que la emoción, es un lenguaje para cualquier edad y se refleja en el rostro del recién nacido que expresa felicidad, sorpresa, tristeza, miedo, rabia, disgusto, interés e inquietud. Mientras que las madres en su mayoría se mostraban cómodas, pero podían ponerse más ansiosas con el estrés del bebé.

La mayoría de los bebés muestran una tendencia a verse afectados por el alejamiento de la madre y por ende mostrar conductas de buscarla con la mirada hacia ella, en general se observa que el bebé siente el alejamiento de la madre y hace cosas para recuperar la cercanía; y la mayoría de las madres muestran una tendencia a estar constantemente o intermitentemente en cercanía con el bebé buscando tenerlo cerca siempre o casi siempre. A lo que (Chamberlain, D., 2002) refiere que el separar a un recién nacido de su madre le causa tanto una carencia física como un sufrimiento emocional, puesto que la relación entre madre e hijo es mutua.

La mayoría de las madres mostraron una tendencia de interés a interpretar, percibir y responder apropiadamente a las señales o demandas del bebé, lo cual es apoyado por Malatesta citado por (Reyes, N., & Cols., 2000) quien señala el hecho de que las madres generalmente resultan eficientes en “leer” las expresiones emocionales de sus bebés, y las madres sensibles muestran una clara tendencia y aptitud para sintonizar sus propias respuestas afectivas y modular el estado emocional del bebé, (Chamberlain, D., 2002) refiere que el sonido de los llantos tiene claramente un significado y un carácter y las madres siempre han aprendido a interpretar el llanto de los bebés y a distinguir el de su hijo del resto. De igual manera (Reyes, N., & cols., 2000) refiere que la progenitora desde su función de Reviere (Bion , 1967) y actitud continente trata de atender, interpretar, otorgar un significado al malestar y utilizar diversas vías de comunicación preverbal dirigidas a probar diversas tentativas para el malestar, ensayan diversas conductas hasta lograr contener la emoción desagradable de esta manera le devuelve una respuesta procesada, atinada o metabolizada a una sensación que producía una emoción primaria de carácter displacentero, permitiendo así la devolución de la experiencia de angustia por tranquilidad,

frustración por satisfacción, incomodidad por comodidad. De esta manera el lactante va adquiriendo otro sentido de sus emociones y sus sensaciones y les puede adjudicar un valor comprensible a sus experiencias internas.

En referencia a los ejes anteriormente mencionados (mirada, vocalización, tocando, evitación, afecto, proximidad y sensibilidad) dando como resultado el apego madre-hijo se obtuvo que en la mayoría de los casos (doce casos) el apego madre hijo se puede clasificar dentro de un estilo de Apego Seguro, Desde el punto de vista de la escala ADS (Apego Durante Stress), indicadores de un apego seguro implican una relación en donde madre y bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación y se amoldan en momentos de reunión.

Dos casos se clasifica dentro de un Estilo de Apego Inseguro Ambivalente, el cual desde el punto de vista de la escala ADS (Apego Durante Stress), los indicadores de un apego inseguro ambivalente implican una relación en donde madre y bebé no pueden dejar de establecer contacto visual, físico y las vocalizaciones, mostrando un aferramiento entre ellos. Se expresa tendencia hacia una relación ansiosa, aferrada, intensa, o una clara dificultad de ambos para manejar las situaciones de estrés.

Y un caso más se ubica en un Estilo de Apego Inseguro Evitante, el cual describe la escala ADS como la relación en la cual la madre suele tener un tono afectivo inadecuado, expresado en forma de indiferencia y frialdad en la cual la madre evita el apego o lo hace de manera mecánica.

Sin embargo se observa que en los aspectos en que se ve afectado la formación del vínculo, se debe principalmente al estado y el área en que se encuentra el bebé, ya que como refiere (Doménech-Llaberia, E. & Jané, C., 1998), en los padres con hijos hospitalizados precozmente se muestra que el ingreso en la unidad neonatal representa la separación brusca del entorno, el aislamiento y la distancia entre el bebé y sus padres ya que entre ellos se encuentra la incubadora,

los cristales, la inmovilidad relativa y/o efectiva con las técnicas de sujeción entre otros; que hacen que los estímulos y las respuestas sean francamente diferentes. Lo cual causa en los bebés trastorno de los procesos de vinculación y apego, trastorno a nivel de la percepción de la estimulación y trastorno de temperamento. Mientras que en los padres de igual manera se dan trastornos de los procesos de vinculación y apego, y duelo narcisista. Por lo cual como refiere (Cifuentes, J., & Ventura-Juncá, P., 2002) es necesario estimular y facilitar el contacto dentro de las unidades de cuidados intensivos neonatales lo cual es relevante para el prematuro que estará hospitalizado por periodos largos, ya que de no ser así el vínculo podría sufrir cambios.

