

Maternaje y relación temprana madre- bebé en una muestra de madres primerizas latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami por Mónica Viviana Vizental

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin obra derivadas - 4.0 Internacional.



Departamento de Psicología

**Facultad de Ciencias Sociales de la
Universidad de Palermo**

**Maternaje y relación temprana
madre-bebé
en una muestra de madres primerizas latinoamericanas
residentes en la ciudad de Miami**

Tesis Doctoral presentada a la Universidad de Palermo

Autora: Monica Vizental
Directora de Tesis: Dra. Alicia Oiberman

Buenos Aires, Noviembre 2012

A mis hijos, Fiorella, Estefania y José
quienes me enseñaron el significado del verbo materner

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a la directora de esta tesis, la Doctora Alicia Oiberman, Docente de Doctorado de la Universidad de Palermo y del Departamento de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, por su constante apoyo, guía y completa disponibilidad. A la Doctora Maria Soledad Santos por su generosa asistencia en el área de estadística.

A la Doctora Maite Schenker, Directora del Programa de Salud Mental Infantil (Infant Mental Health) del Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.), por su apoyo y colaboración. A la Doctora Gina Morgan Smith, Directora del Programa Conexión para la Salud (Health Connect) del Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.), por permitirme acceder al servicio y realizar el estudio. A las asistentes maternas del Programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years).

Mi gratitud al Doctor Leonard Hochman, maestro y mentor, por su enseñanza, coherencia y pasión de transmitir.

Finalmente a todas las madres que participaron en esta investigación, por permitirme explorar y entrometerme en sus vivencias más íntimas en un momento de tanta importancia para sus vidas y las de sus bebés.

Doctoranda Monica Vizental

Miami, Noviembre de 2012

Maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de madres primerizas inmigrantes latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami.

Índice	Página
Introducción	1
Objetivos	4
Parte I. Marco Teórico	
Capítulo 1	
Embarazo y Maternidad Como Experiencia Transformadora	11
1. Embarazo y Maternidad como Experiencia Biológica.	12
2. Embarazo y Maternidad como Experiencia Psicobiológica.	18
3. Embarazo y Maternidad como Experiencia Psíquica.	20
4. Embarazo y Maternidad como Crisis del Desarrollo.	23
5. Embarazo y Maternidad como Experiencia Económica, Social, y Cultural.	25
Capítulo 2	
Maternaje	33

1. Ambivalencia Materna.	35
2. El Primer Embarazo.	41
2.1. El Primer Embarazo Como Proceso de Separación-Individuación	44
3. Deseo Materno.	48
4. Adaptación al Embarazo.	54
5. Ansiedades Específicas del Embarazo.	64
6. Relación con la Pareja Padre del Bebé.	69
7. Relación con la Madre.	74
7.1. De Hija de mi Madre a Madre de mi Hijo.	76
8. Un Estado Emocional entre Fantasía y Realidad.	80
9. Un Particular Estado Psíquico de la Madre.	82
9.1. Preocupación Maternal Primaria: Un Estado Especial.	83
9.2. La Constelación Materna: Una Nueva Organización Psíquica.	85
Capítulo 3.	
Mundo Representacional Materno y Vínculo Temprano	88
1. Consideraciones Teóricas.	88
1.1. Origen de las Representaciones.	89
1.2. Referentes de las Representaciones.	92
2. Representaciones Maternas e Interacción Mamá-Bebé.	95
2.1. Representaciones Maternas Prenatales y Postnatales.	96

3. Evaluación de las Representaciones Maternas.	100
3.1 Técnicas de Evaluación de las Representaciones Maternas.	106

Capítulo 4

La Interacción Diádica	110
1. Inicio de los Estudios de la Interacción. Breve Reseña	110
2. Relación Temprana e Interacción Mamá-Bebé	113
2.1. La Díada en Interacción.	116
2.2. El Andamiaje Regulatorio	118
2.2.1. La Sensibilidad Materna	119
2.2.2. La Regulación Afectiva	121
2.2.3. El Entonamiento Afectivo	124
2.2.4. La Capacidad Reflexiva	127
3. Aspectos Esenciales de la Interacción.	131
3.1. Características de la Interacción.	132
4. Niveles de la Interacción.	137
4.1. Interacción Comportamental.	137
4.1.1. La Interacción Corporal.	138
4.1.2. La Interacción Visual.	140
4.1.3. La Interacción Verbal.	141
4.2. La Interacción Afectiva.	144

4.3. La Interacción Fantasmática.	145
5. Clasificación de los Niveles de Interacción.	147
6. Análisis y Evaluación de la Interacción Temprana Madre-Bebé.	150

Capítulo 5

Factores de Riesgo Psicosocial	153
1. Breve Discusión del Concepto Factores de Riesgo Psicosocial.	153
2. La Inmigración	156
3. Factores de Riesgo Psicosocial y Relación Temprana Mamá-Bebé	171

Capítulo 6

Metodología	177
1. Tipo de Estudio	178
2. Hipótesis	180
3. Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Variables	180
4. Muestra.	181
5. Consentimiento de Participación.	187
6. Procedimiento General de la Investigación	187
7. Procedimiento para la Recolección de Datos	188
8. Instrumentos y Materiales Utilizados.	192
9. Aplicación de los Instrumentos.	198

10. La Entrevistadora/Observadora.	201
11. Procedimiento para el Análisis de Datos	205

Parte II. Trabajo Empírico

Capítulo 7

Análisis de Datos	208
1. Tratamiento de los Datos Obtenidos	208
2. Análisis Descriptivo de los Datos Sociodemográficos	208
3. Análisis de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial	212
3.1. Análisis Correlacional de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial	223
4. Análisis de la Variable Rol Materno	225
5. Análisis Correlacional Dimensional del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984; Asenjo et al., 2007)	228
6. Análisis de la Relación entre la Variable Rol Materno y Datos Sociodemográficos	229
7. Análisis Relacional entre la Variable Rol Materno y Red de Sostén Social y Familiar	231
8. Análisis Relacional de la Variable Rol Materno y Factores de Riesgo Psicosocial	233
9. Análisis de la Variable Percepciones Maternas	241

9.1 Resultados Descriptivos	241
9.2 Análisis Dimensional de la Variable Percepciones Maternas	244
10. Análisis Correlacional de las Variables Percepciones Maternas y Rol Materno	245
11. Análisis de la Variable Percepciones Maternas y Factores de Riesgo Psicosocial	246
12. Análisis de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé	251
12.1. Resultados Descriptivos	252
12.2. Análisis Correlacional Dimensional de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé	255
13. Análisis Correlacional Dimensional entre la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) y la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oberman, 2001)	256
14. Análisis de la Relación entre Datos Sociodemográficos y la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé	264
15. Análisis de la Relación entre la Red de Sostén y la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé	266
16. Datos Descriptivos de Vínculo Madre-Bebé en Función de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial	267
17. Análisis de la Variable Relación Temprana Madre-Bebé en Función de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial	290

Capítulo 8

Discusión de Resultados	294
1. Discusión de Resultados de los Datos Sociodemográficos	295
2. Discusión de Resultados Relativos a la Variable Factores de Riesgo Psicosocial	301
3. Discusión de los Resultados Relativos a la Variable Rol Materno	333
4. Discusión de los Resultados Relativos a la Variable Percepciones Maternas	369
5. Discusión de los Resultados Relativos a la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé	384
6. Discusión de los Resultados Relativos a Percepciones Maternas y Vínculo Madre-Bebé	391
7. Discusión de los Resultados Relacionales entre Datos Sociodemográficos y las Dimensiones de las Variables Rol Materno y Relación Temprana Mamá-Bebé	397
8. Discusión de los Resultados Relacionales entre los Factores de Riesgo Psicosocial y las Dimensiones de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé	406

Capítulo 9

Conclusiones y Reflexión Final 420

Referencias 429

Anexos

Anexo 1: Metodología. Gráfico de Selección de la Muestra.

Cuadro de Instrumentos y Variables

Anexo 2: Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Anexo 3: Entrevista Psicológica de Diseño Óptico (Oiberman et al.,
2000)

Anexo 4: Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman,
1984a; adaptación de Asenjo, Luser y Muñoz, 2007).

Anexo 5: Escala Madre-Bebé. Parte A (MABS; Wolke & St. James Roberts, 1987).

Anexo 6: Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001).

Anexo 7: Análisis de la Variable Factores de Riesgo

Psicosocial. Salida estadística de prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de
contingencia de Pearson. Tablas de frecuencias observadas y esperadas

Anexo 8: Análisis de la Variable Rol Materno.

Salida estadística de análisis multivariado de varianza (MANOVA)
de sucesos significativos de vida y dimensiones de la variable rol materno

Anexo 9: Análisis de la Variable Percepciones Maternas.

Anexo 10: Análisis de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé.

Salida estadística de prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia de Pearson. Tablas de frecuencias observadas y esperadas

Introducción

La presente tesis doctoral se sitúa en una línea de investigación sobre la maternalidad, que incluye gestación, parto y crianza, y propone abordar el proceso de maternaje. Pretende obtener conocimiento y contribuir al avance de la psicología perinatal en particular, y al ámbito de la salud mental del infante en general, dando cuenta que la relación temprana madre-infante depende en gran medida de lo que ocurre en la mente de la madre. Devenir madre es un proceso evolutivo dinámico, alimentado por el deseo de desarrollar la función maternal para la supervivencia y desarrollo del infante.

Desde el punto de vista psicológico el maternaje supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional. El proceso de maternaje tiene importancia considerable en el establecimiento de la función materna ya que la relación temprana madre-bebé dependerá de la adaptación al embarazo, de la red de sostén familiar y social, del apoyo de las figuras maternas, como también del estado, temperamento y competencias del bebé y percepciones de la madre sobre su bebé y sobre ella como madre. Asimismo, las percepciones que la madre tiene sobre su bebé y sobre sí misma como madre tienen importancia considerable en el establecimiento de la relación temprana con su bebé, ya que la interpretación que la madre hace sobre las señales del bebé la orientarán a adaptar lo más posible su comportamiento para satisfacer las necesidades del infante.

El interés por los temas y situaciones que se abordan en este trabajo, en especial el interés por el modo en que una madre logra el desarrollo del maternaje en situación de migración, llevó a investigar si los factores de riesgo psicosocial están asociados en el

desarrollo del rol materno, las percepciones maternas y la relación temprana mamá-bebé. Realizada la revisión de la literatura especializada relacionada con los temas de interés, se encontró escasez de datos, tanto nacionales como internacionales, sobre maternaje y los factores de riesgo específicos que conlleva la inmigración. De allí la relevancia del estudio, es decir, que la evaluación y exploración de los factores de riesgo psicosocial, y los sucesos significativos de vida que se encuentran asociados con el proceso de maternaje permitirían la detección precoz de disfunciones o alteraciones tempranas en el desarrollo del mismo y prevenir posibles conflictos en la relación madre-bebé. Por otro lado, la novedad del estudio estaría en evaluar una muestra multicultural latinoamericana inmigrante que atraviesa una doble crisis, una es la crisis biológica vital dada por la maternidad y la otra es una crisis dada por su condición de inmigrante.

Es así como se decidió dedicar esta investigación a evaluar y explorar los factores de riesgo psicosocial y los sucesos significativos de vida para determinar su asociación en el proceso de maternaje y la relación temprana de la díada en una muestra de madres primigestas latinoamericanas inmigrantes residentes de la ciudad de Miami. La maternidad se vive más o menos satisfactoriamente en función de diversos factores, la madre requiere un proceso de adaptación para aproximarse afectivamente al hijo, prepararse para la crianza y compatibilizar los roles a desempeñar. Manzano & Palacio-Espasa (1993), Raphael-Leff (1995) y Piontelli (2002) manifiestan que lo que ocurre a nivel representacional en una mujer que deviene madre por primera vez es casi totalmente diferente a lo que se esperaría en un segundo embarazo. Los procesos que guían el maternaje, esto es, la reestructuración de las representaciones sobre sí misma, sobre el otro en el interior, sobre el bebé, sobre la propia madre, padre, pareja, se cristalizan

mayoritariamente cuando deviene el primer embarazo. Es así como se decidió circunscribir esta investigación a madres primigestas, ya que esto implica una serie de reacomodaciones psíquicas que se organizan en función de la primera maternidad.

Esta tesis doctoral se presenta estructurada en dos partes: la primera corresponde al marco teórico y la segunda al trabajo empírico. La primera parte refiere a los fundamentos teóricos y conceptuales que describen el devenir madre por primera vez y la relación mamá-bebé, y se compone de cinco capítulos. En la segunda parte se presenta el trabajo de investigación que se compone de cuatro capítulos. La presente tesis doctoral intenta presentar una articulación entre los resultados provenientes de la investigación empírica y conceptualizaciones psicoanalíticas acerca del maternaje en una muestra de madres primigestas latinoamericanas en situación de inmigración en la ciudad de Miami, Estados Unidos. Se recorren conceptos psicoanalíticos acerca de lo femenino, ya que el embarazo presentifica la vida previa de la mujer a la concepción de su bebé, desde sus vínculos primarios, experiencias, conflictos en la dinámica pre-edípica y edípica, influyendo en su función materna y en el vínculo con su bebé. Además, se da cuenta, analiza y discute los factores de riesgo psicosocial que atraviezan el devenir madre primeriza en situación de inmigración.

A propósito de los aportes de la Dra. Alicia Oiberman, que se ha dedicado al estudio del proceso de formación del vínculo entre la madre y el infante a partir de la observación directa de la relación de la díada, interesa articular el papel y asociación que los factores de riesgo psicosocial, eventos significativos de vida (*life events*) tienen en el maternaje y la relación temprana de madre-bebé.

Para el desarrollo de esta tesis doctoral se ha estructurado el siguiente esquema: primero, se expondrán los objetivos, para luego presentar el marco teórico que sustenta las ideas que articulan este trabajo a través de una revisión de la literatura especializada

en el tema. Luego se plantearán las hipótesis de investigación, las conceptualizaciones y operacionalizaciones de las variables utilizadas. Seguidamente se presentará la metodología seleccionada para alcanzar los objetivos, el modo en que se seleccionó la muestra, el procedimiento general de la investigación y la descripción de los instrumentos de medición utilizados. Para finalizar se expondrán los resultados obtenidos, seguidos de la discusión y conclusiones que se han extraído de las exploraciones realizadas.

Objetivos

Las vicisitudes de la interacción y el vínculo temprano mamá-bebé dependen en alto grado del proceso de maternaje. Se definirá maternaje al conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en ocasión de la maternidad (Racamier, 1979). Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, que son generadas por las relaciones primarias, el propio modelo parental, la relación con el padre biológico del bebé, la relación con la propia madre, las experiencias personales, las percepciones sobre sí misma como madre y sobre su bebé, y las interacciones con su bebé. Este proceso, en palabras de Oiberman, puede fracasar:

Pero no siempre el proceso de maternalización se desarrolla al producirse la primera maternidad. A veces no se da así: no porque haya una maternidad habrá necesariamente un proceso de maternalización, este último puede quedar diferido o escamoteado por los mecanismos de defensa de la mujer, o por el momento en que acontece dicha maternidad, por ejemplo la pubertad o adolescencia. Por lo tanto es necesario repensar la complejidad de este fenómeno psico-biológico y remarcar que el amor maternal es ambivalente, ambiguo y complejo (Racamier, 1984) (2004, p. 152-153).

Asimismo agrega Oiberman (2000): “La maternidad en tanto crisis evolutiva, reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobre todo las relacionadas con los vínculos con otros” (p. 90). A su vez, Oiberman considera que: “La mujer

superará esta crisis en función de: su historia personal, su situación psicosocial, su personalidad y la ubicación del bebé en el encadenamiento histórico familiar” (Oberman & Galíndez, 2005, p. 100). Además, la incidencia de sucesos significativos de vida o *life events*, vivencias traumáticas de la infancia de la madre, el embarazo vivido como preocupación por problemas físicos o psicológicos, y el nacimiento del futuro bebé producen impacto en la madre y la pareja (Oberman, 2005, p. 141). Entonces, poder detectar alteraciones o disfunciones en el desarrollo del maternaje podría permitir predecir posibles conflictos en la relación temprana madre-bebé.

Así es que se plantea como objetivo de este trabajo investigar si los factores de riesgo psicosocial se encuentran asociados con el desarrollo del rol materno, las percepciones maternas y la relación temprana mamá-bebé en una muestra de madres primíparas inmigrantes latinoamericanas, residentes de la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, que cursan embarazo normal único (durante el tercer trimestre gestacional) con parto normal y bebé sano a término en el período postnatal. Se definirá factores de riesgo psicosocial “a cualquier característica o circunstancia detectable, ambiental o comportamental, que se asocia a las posibilidades de poder desarrollar o estar expuesto a un daño a la salud” (Oberman, Fiszlewe, Vega, et al., 1998, p. 348). Se considerará como factores de riesgo psicosocial: situación de pareja, situación socioeconómica, sucesos significativos de vida (*life events*), problemas maternos psicológicos asociados al embarazo, conflicto materno infantil y ausencia de red de sostén.

Así, se decidió plantear las siguientes preguntas de trabajo:

- ¿Están asociados entre sí los factores de riesgo psicosocial (situación de pareja, situación socioeconómica, sucesos significativos de vida (*life events*), red de sostén, problemas maternos asociados al embarazo, y conflicto materno infantil)?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial que se encuentran asociados significativamente con el desarrollo del rol materno y la relación temprana mamá-bebé?
- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo psicosocial con las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé?
- ¿Cómo se asocian los sucesos significativos de vida (*life events*) y la relación temprana madre-bebé?

En base a estas preguntas se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar la asociación entre factores de riesgo psicosocial, desarrollo del rol materno, percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé, y relación temprana mamá-bebé en una muestra de madres inmigrantes latinoamericanas primíparas sanas residentes en la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, Florida, USA, que cursan gestación única normal durante el tercer trimestre gestacional y con parto normal y bebé sano a término en el periodo postnatal

Objetivos Específicos:

- Indagar los datos sociodemográficos en una muestra de madres latinoamericanas primíparas sanas residentes en la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, que cursan embarazo único normal.
- Evaluar los factores de riesgo psicosocial (situación de pareja, situación socioeconómica, sucesos significativos de vida (*life events*), problemas maternos psicológicos asociados al embarazo, conflicto materno infantil y red de sostén).
- Examinar la asociación entre sí de los factores de riesgo psicosocial (situación de pareja, situación socioeconómica, sucesos significativos de vida (*life events*), problemas maternos psicológicos asociados al embarazo, conflicto materno infantil y red de sostén).
- Evaluar el desarrollo del rol materno en el periodo prenatal (tercer trimestre gestacional) en la muestra mencionada.
- Evaluar la posible relación entre las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984; Asenjo et al., 2007).
- Indagar la asociación entre motivo de inmigración, nivel educativo y situación socioeconómica en el desarrollo del rol materno.
- Indagar si existen diferencias en el desarrollo del rol materno en función de la red de sostén social y familiar.
- Explorar la asociación entre sucesos negativos de vida (*life events*) y el desarrollo del rol materno.