En conclusión a lo anterior, al parecer el estado emocional de la madre durante el embarazo influyó para el nacimiento prematuro del bebé, ya que como el autor (Odent, M., 2010) refiere “sea cual sea el aspecto de la infelicidad en la que la mujer se encuentre (tristeza, duelo, ansiedad, preocupación, estrés...) el nivel de cortisol es más alto que si se siente feliz, y hoy se sabe a ciencia cierta que el cortisol es un inhibidor del crecimiento fetal, y en concreto del desarrollo cerebral”. Y de igual manera el autor concluye que de acuerdo a la base de datos Primal Health Research que él ha creado “El estado emocional de la madre embarazada tiene una mayor influencia a largo plazo sobre el niño que su estado emocional durante el primer año de vida del pequeño”.

#### CAPITULO IV. CONCLUSIONES:

- I. Durante el embarazo se presentaron reacciones depresivas como tristeza, preocupación, tensión, entre otras.
- II. La mayoría de las mujeres vivió con “tensión” el embarazo siendo el factor más significativo el económico.
- III. Al nacimiento del hijo prematuro los síntomas manifiestos predominantes fueron reacciones depresivas, tristeza, ansiedad, llanto, desvalorización, baja estima, desesperanza y culpa.
- IV. La culpa manifestada por la madre, fue hacia sí misma y no hacia los demás o a la pareja.
- V. Mostraron apego intenso hacia el profesional de la salud.
- VI. Las expectativas de estas mujeres durante el embarazo fueron altas, poniendo de manifiesto el mecanismo de la negación ya que refieren que sus productos nacerían con alto peso, sin dificultades médicas y siendo saludables, y en realidad nacieron con bajo peso y en algunos casos con otras complicaciones médicas por lo que dichas expectativas son prácticamente anuladas al nacer el hijo prematuro.
- VII. Durante el embarazo en la mitad de los casos se hicieron manifiestas las reacciones conflictivas con la pareja, anteponiendo el motivo manifiesto y no el relacional.
- VIII. Al momento de las entrevistas con la madre se observó la comunicación de tipo paradójica predominando esta sobre la digital, haciéndose notar la ambivalencia en sus respuestas (alegría-enojo, alegría-tristeza).
- IX. En la mayoría de los casos la actitud de la madre para con su hijo fue de sobreprotección, mientras que la del padre fue de distancia afectiva centrándose más en ser instrumental.
- X. A nivel institucional, los programas van dirigidos hacia la atención médica especializada, más contemplan poco los aspectos psicológicos específicamente encaminados a integrar los vínculos emocionales entre los integrantes de familias en las que existía riesgo o se presente el nacimiento

de un hijo prematuro y se deja de lado el resultado que ello conlleva en el futuro desarrollo del prematuro.

- XI. El apego que establecen las madres con un neonato prematuro es un apego seguro mostrado en 12 casos, siendo en 2 casos un apego de tipo inseguro ambivalente y en 1 caso un apego de tipo inseguro evitativo.
- XII. Al parecer el estado emocional de la madre durante el embarazo influyó para el nacimiento prematuro del bebé.

El obtener estas conclusiones resulta útil para realizar un análisis a la importancia de la información brindada a las parejas para la espera de sus hijos, por lo cual es importante crear programas de educación perinatal dirigida a la pareja, y realizar una revisión en el trato y calidad humana brindada por los “profesionales” de la salud.

Para el cierre de las conclusiones me gustaría compartir la experiencia que me proporcionó realizar este trabajo; ya que fue muy enriquecedor tanto intelectualmente como emocionalmente, debido al hecho de revisar teoría y experiencias de vida tanto de las madres como de sus bebés recién nacidos, me dio la oportunidad de reconocer mis propias áreas de trabajo terapéutico no resueltas, y valorar experiencias de vida en mi propio nacimiento.