- Evaluar las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé en el periodo postnatal (3-6 días después del parto) en la muestra mencionada.
- Evaluar la posible relación entre las dimensiones de la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987).
- Evaluar las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé en función del desarrollo del rol materno.
- Evaluar si existen diferencias en la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé en función de los factores de riesgo psicosocial.
- Evaluar la relación temprana de las díadas a las 4-6 semanas después del parto en la muestra mencionada.
- Evaluar la posible relación entre las dimensiones de la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001).
- Analizar la relación entre las percepciones maternas y relación temprana mamá-bebé.
- Evaluar si existen diferencias entre grupos en las percepciones maternas sobre sí misma y sobre el bebé en función de la relación mamá-bebé.
- Detectar la asociación entre motivo de inmigración, nivel educativo, situación socioeconómica y relación temprana madre-bebé.
- Detectar la asociación entre la red de sostén familiar y social y la relación mamá-bebé.

- Detectar la asociación entre los sucesos significativos de vida (*life events*) y la relación temprana madre-bebé.

Para alcanzar estos objetivos, fue necesario plantear las hipótesis de trabajo, detallar la metodología que guió este trabajo de investigación, escoger los instrumentos adecuados para recoger los datos, determinar las características de la muestra, planear un procedimiento a seguir, y un modo de manejar los datos obtenidos con el fin de lograr alcanzar los objetivos que se plantearon. Todos estos elementos se detallan en el capítulo 6 correspondiente a la metodología implementada. En la segunda parte, trabajo empírico, en el capítulo 7 se expone el análisis de los datos, en el capítulo 8 se presenta la discusión de los datos, y finalmente en el capítulo 9 se expondrán las conclusiones del presente trabajo y la reflexión final donde se resalta lo que ha supuesto esta investigación en el avance del conocimiento de la asociación de los factores sociodemográficos y de riesgo psicosocial en el proceso el maternaje y relación temprana en situación de inmigración.

Con el propósito de organizar la investigación y de interpretar los hallazgos se tuvieron en cuenta una serie de proposiciones psicoanalíticas que se expondrán en el marco teórico que sustenta este trabajo. En el primer capítulo “*Embarazo y maternidad como experiencia transformadora*” se expondrá el embarazo y maternidad como crisis del desarrollo y experiencia psicobiológica, económica, social y cultural. En el capítulo 2 “*Maternaje*” se hará un recorrido por las transformaciones y fenómenos que se producen en el proceso de maternaje, resaltando la ambivalencia materna y la conceptualización winnicotiana preocupación maternal primaria, así como la noción de Stern de constelación maternal. En el capítulo 3 “*Mundo representacional materno y vínculo temprano*” se abordará el mundo representacional de la madre y la relación temprana de la díada presentando los diversos enfoques desde el marco

teórico psicodinámico, finalizando con un recorrido por las técnicas de evaluación de las representaciones maternas. En el capítulo 4 “*La interacción diádica*” se presentará el inicio de los estudios de la interacción mamá-bebé, los principales enfoques teóricos desde el marco psicodinámico que han contribuido al estudio de la misma y las aportaciones de ambos miembros de la díada, así como los aspectos, características y niveles de la interacción, finalizando con el análisis y evaluación de la misma. El capítulo 5 “*Factores de riesgo psicosocial*” se centra en los factores de riesgo psicosocial y analiza la inmigración, finalizando con un recorrido por las investigaciones de factores de riesgo y la relación temprana.

PARTE I

MARCO TEORICO

Capítulo 1

Embarazo y Maternidad como Experiencia Transformadora

Existen pocas experiencias en la vida de una mujer más transformadoras que la experiencia del embarazo y la maternidad. Benedek (1959) y Bibring (1959), en dos trabajos fundantes, describen el embarazo como una *etapa crítica* en la vida de la mujer que involucra profundos cambios endócrinos, somáticos y psicológicos. Denotan que los cambios que acontecen durante el embarazo anuncian el comienzo de una reorganización en todas las áreas de la vida de la mujer. Así el embarazo y maternidad representa un hecho crucial para la mujer y el modo de vivirlo estará influenciado por diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales.

Dentro de las transformaciones y fenómenos que se producen en el proceso mediante el cual una mujer deviene madre, desde el deseo de concebir un hijo con su pareja, la gestación, parto y crianza, hasta las vicisitudes que se observan en su mundo representacional, son al menos igual o más dramáticas y sorprendentes que aquellas transformaciones que sufre su cuerpo, rol social, estatus laboral, relación de pareja. En su interior no sólo se gesta otra vida, sino que también se gesta una reestructuración de su identidad como mujer, como futura madre de su bebé, como pareja de su compañero, como hija de sus padres cuando era niña, como hija de sus padres que ahora también será madre de su propio hijo y como un miembro más de la cadena trans e intergeneracional de su familia extensa y de la especie. Se suceden así una serie de ajustes de orden físico, mental y práctico que provocan un cierto impacto en la gestante, en su pareja y en su vínculo con la familia de origen, especialmente con su madre.

Para abarcar tan extenso tema, se realizó una revisión de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales que determinan la identidad femenina realizando un recorrido por aportes de autores psicoanalíticos y de estudio de género.

1. Embarazo y Maternidad como Experiencia Biológica

A partir de una revisión bibliográfica ginecológica obstétrica (Botella Llusíá & Clavero Núñez, 1993; González-Merlo, Lailla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2006; Cabrero Roura, Saldivar Rodríguez, & Cabrillo Rodríguez, 2007) se presentan los aspectos biológicos de la experiencia física por la que atraviesa la gestante. Se denomina embarazo al periodo que transcurre desde la concepción hasta el parto, el cual dura 280 días o 40 semanas, aproximadamente 9 meses a partir de la última menstruación. En el ciclo menstrual normal de 28 a 30 días alrededor del día 14 antes de la siguiente menstruación se libera un óvulo. Si un espermatozoide consigue penetrarlo y lo fecunda, éste comienza a convertirse en embrión mediante una serie de divisiones celulares. La fecundación da origen a un embarazo, y por lo tanto a una nueva vida que comienza a gestarse. El cigoto u óvulo fertilizado se divide repetidamente mientras se desplaza por la trompa y alcanza el útero, a donde llega en 3 a 5 días. Ya dentro del útero, se convierte en un blastocisto, un sólido conglomerado de células que rodea una cavidad central. Hacia la cuarta semana se consolida la implantación en el endometrio materno del blastocito que más adelante se transforma en embrión. En tanto, en el interior del útero se desarrolla la placenta, tejido esponjoso que permite el intercambio de oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto a través del cordón umbilical, que además se encarga de generar las hormonas que ayudan en la gestación: gonadotropina coriónica humana, hormona que sólo se produce durante el embarazo, aumenta en forma drástica durante el primer trimestre gestacional y desencadena sensaciones de

náusea y vómito. Lactógeno de la placenta, hormona que asegura el desarrollo fetal y cumple la función de estimular las glándulas productoras de leche. Estrógeno, hormona responsable de las características sexuales femeninas, ayuda que la gestación curse de manera saludable. Luteína, hormona encargada de estimular el engrosamiento del recubierto del útero preparándolo para albergar y proteger al óvulo fecundado.

Durante el primer mes en el embrión se inicia la formación de los pulmones, extremidades y tubo neural (estructura que formará el cerebro y médula espinal), el corazón empieza a latir aproximadamente al día 24 o 25. Al finalizar las primeras 4 semanas, el pequeño mide 9 milímetros y pesa 0.5 gramos.

Hacia el segundo mes, quinta semana de embarazo, se manifiestan algunos cambios fisiológicos adaptativos: aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del volumen sanguíneo, disminución de la presión arterial e incremento en la temperatura corporal. El cordón umbilical adquiere su forma definitiva y se acumula el líquido amniótico, que protegerá al bebé, facilitará sus movimientos y mantendrá su temperatura. Los síntomas propios de este periodo son hipersomnia, náuseas y vómitos moderados, especialmente matinales, los cuales son normales que existan, aunque es posible que la embarazada no los sienta. Se mantienen hasta cumplir el primer trimestre de gestación (13^o semana), donde comienzan a declinar. Además, surgen molestias en la pelvis, síntomas de fatiga y cansancio, la tensión arterial disminuye, lo que puede producir lipotimias, aparece mayor flujo vaginal y necesidad de orinar con mayor frecuencia, cambios de humor repentino, así como también, cambios en los senos que se hacen visibles, se vuelven tensos y producen un cierto dolor. En tanto, en el embrión comienza la formación de los sistemas y principales órganos del cuerpo. También da

inicio el desarrollo de tobillos, muñecas, orejas, dedos y párpados. Al terminar este periodo el embrión mide 4 centímetros y pesa 5 gramos.

Hacia el tercer mes hay, en general, mayor tendencia al cansancio y se pueden mantener las náuseas y vómitos, pero con menor intensidad y en franca disminución hacia fines del tercer trimestre. El sentido del olfato se exagera, y ciertos olores de alimentos pueden generarle náuseas. El útero se llena de líquido amniótico, en tanto que la placenta, aunque todavía no se desarrolla por completo, cumple ya la función de segregar hormonas y permitir el intercambio de nutrientes de la madre al feto y de productos tóxicos de él a su progenitora. Aumenta el volumen de sangre, por lo que venas y arterias son visibles en estómago, senos y piernas. A partir de este momento se puede dejar de hablar de embrión y utilizar la palabra feto para referirse al bebé. Se le han formado las uñas, inicia el desarrollo de dientes, sus órganos maduran, sus latidos son audibles y hay considerable aumento en la talla y peso, pues al final de esta etapa mide cerca de 10 centímetros y pesa 20 gramos. Hacia fin de este trimestre hay una mayor adaptación fisiológica y psicológica al embarazo, en general a la semana 9-13 se realiza la primera ecografía.

Con el cuarto mes se inicia el segundo trimestre del embarazo. La mayoría de las sensaciones desagradables han pasado, aunque el aumento en el volumen abdominal ocasiona dolor y molestias por el estiramiento de los ligamentos que mantienen al útero en su sitio. Las aureolas de los senos se oscurecen ligeramente y aumentan su diámetro. Comienzan a percibirse los movimientos del bebé que comienza a moverse. Se ha desarrollado la audición, en tanto, su piel, aunque translúcida, comienza a adquirir su coloración habitual. El cordón umbilical crece y la placenta se acaba de formar. Al terminar esta etapa el pequeño mide 15 centímetros y pesa

poco más de 90 gramos.

Hacia el quinto mes es notable el aumento de tamaño del útero, así como el aumento de peso, lo que llevará que se presenten molestias en la espalda y cansancio en las piernas. Después de la semana 17 de gestación, la embarazada percibe leve contracciones uterinas, endureciéndose por momentos el útero con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones, denominadas de Braxton Hicks, tienden a ayudar a que el útero crezca. Además, se perciben los movimientos francos del bebé que son más intensos y notorios. Con respecto al feto, se mueve con gran intensidad, y duerme y se despierta a intervalos regulares. Al terminar este periodo mide 25 centímetros y pesa 250 gramos. Este es el momento en que se recomienda la realización de una amniocentesis para supervisar el estado de la gestación, ante todo cuando hay antecedentes de trastornos genéticos, si se sospecha la presencia de malformaciones, y en caso de que la madre tenga 35 años de edad o más.

Hacia el sexto mes la presión del útero genera dolor en la parte posterior de la pelvis y espalda baja, además de dificultad para respirar, pues los pulmones no pueden extenderse totalmente; pese a ello, madre y bebé tienen adecuado suministro de oxígeno gracias a la acción de las hormonas del embarazo. Es común que se presenten contracciones en el útero, pues la matriz se comienza a preparar para el trabajo de parto. Con respecto al feto, la piel ha terminado de formarse, pues tiene color rosado uniforme y está cubierta por lanugo, una fina capa de vello. Sus pulmones son todavía inmaduros, por lo que si tuviera que nacer necesitaría de cuidados intensivos. Los párpados se despegan y ya abre los ojos. Su talla es de 30 centímetros, en tanto que su peso alcanza 640 gramos. Hacia el fin del segundo trimestre se recomienda otro estudio de ultrasonido para rectificar el desarrollo del bebé, detectar posibles defectos

congénitos y, si los padres lo desean, conocer el sexo de su hijo.

Con el séptimo mes gestacional se inicia el último trimestre, y con él nuevas molestias para la madre: problemas para dormir, el surgimiento de venas varicosas en las piernas debido al aumento en el volumen de sangre. El útero mide ya 28 centímetros, por lo que genera problemas en el tránsito intestinal, indigestión, irritación en la piel del abdomen y pies hinchados. El bebé puede chupar su dedo, abrir los ojos y llorar; también patear y estirarse. Responde a estímulos de luz, voces y música, y tiene un desarrollo considerable en sus sistemas óseo y muscular. El feto mide 40 centímetros, pesa 1.200 kilos y tendría alta probabilidad de sobrevivir si naciera por parto prematuro.

Hacia el octavo mes el crecimiento del útero acentúa los problemas de estreñimiento e indigestión, y hay mayor dificultad para respirar y hacer esfuerzo. El peso de la madre aumenta 500 gramos por semana y el cuello de la matriz comienza a dilatarse para permitir el paso del bebé en unas semanas (se considera que este proceso termina hasta que la apertura es de 10 centímetros). El médico obstetra vigila el posible aumento de la presión arterial acompañada de eliminación de proteínas por la orina e hinchazón en las piernas, pues son síntomas de preeclampsia, complicación muy seria del embarazo tanto para la gestante como para su bebé. La mujer puede sentirse asustada y preocupada por el parto, de modo que requiere sentir atención, afecto y protección. El feto continúa el desarrollo del sistema nervioso y del cerebro. El útero ha detenido su crecimiento acelerado y el feto se encuentra más apretado; a pesar de ello, sus patadas son más fuertes y puede tener movimientos bruscos. Los huesos de la cabeza son suaves para permitir la salida del bebé por el canal de parto. Aunque los pulmones son todavía inmaduros, si el niño naciera tendría buenas probabilidades de

sobrevivir. El feto mide 45 centímetros y pesa 2.500 kilos.

El noveno mes inicia el fin del tercer trimestre gestacional y la inminencia del parto a las 40 semanas gestacionales. Posterior a las 42 semanas se habla de un embarazo de postérmino y los riesgos perinatales se incrementan, debiendo haber un estricto seguimiento de la unidad fetoplacentaria a partir de las 41 1/2 semanas. El útero mide 33 centímetros y el flujo vaginal puede ser constante. Comienzan las contracciones uterinas, que pueden ser de dos tipos: falsas, que son irregulares, muy dolorosas y se llegan a sentir en varias partes del cuerpo (pelvis y espalda, por ejemplo), y verdaderas, que empiezan en el fondo del útero. En tanto, los senos pueden producir calostro, preparándose para la lactancia. La tensión emocional y ansiedad pueden ser muy intensas, y el aumento de peso llega a 800 gramos por semana. El feto recibe anticuerpos de la madre y sus pulmones ya están preparados para funcionar en el exterior. La piel deja de estar arrugada y el lanugo se cae casi por completo; el bebé pesa cerca de 3 kilogramos y mide 50 centímetros. Es útil un nuevo estudio de ultrasonido para revisar la cantidad de líquido amniótico, los movimientos del bebé y la posición en que éste se encuentra, pues seguramente será la misma en que estará al momento de nacer.

La pérdida del tapón mucoso indica el inicio del trabajo de parto y el comienzo de la dilatación cervical con el acompañamiento de las contracciones, que se inician irregularmente hasta entrar en un ritmo regular con aumento en la intensidad, anunciando el momento del parto.

2. Embarazo y Maternidad como Experiencia Psicobiológica

El embarazo como experiencia biológica sólo puede ser comparado al inicio de la menarca y la menopausia, momentos de

redefinición física de la mujer. Sin embargo, no es una fase que ocurre inevitablemente, por el contrario, es el resultado de la actividad sexual, y como tal puede ser planeado, evitado o terminado. También puede ser accidental o no deseado, pero la decisión de continuarlo implica adentrarse en el camino de la maternidad, que lleva a la creación de una vida y colocará a la mujer en un nuevo rol: el de madre.

En la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Benedek (1942) sostiene que la preparación biológica se manifiesta en los cambios psicológicos correspondientes y señala el incremento del deseo sexual en el momento anterior a la ovulación cuando la mujer se encuentra con máxima posibilidad de concebir. Indica que los procesos biológicos tienen su correlato psicológico: “El crecimiento, la maduración neurofisiológica y el desarrollo psicosexual son procesos intrínsecamente entrelazados” (Benedek, 1970b, p. 147). La glándula adenohipófisis, encargada de este proceso, segrega hormonas que regulan el metabolismo, el crecimiento y la procreación, incluyendo la lactancia y la conducta materna. A su vez, durante las dos fases de la función reproductiva femenina, la copulación y el parto, los ovarios producen hormonas gonadales: estrógeno, hormona maduradora del folículo, y luteína, hormona de pregestación o progesterona, que prepara al útero para la implantación del huevo fecundado y asiste en mantener el embarazo. Benedek escribe:

En correspondencia con la fase de maduración del folículo, las emociones prevaecientes están motivadas por una tendencia heterosexual activa, es decir, dirigida hacia el objeto, cuya meta biológica es provocar la copulación. Con la ovulación, la dirección de la tendencia sexual dominante cambia y la libido se dirige hacia el sí mismo. La ovulación va acompañada de reacciones en el sistema. Entre estas, la más conocida es el aumento de la temperatura basal del cuerpo, por la que se diagnostica a menudo la ovulación. Desde el punto de vista psicológico, una sensación de relajación y

bienestar parece inundar a la mujer de libido. Como si el aparato psíquico hubiera registrado la preparación somática para el embarazo, la preocupación emocional se desplaza hacia el cuerpo y su bienestar. La respuesta emocional (manifiestamente narcisista) a la ovulación coincide con el apogeo del ciclo hormonal y expresa la disposición psicobiológica para la concepción (1970b, pp. 147-148).