## LIMITACIONES

Las limitaciones que se presentaron para dicha investigación fueron las siguientes:

- Dificultades en los horarios establecidos por la institución (la mayoría foráneos)
- Aspectos normativos y lineamientos de la institución. (Espacio de observación corto de acuerdo al reglamento interno del hospital y no contar con acceso a historia clínica del infante).

## RECOMENDACIONES

Creación de un programa de educación prenatal en el cual se contemple lo siguiente:

- Brindar información a madres embarazadas sobre cómo llevar su embarazo, utilizando un lenguaje común (no técnico) comunicándole los beneficios para así promover su tranquilidad.
- Fomentar la preparación para el parto involucrando al padre lo cual brinda tanto seguridad a la madre como al bebé, para así prevenir el embarazo prematuro del bebé.
- Realizar intervención durante el embarazo para ayudar a la madre a manejar sus emociones y estas no adelanten el parto, logrando así nacimientos de término.

Diseño de un modelo de atención integral al neonato prematuro en el cual se contemple lo siguiente:

- Talleres de sensibilización dirigidos a los profesionales de la salud.
- Talleres dirigidos a los padres sobre cómo tratar a sus bebés prematuros.
- En la literatura revisada se describe que la música clásica favorece la recuperación de los pacientes, por lo que se propone utilizarla en el área de neonatos.
- Promover el uso de técnicas que fomenten el apego entre padres- hijo.
- Proporcionar a los padres de familia, así como a interventores del área de la salud infantil (pediatras, psiquiatras infantiles y psicólogos infantiles), información psicológica con el fin de facilitar y ayudar al desarrollo y crecimiento sano del bebé. Por lo que el abordaje debe ser de tipo multidisciplinario.

**REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

- 1) Alvarez, A. (16 de Enero de 2011). Crecen Nacimientos de Bebés Prematuros. *La Voz de Michoacán* .
- 2) Ashworth, M. C. (10 de 2000). *Kalathos*. Recuperado el 10 de 06 de 2011, de Kalathos:  
<http://www.kalathos.com/oct2000/psicologia/ashworth/ashworth.html>
- 3) Bonilla, M., & García, G., (2002), *La perspectiva en el que hacer social*. México: CADEC.
- 4) Brazelton, T. (1991). El nacimiento del vínculo Emocional. En T. Brazelton, A. Bergman, & J. Simo, *El nacimiento Emocional del Niño* (págs. 35-78). México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
- 5) Brozanski, B. y Bogen D. (2009). Neonatología. En Zitelli B. y Davis H., *Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría*. Barcelona: ELSEVIER.
- 6) Caffelli, P.(2010). El rol del papá en el embarazo. *Bellezas Latinas*. Recuperado el 22 de 08 de 2011 de Bellezas latinas  
<http://bellezaslatinas.com/ser-padres/rol-padre-embarazo>.
- 7) Campbell, D. (1998). *El efecto Mozart*. México: URANO.
- 8) Campos, V., Mercado, J., & Games, J. (2006). Factores de riesgo en el desarrollo del niño y resiliencia I. En Games. J., & Troconis. G., *Introduccion a la pediatría* (págs. 53-57). México: Méndez Editores.
- 9) Carambula, P. (2010). Miedos y Emociones de ser Padre. *Bellezas Latinas* . Recuperado el 22 de 08 de 2011 de Bellezas Latinas  
<http://bellezaslatinas.com/ser-padres/miedos-y-emociones-de-ser-padre>
- 10)Chamberlain, D. (2002). *La mente del bebé recién nacido*. España: OB STARE.

- 11) Cifuentes, J. R., & Ventura-Juncá, P. (22 de 08 de 2002). *Escuela de Medicina, pontificia Universidad Católica de Chile*. Recuperado el 20 de 12 de 2010, de Escuela de Medicina, pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNConcep.html>
- 12) Cyrulnik, B. (2008). *Bajo el signo del vínculo*. España: Gedisa.
- 13) De Chavarria, A. (2004). La Familia. En A. De Chavarria, *Derecho sobre la familia y el niño* (pág. 17). San José, Costa Rica: UNED.
- 14) Duque, H. (2005). Ayudemos a nuestros hijos a vivir las diferentes etapas del ciclo vital humano. En R.S. Hernando Duque Yepes, *25 Temas sobre la educación de los hijos* (págs. 87-94). Bogotá-Colombia: San Pablo.
- 15) Doménech-Llaberia, E., & Jané, C. (1998). La interacción Precoz. En E. Doménech-Llaberia, & C. Jané, *Actualizaciones en Psicopatología Infantil II (De cero a seis años)* (págs. 15-100). Barcelona: servei de Publicacions.
- 16) Esteinou, R. (2006). Desafíos y fortalezas de la familia. En R. Esteinou, *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de America y México* (págs. 54-68). México: CIESAS.
- 17) Estrada, L. (2002). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Grijalbo.
- 18) Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: SPAXS. S.A.
- 19) Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. México D.F.: Siglo Veintiuno.
- 20) Gallego, S. (2006). *Un mundo de construcciones simbólicas y relacionales*. Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- 21) Gallegos M., Maldonado S. Medina M. Robledo, A. & Aguilar, A. (3 de Agosto de 2010). Nacimientos, Sigue con alto registro en el Hospital

General. Contacto Hoy, pág. 4. [versión electrónica]  
<http://www.contactohoy.com.mx/newchoy/hemeroteca/pdfs/030810.pdf>

- 22) Goleman, D. (1998). *La Inteligencia Emocional*. México: Javier Vergara.
- 23) Gomella, T. L., Cunningham, M. D., & Eyal., F. G. (2009). Manejo del recién nacido de peso de nacimiento extremadamente bajo durante la primera semana de vida. En T. L. Gomella, M. Cunningham, & F. G. Eyal., *neonatología* (págs. 132-134). Buenos Aires, Argentina: panamericana.
- 24) Gómez, A. (Invierno de 2002). El método de la "madre canguro". *OB STARE El mundo de la maternidad*, 23-27.
- 25) Heidi M, M., Eisenberg, A., & Hathaway, S. H. (2005). *Qué esperar cuando se está esperando*. Colombia: norma.
- 26) Hernández, R., Fernández, C., Baptista P. (2003). Metodología de la investigación. México. D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- 27) Higuera, A., Segarra, R., & Sáenz, M. (2007). Psicopatología de la Afectividad. En I. Eguíluz, & R. Segarra, *Introducción a la Psicopatología* (págs. 161-207). México: Ars Medica.
- 28) Holmes, J. (2009). Teoría del apego y psicoterapia. España: DESCLÉE DE BROUWE.
- 29) Hyde, J. (1991). El embarazo y el Parto. En J. Hyde, *Psicología de la mujer la otra mitad de la experiencia humana* (págs. 269-271). Madrid: Morata.
- 30) Lartigue, T. y. (1994). vínculo materno-infantil durante el embarazo. En T. y. Lartigue, *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo*. México: Universidad Ibero Americana A.C.
- 31) Lecannelier, F. (2007). Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego. Disponible en <http://www.google.com.mx/url?q=http://ebookbrowse.com/adjunto-0-12122007071438manual-massie-campbell-2007-1-pdf->

d44607103&sa=U&ei=Pb3OTuzWGrCosAKZ-  
f27Dg&ved=0CBEQFjAB&usg=AFQjCNG9gwwahD7EJjJ9JMIrzzzCLdcOH  
Q

- 32) León, G. (2007). Se Incrementa el Índice de Nacimientos Prematuros. [versión electrónica]. La Jornada. <http://www.jornada.unam.mx/2007/10/02/index.php?section=sociedad&articulo=043n1soc>
- 33) López, I., & León, A. (1997). Desarrollo Prenatal. En E. Dallal, *Caminos del desarrollo psicológico: Volumen I, De lo prenatal al primer año de vida* (págs. 34-36). México: Plaza y Valdez.
- 34) López, I., & León, A. (1990). Las representaciones mentales de los padres: su papel en el desarrollo psicológico del niño. la trasmision de características específicamente humanas. En L. Estrada, & J. L. Salinas, *La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: Del individuo a la familia* (págs. 11-37). México: Hispánicas.
- 35) Lowen, A. (2006). *Bioenergética*. México, D.F.: Diana.
- 36) Luján, S. (2009). Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* , 234-243.
- 37) McCarty, W. (2008). La conciencia del bebé antes de nacer. México.: Pax México.
- 38) Maldonado, M., Lecannelier, F., & Lartigue, T. (Enero- Marzo de 2008). Aspectos Evolutivos de la Relación Madre-Bebé. *Imbiomed*. Recuperado el 17 de Septiembre de 2008, de Imbiomed: [www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com)
- 39) Marcone, M., & Mattiot, N. (2002). *Diario del embarazo*. Barcelona: Editorial de Vecchi.