Añade, además, que el embarazo, “como período biológico normal pero a la vez excepcional en la vida de la mujer” (Benedek, 1970b, p. 149) implica una tremenda transformación física, donde los procesos fisiológicos básicos tales como el sueño, la digestión, el apetito se desregulan, y a su vez la cognición y las emociones se ven afectadas por el incremento de la actividad hormonal y de los procesos metabólicos.

Leifer (1980) manifiesta que este periodo es esencial para la preparación psicológica de la madre, lo describe en términos de adaptación al rol materno, “la capacidad de poder visualizarse como madre se vuelve cada vez más concreta a medida que el embarazo progresa” (p. 22). Coincide con Deutsch (1945) sobre la disponibilidad emocional hacia el término de la gestación, concluyendo que las tareas emocionales del embarazo se han realizado y surge una disposición real a convertirse en madre. En tanto, Alice Balint (1952) y Michael Balint (1952, 1960, 1962) hablan de una necesidad o impulso a la maternidad y de una mutualidad madre-hijo de tipo biológico o instintivo y de la interdependencia en las que ambos madre e hijo se satisfacen mutuamente. Winnicott (1970) señala que el hecho biológico que la madre lleve físicamente al bebé en su útero la hace identificarse con él después del nacimiento, y la lleva a una percepción muy fuerte de las necesidades del bebé. Por su parte, Offerman-Zuckerberg (1980) plantea que los cambios en el plano físico pueden ser vividos como una amenaza al propio cuerpo, donde el sobrepeso, la deformación, el aumento de los senos, las

estrías, podrían llevar a la gestante a sentir miedo de ser estropeada o dañada. La sensación de vulnerabilidad que acompaña estos cambios de imagen se atenúa por la vivencia de completud narcisista que experimenta con el bebé, y por los cuidados que obtiene en su regresión parcial y transitoria en la identificación con su futuro bebé.

3. Embarazo y Maternidad como Experiencia Psíquica

La extensa literatura psicoanalítica y de estudios de género revisada ha enfatizado la importancia de los aspectos psíquicos en el embarazo y maternidad. Deutsch (1945) indica que la pasividad profundamente arraigada y la tendencia específica hacia la introversión son cualidades características de la psique femenina. A su vez, Dolto escribe: “Gestar es manifestar mediante un acto corporal sexual su sumisión pasiva condicionante, su aceptación condicionada activamente o la donación incondicional de sí a las leyes de la creación” (1996, p. 148).

Por su parte, Chodorow (1978) manifiesta que las capacidades de las mujeres para el ejercicio de la maternidad y para gratificarse con éste están fuertemente internalizadas y psicológicamente reforzadas. El ejercicio de la maternidad empieza desde la más temprana relación madre-bebé. Esta relación es fundamental en tres sentidos: funda una actitud psicológica básica para lo maternal, instala una intimidad única, y provee el fundamento de la expectativa de que las mujeres sean madres. Benedek escribe:

...las manifestaciones emocionales de la tendencia receptiva específica y la tendencia a la retención centrada en el sí mismo son los correlatos psicodinámicos de una necesidad biológica de la maternidad. Así, pues, la maternidad no es secundaria, ni un sustituto del pene que falta, ni es impuesta por el hombre a la mujer ‘al servicio de la especie’, sino que es la manifestación del instinto de supervivencia del niño; este instinto que todo lo impregna, es el organizador primario de la pulsión sexual de la mujer, y por ello también de su personalidad. Los atributos específicos de la feminidad se originan, entonces, en esa cualidad inherente a

la psique de la mujer que es manifestación y resultado de la organización central de las tendencias receptivas y retentivas del impulso reproductor, el cual se convierte en fuente de la 'cualidad materna' (*motherliness*) (1970b, p. 148).

Raphael-Leff (1995) manifiesta que el embarazo y la maternidad expresan la historia inconsciente del cuerpo, evocando ideas y representaciones de un sí mismo femenino procreador. Cuando la niña ha crecido identificándose con una madre satisfecha, que se siente bien con su propia fertilidad y sexualidad, y quien mantiene una relación satisfactoria con su pareja, al convertirse en mujer se permite tener un hijo para dar expresión a la totalidad de la vida. A su vez, Oiberman indica que el embarazo "en tanto proceso psicobiológico, une en una misma secuencia temporal a tres generaciones: el feto, la mujer y su propia madre enfatizando la significación fantasmática de ello" (2005, p. 182).

Devenir madre conlleva la reactivación de una doble identificación, por un lado reactivación de la identificación con la niña que ha sido, de la hija que es y de la que le hubiera gustado ser. Por otro lado, reactivación de la imagen interna de los propios padres, los que ha tenido, los que tiene internamente y los que le hubiera gustado tener. La reactivación de estas identificaciones se realizan con respecto a la imagen y función parental interiorizada como resultado del proceso edípico en la situación triádica, en tanto que la imagen de la función materna y paterna, también interiorizada resultará de la relación de la niña ahora madre con su propia madre y padre en situación diádica (Solís-Pontón, 2002, pp. 17-20). En términos de Rodríguez Ponte & Ruiz: "El embarazo presentifica y pone en escena la vida previa a la concepción de cada mujer desde sus vínculos primarios, experiencias, conflictos en la dinámica edípica, etc. influyendo en su función materna y en el vínculo con su futuro hijo" (2004, p. 155).

En síntesis, los trabajos psicoanalíticos revisados conciben el embarazo como un proceso, más que un evento. Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein (1961) lo definen como una “crisis madurativa normal” acompañada de ajuste psíquico, nuevas identificaciones y regresión. Durante este periodo la imagen que la mujer tiene de sí cambia, hay una distribución de investiduras afectivas, objetales y narcisistas, y el núcleo del proceso es el modo en que la gestante revisa y elabora el vínculo con su madre.

4. Embarazo y Maternidad como Crisis del Desarrollo

Muchos son los teóricos (Deutsch, 1945; Benedek, 1959; Anthony & Benedek, 1970; Bibring, 1959; Bibring et al., 1961; Erikson, 1959; Manzano & Palacio-Espasa, 1993) que han señalado que los cambios emocionales durante el embarazo deberían ser considerados desde una perspectiva evolutiva como reflejo de una significativa reorganización de la identidad. Esto implica que, como en toda crisis madurativa se esperaría una reelaboración de la identidad para dar paso a una nueva. En efecto, la maternidad, como la adolescencia, conlleva una transformación hormonal y corporal, la reactivación de conflictos infantiles, y de procesos identificatorios, la activación o fragmentación de mecanismos de defensa, como así también, un cambio de rol y de identidad. El embarazo como situación de crisis evolutiva conlleva vulnerabilidad, desequilibrio, reorganización y necesidad de adaptación a un proceso de cambio (Erikson, 1950b, 1959). Es una etapa que puede ser propicia y madurativa, pero también generadora de desadaptación. En términos de Oiberman:

Por lo tanto la maternidad incluyendo en ella al embarazo, parto y puerperio, es una crisis evolutiva y vital que afecta a todo el grupo familiar.

La mujer atraviesa dicha crisis en función de: su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente

(conyugal, familiar y social), las características comportamentales de su bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia (2005, p. 184).

Entonces, el embarazo como crisis vital confronta a la mujer con nuevas, numerosas y específicas tareas adaptativas y libidinales de acomodación psicológica ante la reactivación de conflictos psicológicos de etapas evolutivas previas. La intensa interdependencia entre los cambios psicológicos y biofisiológicos trae al proceso de adaptación la calidad de lo inevitable: la mujer una vez madre no volverá a ser otra vez una unidad (Bibring et al., 1961). La resolución de esta crisis, entonces, dependerá de la reorganización madurativa del desequilibrio que llevará a la maternidad.

Bibring (1959) define el proceso madurativo del embarazo y maternidad en relación a la pareja, a sí misma, y al hijo, expresado en términos de la distribución y vicisitudes de la libido objetal y narcisista que acompañan las catexias de representación objetal y de sí misma. La intensa relación objetal con el compañero lleva a la impregnación, dando lugar a la internalización de la representación del amor objetal para ahora formar parte de sí misma. La primera tarea de la gestante es aceptar esta intrusión e incorporación (Bibring et al., 1961, p. 15). La alta carga libidinal narcisista que acompaña el impacto de los cambios físicos del embarazo permite la integración de este otro dentro de ella, convirtiéndolo en una parte de ella misma. La segunda tarea consistiría en un proceso de reajuste ante este otro dentro de ella, que comienza a ser percibido como un otro separado, con intencionalidades y movimientos propios, realizado a través de la catexia de representación objetal. Este proceso va preparando a la gestante para el parto, momento de la separación anatómica. La libido narcisista y objetal, variable e intercambiable, en grado e intensidad, involucrada en

este proceso, permitirá que el hijo se constituya en una parte de ella a la vez que en un objeto del mundo externo y perteneciente a su compañero.

Por su parte Pines (1972, 1982) considera el embarazo como el momento de verificar o completar el proceso de separación-individuación de la madre. La gestante se encuentra en una situación particular, siendo a la vez hija y madre de su futuro bebé, lo que le permite una doble identificación con su propia madre y con su infante (Pines, 1978).