- 40) Millán, M. Á., & Serrano, S. (2002). Capítulo 5. Modelo sistémico. En M. Á. Millán, & S. Serrano, *Psicología y Familia* (págs. 253-267). Madrid, España: Caritas.
- 41) Navarro, R. (2007). La Emociones Humanas y La Inteligencia Emocional. En R. Navarro, *Psicoenergética* (págs. 75-87). México: PAX MEXICO.
- 42) Nazaret, J., & Ramírez, R. (2002). Neonatología. En J. N. H., & R. R. F., *Neonatología*. Santiago de Chile: Universitaria.
- 43)\* Nelson, W., Behrman, R., Kliegman, R., & Jenson, H. (2006). Capítulo 9. El recién nacido. En W. Nelson, R. Behrman, R. Kliegman, & H. Jenson, *Nelson. Tratado de Pediatría* (págs. 30-31). Madrid: Elsevier.
- 44) Newman, B. & Newman P. (1985). *Manual de Psicología Infantil*. México: Ciencia y Técnica, S.A.
- 45) Odent, M., (2010). La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. España: OB STARE.
- 46) Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. D. (2005). Desarrollo físico durante los tres primeros años. En D. E. Papalia, S. Wendkos, & R. D. Duskin, *Desarrollo Humano* (págs. 116-159). México: McGraw-Hill.
- 47) Reyes, N., Molina, S., Labarthe, E., & Campos, C. (2000). Experiencia de Contención y Regulación Afectiva en el Primer Encuentro Madre-Bebé. En *Observación de Bebés* (págs. 75-93). México D.F.: Plaza y Valdés.
- 48) Rivaud, F. (2010). El desarrollo de la memoria en los niños. *bbmundo revista* , 62-66.
- 49) Rodríguez, D., Ruíz, A., & Ceriani, J. (2009). Cap. 19 Cuidado de los padres de los recién nacidos prematuros. En J. M. Ceriani, *Neonatología Práctica* (págs. 262-266). Buenos Aires : Medica Panamericana.
- 50) Romero, E., (2007). Aumentan nacimientos prematuros en Mexico: Ssa. *Revista Opción*. Disponible en:

<http://www.revistaopcion.com/2007/10/01/aumentan-nacimientos-prematuros-en-mexico-ssa/>

- 51) Sadurní, M., Rostán, C., & Serrat, E. (2003). *El desarrollo de los niños paso a paso*. Barcelona: Editorial UOC.
- 52) Santoyo, A. (2002). El entorno familiar de la mujer de mediana edad en morelia. Tesis de Maestría. Morelia Michoacán.
- 53) Satir, V. (2002). Introducción . En V. Satir, *Nuevas Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar* (págs. 15-22). México: PAX MÉXICO.
- 54) Stoppard, M., & Durrell, N. (2000). Introducción. En M. Stoppard, & N. Durrell, *Nuevo Libro Del Embarazo Y Nacimiento* (págs. 6-10). Bogotá, Colombia: Norma.
- 55) Strauss, A. & Corbin, J (1990). Basics of qualitative research. Newbury: park, CA. sage.
- 56) Tobi, V. (2007). Capitulo 3: Cuando las emociones se desbaratan. En V. Tobi, *El embarazo Transformador: un programa de preparación para la pareja gestante* (págs. 125-169). Buenos Aires: Paidós.

## **ANEXOS**

**A) FORMATO DE OBSERVACIÓN EN BEBÉS BASADO EN “LA ESCALA DE APEGO DURANTE EL ESTRÉS ADS”.**

**Datos de identificación:**

**No. De Cunero:**

**Sexo:**

**MIRADA DEL BEBÉ**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre, son miradas breves.	Ocasionalmente mira la cara de la madre	Frecuentes miradas alternando entre largas y cortas.	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo.	C.N.O.

**MIRADA DE LA MADRE:**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Siempre evita la cara del bebé.	Rara vez mira al bebé a la cara.	Ocasionalmente mira al bebé a la cara.	Frecuentes miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la cara del bebé.	C.N.O.

**VOCALIZACIÓN DEL BEBÉ**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Callado nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente Vocaliza, llanto breve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso, incontrolable la mayoría del tiempo.	C.N.O.

**VOCALIZACIÓN DE LA MADRE**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla, murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	C.N.O.

**TOCAR DEL BEBÉ**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Nunca toca o tiende a la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende a la madre y la toca con frecuencia.	Si está cerca siempre toca a la madre.	C.N.O.

**TOCAR DE LA MADRE**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Nunca toca o tiende al bebé.	Rara vez toca al bebé.	Ocasionalmente toca al bebé.	Con frecuencia tiende al bebé y lo toca.	Si el bebé está cerca siempre lo toca.	C.N.O.

**EVITACIÓN DE TOCAMIENTO DEL BEBÉ**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Ocasionalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita ser tocado por la madre.	C.N.O.

**EVATACIÓN DE TOCAMIENTO DE LA MADRE**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Siempre evita ser tocada por el bebé.	Frecuentemente evita ser tocada por el bebé.	Ocasionalmente evita ser tocada por el bebé.	Rara vez evita ser tocada por el bebé.	Nunca evita ser tocada por el bebé.	C.N.O.

**SOSTENIDO DEL BEBÉ**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Se resiste violentamente, se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en brazos de la madre.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en el hombro.	Moldea su cuerpo al de la madre y rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre y nunca la evita.	C.N.O.

**SOSTENIDO DE LA MADRE**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Rechaza al bebé alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al bebé sobres su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el bebé y lo sostiene amoldando su cuerpo.	C.N.O.

### AFECTO DEL BEBÉ

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Siempre esta intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional, en general sonríe.	Siempre sonríe, feliz.	C.N.O.

### AFECTO DE LA MADRE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Siempre esta intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa y apática.	Ansiedad moderada intermitentemente y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional, en general sonríe.	Siempre sonríe, feliz.	C.N.O.

### PROXIMIDAD O CERCANÍA DEL BEBÉ

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Nunca sigue a la madre con el cuerpo o mirada, se aleja.	Frecuentemente sigue a la madre con el cuerpo o mirada, con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o la mirada.	C.N.O.

**PROXIMIDAD O CERCANÍA DE LA MADRE**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del bebé.	Contacto físico frecuentemente con el bebé.	Siempre en contacto físico con el bebé.	C.N.O.

**SENSIBILIDAD MATERNA**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(X)
Incapacidad y desinterés en detectar señales de estrés en el bebé.	Poca capacidad de interés y detección de señales de estrés.	Ocasionalmente muestra interés y capacidad para detectar señales de estrés.	Frecuente interés y capacidad para detectar señales de estrés.	Muy buena capacidad de detectar señales de estrés y positivas de los bebés.	C.N.O.

**B) PROTOCOLO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD CON LA MADRE****FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha de nacimiento:

Días Internado:

No.de hijo:

Sexo:

No. de cunero:

**TIPO DE EMBARAZO:**

RIESGO

NORMAL

**TIPO DE PARTO:**

CESARIA

VAGINAL

**DATOS MÉDICOS:**

Apgar:

Talla:

Peso:

DX:

- 1.- ¿Cómo era la relación con su marido antes de su embarazo?
- 2.- ¿Cuándo se dio cuenta de que estaba embarazada?
- 3.- ¿Cuál fue su reacción al saber de su embarazo?
- 4.- ¿Cuál fue la reacción de su pareja al saber de su embarazo?
- 5.- ¿Cuál fue el significado de su embarazo?
- 6.- ¿Fue un embarazo planeado?
- 7.- ¿Fue un embarazo deseado?
- 8.- ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante su embarazo?
- 9.- ¿Durante su embarazo contó con el apoyo de su pareja?
- 10.- ¿Con quienes convivía durante su embarazo?

11.- ¿Cuáles fueron las situaciones de tensión, preocupación o desgracia que vivencio durante su embarazo?

12.- ¿Cuáles fueron situaciones de alegría durante su embarazo?

13.- ¿Cómo vivencio emocionalmente el último trimestre de su embarazo?

14.- ¿Cuáles fueron sus expectativas en cuanto al parto?

15.- ¿Cuáles fueron sus emociones ante el nacimiento del neonato prematuro?

16.- Datos de nacimiento de los padres.