5. Embarazo y Maternidad como Experiencia Económica, Social, y Cultural

El embarazo y la maternidad están influidos por factores culturales, sociales y económicos que se apoyan en un conjunto de creencias y significados en permanente evolución en torno a ideas sobre la mujer, la procreación y la crianza (Ariès, 1973; Molina, 2006). Es una cuestión de género, en tanto conjunto de ordenamientos simbólicos, lo que significa ser mujer en una sociedad y tiempo histórico, lo que determina la maternidad en lo subjetivo y en lo colectivo. En tanto el término “madre”, del latín “mater”, definido por el Diccionario de la Real Academia Española como “hembra que ha parido”, se encuentra asociado al lazo biológico, la función materna remite a lo simbólico, no asociada a la capacidad reproductiva, sino ligada a la cultura y a las necesidades del infante, así como a las capacidades que necesita una persona para cumplir dicha función que pueden estar presentes o no.

Los aportes antropológicos (Mead, 1935; 1961; Malinowski, 1955; Von Mering & Mulhare, 1970; Lévi-Strauss, 1979) y de estudio de género han permitido comprender la maternidad como práctica cultural (Burin, Moncarz, & Velázquez 1987; Butler, 1993; Mitchell, 1982). La maternidad comienza a perfilarse cuando el trabajo se desplaza fuera del hogar y la industrialización lleva a

hombres, mujeres y niños a dejar de estar involucrados en las tareas que compartían con el trabajo incorporado al hogar. A partir de la división sexual del trabajo surge el ámbito “privado” que asigna a la mujer la función primaria de la crianza de los hijos (Burin & Meler, 1998). Así, el principal trabajo de las mujeres pasó a ser la producción de sujetos, y su subjetividad definida a través de esta tarea naturalizada e invisible, colocando a las mujeres en una posición idealizada y a su vez desvalorizada (Benjamin, 1988). En palabras de Burin:

Asimismo, se fue configurando una serie de prescripciones respecto de la “moral maternal”, que suponía una subjetividad femenina domesticizada, con características psíquicas de receptividad, capacidad de contención y de nutrición no sólo de los niños sino también de los hombres que volvían a sus hogares luego de su trabajo extradoméstico. En la medida en que la función materna de las mujeres quedó cada vez más dissociada de las otras actividades que antes desempeñaba, también se volvió más aislada, exclusiva y excluyente. Se va construyendo así un tipo de ideal social, el ideal maternal, que las mujeres interiorizan en su subjetividad, y pasa a ser constitutivo de su definición como sujetos (Burin & Meler, 1998, p. 75).

Si bien durante la Segunda Guerra Mundial se produce nuevamente la entrada masiva de la mujer en el mundo laboral, en la posguerra se dio el movimiento inverso de la vuelta de la mujer al ámbito privado del hogar. A su vez, la infancia comienza a ser estudiada como etapa central en la vida, y el desarrollo de los niños comienza a formularse como metas sociales. Paralelamente a la construcción social de la maternidad se va desarrollando la construcción social de la infancia (Palomar Vereá, 2005). Los bebés y la infancia desamparada fueron tema central de estudio de numerosos y fundamentales autores (Bowlby, 1940, 1944; Goldfarb, 1943, 1945; Burlingham & Freud, 1944; Spitz, 1945, 1946a, 1946b; Winnicott, 1945b, 1945c, 1945d; Erikson, 1950a; M. Balint, 1968). Winnicott considera la relación temprana madre-bebé fundante para la construcción del psiquismo temprano del infante:

Lo que me preocupa es la relación de la madre con su bebé poco antes del nacimiento y en las primeras semanas y meses posteriores a éste. Quiero llamar la atención hacia la inmensa contribución al individuo y a la sociedad que la madre buena corriente, con el apoyo de su esposo, hace al comienzo, y ello simplemente a causa de su devoción por su hijo (Winnicott, 1957, p. 145).

A su vez, Bowlby (1951) expresa: “Para que el desarrollo mental prosiga su curso, es necesario que la psiquis indiferenciada esté expuesta durante ciertos períodos críticos a una psiquis organizadora, aquella de la madre” (p. 53). La madre no es sólo un ser que da vida, cuidados y amor a sus hijos, sino que es responsable de su estabilidad, desarrollo, dichas, desdichas y calidad humana. La mujer obtenía su consagración al ser madre (Shorter, 1975). Meler se refiere a las madres de tiempo completo que asumieron con goce su condición doméstica y función maternal, colocadas en una posición social de importancia dada su función en la promoción de la salud de la prole (1991, p. 107). Así, en tanto el ideal femenino queda asociado al ser madre, la maternidad se ve definida como el núcleo natural y fundante de la identidad femenina. Ideal sostenido por las características anatómicas o funcionales del sexo femenino, e incluso por las características psicológicas femeninas de pasividad, nutriente, sometimiento, etc. que marcaban el destino maternal de la mujer. Ante la idealización de la maternidad que colocaba al trabajo maternal como único e intransferible basado en el amor y los vínculos amorosos surgen críticas de autoras feministas revalorizando a la mujer (Bassin, Honey & Kaplan, 1994). Beauvoir (1952) señala la maternidad como fuente de devaluación de la mujer, Friedan (1963) llama al hogar una prisión, Mitchell (1971) manifiesta que la crianza de los hijos es un instrumento de dominación de la mujer, y Firestone (1971) pide la ruptura del lazo entre la mujer y la maternidad.

Estas posiciones radicalizadas llevaron a Langer (1964), Benedek (1970a, 1970b), Chodorow (1978, 1981, 1989), Benjamin (1978, 1980), Flax (1978), Oakley (1979), Kristeva (1980, 1981a, 1981b), Ruddick (1980, 1989), Ferro (1991), y Dolto (1996), a señalar la maternidad como desarrollo psicológico y cambio social, a indagar sobre la relación madre-hija, la persistencia de los lazos infantiles y su impacto en lo maternal, y los efectos de la maternidad en las relaciones basadas en el género. Estos trabajos, de diversas procedencias teóricas psicoanalíticas, tuvieron importante influencia en el desarrollo del concepto de maternalidad (Conway, Bourque & Scott, 1996).

A partir del discurso psicoanalítico, la maternidad y el amor maternal pudieron percibirse como ambivalente (Klein, 1928, 1935b; Winnicott, 1947, 1958c, 1960b; A. Balint, 1952.; Langer, 1964; Freud, 1967; Pines, 1982), frecuentemente abusivo, asfixiante, capaz de infligir a los hijos conflictos. Los hallazgos del psicoanálisis acerca del desarrollo temprano y la importancia de las experiencias tempranas en la constitución del psiquismo del infante subrayan el poder de la madre frente al bebé que cuida, y contribuyeron a la culpabilización de la madre. Así la madre de la modernidad asume la responsabilidad del conflicto de los hijos con la correspondiente desidealización de la maternidad y de su lugar.

Es posible pensar que la disminución de la idealización colectiva del ejercicio maternal favorece el surgimiento de otros ideales y deseos. La imagen de la madre que sólo desea a su bebé, va quedando restringida a la etapa histórica de la modernidad que llevó la imagen maternal abnegada al apogeo. Estas mujeres, madres con dependencia económica y social con respecto al marido, construyen un vínculo conyugal cargado de intensa ambivalencia, favoreciendo la reedición de la relación preedípica con la propia

madre. Además, estas mujeres, madres con ejercicio de la maternidad en forma exclusiva, en general carecen de entrenamiento en el ejercicio de las habilidades necesarias para su desarrollo en el ámbito social (Meler, 1996). Cuando la madre transforma al hijo en su principal emblema narcisista y no puede ir poco a poco dándole espacio para su desarrollo autónomo, el hijo se erige en sustituto narcisista de la madre.

Estas circunstancias favorecieron, en numerosos casos, a que las hijas de estas madres se abrieran a una pluridimensionalidad de campos que van más allá del ámbito privado, que sus gratificaciones y frustraciones se diversificaran al igual que sus intereses y expectativas (Ferrández Miralles, 2007), que buscaran autonomía y reconocimiento social a través de estudios universitarios e inserción en el mundo laboral remunerado (González Ávila, 2005). Esta transformación de la condición femenina generado por la liberación de la mujer desde el control de su propio cuerpo y sexualidad, propiciado por el advenimiento de los métodos anticonceptivos, y la liberación del mercado que posibilitó el ingreso de las mujeres al trabajo remunerado, llevaron a la adquisición de nuevas subjetividades y formas de relación en la pareja, crianza y familia, tanto en el plano simbólico como en el social (Burin & Meler, 1998). Pizzinato & Calesso-Moreira escriben:

... las mujeres no enfrentan la maternidad como camino obligado o como una acción que está ya pautada, lo que se complementa con otros logros en ámbitos que en otras épocas pertenecieron sólo a hombres como en lo laboral, político y científico (2007, p. 225).

Inglehart, Basanez, Diez-Medrano, Halman & Luijkx (2004) señalan que la posmodernidad implica un cambio en la orientación de los valores al poner énfasis en la autonomía y determinación que ejercen los sujetos sobre sus vidas y el entorno social.

Así, la mujer de la postmodernidad con autonomía laboral y económica alcanza su posición social más allá de convertirse en madre, “con una concepción de la femineidad, que incluye la maternidad como opción y no como mandato ‘natural’ para la mujer” (Burin & Meler, 1998, p. 419). Meler escribe:

La reivindicación de sí mismas como personas separadas es previa al nacimiento del hijo, y el deseo de algo más del niño no pasa sólo por su amor erótico hacia el compañero sino principalmente por un deseo de ser más allá de la maternidad, propia de la extrema investidura del yo característica de la postmodernidad (Burin & Meler, 1998, p. 388).

Por su parte Badinter (1980) contradice la creencia que la maternidad y el amor materno estén inscritas en la naturaleza femenina como deseo natural y universal, así como que el destino de la mujer sea ser madre, incluso “buena” madre. Afirma que el amor maternal no es innato, sino que se va adquiriendo en el transcurso de los días pasados junto al infante y a partir de los cuidados que la madre le brinda. Sostiene su postura afirmando que las mujeres son seres históricos y por tanto con capacidad de simbolizar. Concluye que no es el “amor maternal” lo que lleva a la mujer a cumplir con las tareas maternas, sino la moral, los valores sociales. En este desarrollo Badinter orienta la comprensión de la maternidad a su dimensión simbólica.

Dio Bleichmar (1997) plantea que la femineidad-maternidad es subjetiva, cultural y de género. Se cuestiona “que en la teoría psicoanalítica no hay lugar para una femineidad que obtenga fundamento y legitimidad en nada que no sea la genitalidad y la procreación” (p. 148). Escribe:

Desde esta perspectiva es necesario sustituir la envidia de pene por la envidia del falo, en tanto símbolo no del pene recto, sino de lo que el pene erecto pasa a ser símbolo: del apoderamiento masculino de las instituciones de lo simbólico (p. 199)...Es a la figura de la madre, en sus aspectos generadores de apego, cuidados, vitalidad, o sea en términos de amor maternal a quien la niña se

identifica como otra igual e ideal, haciendo suya a la madre, en forma del propio yo de la niña. Este componente del yo que incluye la figura maternal de madre, configura un primer tiempo del yo de género femenino (1997, p. 325).

Es posible decir, entonces, que en tanto el término madre o maternidad se encuentra asociado al lazo biológico, la función materna remite a lo simbólico, no asociada a la capacidad reproductiva, sino ligada a la cultura y a las necesidades del infante, así como a las capacidades que necesita una persona para cumplir dicha función y, que por lo tanto, pueden estar presentes o no. En términos de Pizzinato & Calessio-Moreira:

El concepto de maternidad a lo largo de la historia, por ejemplo, aparece como un conjunto de creencias y significados en permanente evolución, influidos por factores culturales y sociales, que han ido apoyándose en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza, como vertientes que se entrecruzan en la interpretación de este concepto (Molina, 2006, Ariès, 1973) (2007, p. 224).

También Tubert (1991) manifiesta que la maternidad es producto de la cultura, entonces es posible pensar que factores tales como la edad, la identidad racial y étnica, clase social, pobreza, diversidad cultural, migraciones, rituales populares, costumbres y usos tradicionales imprimen una impronta particular al significado de la maternidad y a la experiencia subjetiva de esta. Lamphere, Ragoné & Zavella (1997) indican que la maternidad está multideterminada y que necesita ser estudiada localizadamente. Al respecto Burin & Meler escriben:

Las teóricas del género actualmente tienen un interés menor en las teorías sociales abarcadoras, y los estudios se han vuelto más localizados y orientados temáticamente. Estos principios serían acordes con la idea posmoderna acerca del fin de las grandes narrativas explicativas de problemáticas universales (1998, p. 27).

En tanto, Lyra & Seidl de Moura (2000) indican que las personas no son mero reflejo de la cultura, de su entorno o de su

momento histórico, sino que también son producto de sus historias. Así, el ser madre, pareja, profesional, trabajadora, o cualquier otra categoría social depende de las relaciones que cada uno construye en sí mismo, basadas en lo social, histórico y cultural.

Capítulo 2

Maternaje

La maternalidad (*mothering*) y maternalización (*motherhood*) términos introducidos por Benedek (1959, 1970a) y Bibring (1959; Bibring et al., 1961) describen procesos psicoafectivos y aspectos dinámicos de la experiencia de convertirse en madre.

Benedek describe la maternalidad como una función biológica regulada por las hormonas, como es la propia maternidad. Escribe:

Sólo la hembra humana posee dos diversos recursos para el cuidado materno (*mothering*): uno, como en todas las criaturas, tiene sus raíces en su fisiología; el otro se desenvuelve como una expresión de su personalidad, que se ha desarrollado bajo influjos del ambiente capaces de modificar su “cualidad maternal” (*motherliness*)” (1970b, p. 153).

Según lo expresado, la maternalidad está guiada por la cualidad y conductas maternas. Criar al bebé implica alimentarlo, cuidarlo, asistirlo, etc., todas estas actividades que demandan elecciones y decisiones de parte de la madre son guiadas por su cualidad maternal y su yo. La cualidad materna sería el resultado de una identificación positiva de la niña con la madre pre-edípica. Sin embargo, el yo podría estar bajo afectos y emociones que perturban el sentido de la cualidad materna y motivar conductas que generen vicisitudes en el desarrollo del cuidado materno, llevando a la madre a presentar conductas o respuestas de bajo contenido empático ante las necesidades del infante.

La cualidad maternal es medida según las expectativas del medio, así como por el ideal del yo y del superyo de la madre misma, pero el que dictamina la última palabra es el hijo, sólo su desarrollo satisfactorio establece en la psique de la madre esa armonía entre demandas externas e internas que la maternalidad exige (Anthony & Benedek, 1970). Es posible decir que la

maternalidad o conducta materna (*mothering*) es compleja, aprendida, y determinada por la cultura en mayor o menor grado, y que las diversas actitudes prácticas necesarias para cuidar al bebé están facilitadas por una cualidad maternal (*motherliness*). No se trata de una respuesta a la estimulación hormonal producto del embarazo y la necesidad de cuidar del bebé, se trata de un proceso dinámico. Al tiempo que la niña crece su yo aprende actitudes de dar, en tanto que su ideal del yo incorpora la aspiración a ser madre. “La cualidad maternal es una función del aparato psíquico femenino y de la madurez psicosexual de la mujer” (Benedek, 1970b, p. 154). Oiberman citando a Delassus (1998) expresa que transformarse en madre es un secreto de la infancia, un asunto del inconsciente (2005, p. 177).

Racamier (1979; 1984a; Racamier, Sens, & Carretier, 1961), apoyándose en los trabajos de Benedek (1959, 1970b) y Bibring (1959; Bibring et al., 1961) propuso el término maternaje (*maternage*) para definir el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan y se integran durante la maternidad. Houzel (2002) escribe: “estos neologismos, que no parecen formar parte del lenguaje normal sino del especializado, aparecen a partir del estudio de una de las patologías psiquiátricas más graves de la parentalidad: las psicosis puerperales” (Solís-Pontón, 2002, p. 27). Laplanche define maternaje como:

técnica de psicoterapia de la psicosis, especialmente de la esquizofrenia que tiende a establecer, entre el terapeuta y el paciente, de un modo tanto simbólico como real, una relación análoga a la que existía entre una ‘buena madre’ y su hijo (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 230).

Racamier (1984a) coincide con Benedek y describe la experiencia de la maternidad como una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer. Compara esta etapa con la adolescencia y la define como una crisis de identidad en el sentido eriksoniano, con

reorganizaciones identificatorias y reactivación de conflictos infantiles, activación o fragmentación de mecanismos de defensa, como así también un cambio de rol y de identidad (Erikson, 1968). Siguiendo a Racamier (1979), Oiberman manifiesta que la madre atraviesa esta crisis evolutiva valiéndose de sus recursos internos y externos y en función de su historia personal, estructura de personalidad y situación familiar y social (2005, p. 184). En tanto, Vidal, Alarcón & Lolas (1995) describen el maternaje como los recursos internos y externos que permitirán a la madre enfrentar y superar los nuevos desafíos que plantea el desarrollo.

El maternaje, entonces, dependerá de la historia personal de la madre y de los conflictos infantiles reactivados, así como de la red de sostén que pueda proveer la pareja, del apoyo de figuras maternas, como también del estado, temperamento y competencias del bebé. Es un proceso de maternalización complejo, donde la historia, el inconsciente y el imaginario de la madre tiñen la relación con su infante para promoverla o comprometerla. Racamier expresa: “La madre del hijo es al mismo tiempo el hijo de la madre” (1984a, p. 195) denotando este interjuego de defensas, organización yoica, y relaciones objetales que se presentifican en la experiencia materna y en el vínculo con el infante.

1. Ambivalencia Materna

El proceso de la maternidad es un periodo dinámico, de gran permeabilidad y vulnerabilidad, de mayor sensibilidad a las interacciones, acompañado de inestabilidad emocional y sentimientos ambivalentes (Gauthier, Molénat, Mangin, & Dudan, 1985; Sevón, 2005). Racamier (1979) da cuenta que el amor maternal es un sentimiento complejo, ambiguo y ambivalente, donde se mezclan el amor y la agresividad. Oiberman escribe: “No es de ninguna manera un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin

conflictos, tal como aparece representado en el imaginario colectivo” (2000, p. 89).

Ferenczi (1926) señala la frustración como base de la ambivalencia, aquello que satisface se considera parte de uno, en tanto aquello que no cede incondicionalmente al deseo, que se ama porque gratifica y se odia porque frustra constituyen las imagos complementarias de la madre devota y buena y del infante malo y amenazante. La niña que fue alberga una mezcla de sentimientos y fantasías acerca de su madre: hostiles, destructivos, sexuales, seductores, sádicos, masoquistas, irreales e idealistas. Esta niña devenida madre proyectará y externalizará estas representaciones sobre sí misma como madre, como madre gratificante, deprivada, o amenazante; y sobre su bebé, como satisfecho, voraz, o persecutorio.

Autoras como Deutsch (1945), Birksted-Breen (1989), Dally (1976), Langer (1964), Pines (1972, 1978, 1982), Price (1988), Raphael-Leff (1991a, 1991b) y Welldon (1988) han escrito extensamente sobre ambivalencia materna. Las configuraciones inconscientes de la gestante están atravesadas por su mundo interno, y por el lugar que el bebé ocupa en su realidad psíquica. La idealización de la la fusión mamá-bebé puede ser una defensa ante la investidura del bebé con aspectos negativos de su sí mismo como bebé, y o una glorificación del feto, o la fantasía de unión simbiótica con una madre generosa y benevolente. Cuanto más tolerante sea la gestante de sus propios sentimientos contradictorios, aquellos sobre su madre, sobre sí misma, y sobre el bebé, y cuanto más acepte sus aspectos infantiles y rechazados, más podrá integrarlos, sin recurrir a mecanismos defensivos tales como la escisión y proyección (Pines, 1993). Entonces, no tendrá que defenderse de las amenazas que provienen de ella misma o que le atribuye al bebé. Esto le permitirá incrementar la capacidad de estar en contacto con sus sentimientos, en vez de recurrir a elaborados mecanismos defensivos,

tales como el altruismo, la idealización, negación, rechazo, desapego o retracción para protegerse de la dialéctica amor y odio (Raphael-Leff, 1995, pp. 52-53).

En general el psicoanálisis ha estado más interesado en considerar a la madre desde la perspectiva del infante y el efecto negativo de la ambivalencia en el niño y en la relación materno filial, que en la oportunidad que este estado conlleva para la reflexión materna y el entendimiento de sí misma como mujer y madre de su bebé (Parker, 1995). Flax (1990) manifiesta que aún aquellos abordajes centrados en la relación madre-infante, como sería la teoría de las relaciones objetales, han ignorado el proceso materno, dando poca cuenta que ambos miembros de la díada atraviesan los mismos procesos pero con significados diferentes. Winnicott se refiere a la ambivalencia materna desde la perspectiva del infante como facilitadora de la capacidad del infante a odiar. El bebé real con el que se encuentra la madre no es el bebé de sus fantasías, de sus juegos de infancia, es una interferencia en su vida, la deforma, es cruel, la muerde, la lastima y, a pesar de todo, es necesario que la madre pueda tolerar la ambivalencia y amarlo (1958b). Quizás haya sido su preciso conocimiento del odio de la madre hacia el infante lo que lo llevó a enfatizar la devoción materna y desarrollar la noción de “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1960a, pp. 189-190). La madre winnicotiana puede fallar en el reconocimiento conciente del odio cayendo en el masoquismo, o puede sublimar su odio en canciones de cuna con componentes sádicos. La canción popular cubana "Drume negrita" de Grenet trae al *babalao*, el “señor de los misterios” de la religión afrocubana yoruba, que castigaría físicamente al niño si no satisface la demanda materna. Otras nanas presentan al *coco*, popular personaje latinoamericano asustador de niños, con quien se los amenaza: "duérmete ya, que viene el coco y te comerá"; "duerme, niño, duerme, que viene el coco, y se lleva a

los niños que duermen poco”. Cantar estas canciones sería una manera de regular la agresividad, así como, a su vez, dar cuenta de la insoportable coexistencia del amor y el odio hacia el bebé que la llevan a realizar un acto creativamente reparatorio. La frustración de la madre, ante la imposibilidad de calmar al bebé, la llena de fantasías destructivas. El bebé proyecta su odio en ella, a la vez que moviliza el odio infantil materno, la madre se ve inundada de ansiedad persecutoria, promoviendo el impulso materno de atacar al bebé que la amenaza. Es en ese momento, en la mayoría de los casos, en vez de actuar el impulso, la madre se ayuda cantando, acunando, o calmando al bebé. Parker escribe: “El doloroso conflicto entre amor y odio lleva al deseo de conocer y responder a las necesidades del infante” (1995, p. 63). El amor hacia él activaría la culpa ante los sentimientos negativos y llevaría en términos klenianos a la reparación.

El mecanismo de proyección provee una avenida benigna a la comunicación inconsciente entre la díada propiciada por la cercanía emocional. Sin embargo, también puede tomar una forma más perjudicial cuando la madre proyecta sus partes contradictorias repudiadas en el infante, sea ya una parte débil de sí misma para ser protegida, como su agresión amenazante, o cualquier otro aspecto que le sea altamente intolerable (Raphael-Leff, 1991a). Melanie Klein (1935b) considera que la ambivalencia funciona como protección contra el odio. En la elaboración de su teoría sobre la ambivalencia (Klein & Riviere, 1936) manifiesta que la ambivalencia materna es la re-experimentación de los sentimientos que la mujer devenida madre ha vivido en su infancia con su madre. Así, sitúa la reparación materna como una reelaboración del proceso infantil. La entrada de la madre a la posición depresiva lleva al reconocimiento de la coexistencia entre el amor y el odio por el infante, lo que promueve el cuidado y responsabilidad, a la vez que la

diferenciación del bebé.

Presionada por una cultura que glorifica la maternidad y niega la ambivalencia, la gestante se puede sentir obligada a esconder sus sentimientos negativos, aún de ella misma, para mantener el idealizado estado de felicidad que significa el embarazo. Para sobrepasar este estado de *persecución maternal primaria*, término acuñado por Raphael-Leff (1991a, p. 315) para denominar una locura maligna en oposición a la noción winnicotiana *preocupación maternal primaria* (Winnicott, 1956), la madre necesita alcanzar la ambivalencia y dar cuenta de la coexistencia de sus sentimientos de amor y odio hacia su bebé. Kristeva (1977, citado en Garner, Kahane, & Sprengnether, 1985, p. 366) indica que la maternidad hace que las pasiones circulen, en lo que refiere a este trabajo, se podría indicar que la ambivalencia hace que las pasiones circulen, a la vez que establece límites, lleva a la reflexión, promueve tanto la separación como la unión, y por lo tanto propicia la individuación tanto materna como del infante. Sin embargo, la culpa que conlleva el reconocimiento de la ambivalencia puede ser insostenible y llevar a la inmovilización de las pasiones en vez de promover su circulación. Así, la madre puede regresar a la posición esquizo-paranoide y hacer una rígida escisión entre ella y su bebé. Entonces, se experimentará como buena, amenazada, en tanto que el bebé será vestido como malo, persecutorio, convirtiéndose en el objeto de su odio (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Autores tales como Langer (1964), Oiberman (2000, 2004, 2005), Pines (1972, 1993), Racamier (1979, 1984a) y Soifer (1971) señalan que la ambigüedad y ambivalencia del sentimiento se expresan en el plan psicótico como denegación del embarazo, del nacimiento y la filiación; y en el plano neurótico se manifiestan como ansiedades respecto a la integridad y viabilidad del hijo, así

como fantasías de competencia respecto a su función de madre.

De lo indicado anteriormente, la ambivalencia, tanto manifiesta como latente, está presente en todo vínculo mamá-bebé, y mucho dependerá de la relación entre los padres, de la relación de la madre con su propia madre, así como de la relación con el bebé. Se podría indicar que aún el más feliz de los embarazos implica ambivalencia, ya que la creación de una vida nueva y el desarrollo de un nuevo rol significan la pérdida de lo viejo. La madre necesitará realizar un nuevo paso en su camino de individuación-separación de su madre para poder convertirse en madre de su hijo. Para lo cual necesita experimentar una doble identificación, es decir, identificarse simultáneamente con su propia madre y con su bebé. Así “representará y elaborará los roles y atributos tanto de la madre como del bebé, sobre la base de experiencias pasadas con *su* madre y *ella misma* como bebé” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 39).

Palacio-Espasa (1993) se refiere a los duelos del pasado infantil por un objeto realmente perdido y por el objeto fantasmático, es decir, la imagen ideal de los propios padres. Indica que si estos duelos están bien desarrollados, la parentalidad se convierte en una fase del desarrollo que facilita el acceso a la madurez en los vínculos. En cambio, cuando no se consigue aceptar que estas experiencias son irrecuperables e irrenovables, el infante se hace depositario de las experiencias infantiles idealmente deseables o indeseables, es decir del narcisismo infantil de los padres, teorizado como “escenarios narcisistas de la parentalidad” (Manzano, Palacio-Espasa, & Zilkha, 1999, p. 467).

2. El Primer Embarazo

El primer embarazo es un momento de crisis en la identidad femenina, un punto de no retorno, “el fin de la mujer como una

unidad y el comienzo de la inalterable e irrevocable relación madre-bebé” (Pines, 1993, p. 60). Es un momento de gran significado ya que se produce la preparación para la maternidad. La manera en que se desarrollan, acontecen y se manejan las tareas que involucra el embarazo será predictiva de la adaptación al rol maternal, del crecimiento psicológico y de la maternidad temprana (Leifer, 1980). Es un punto de crisis que lleva al crecimiento psicológico, a no ser que este desarrollo madurativo se vea obstaculizado en cuyo caso desembocaría en una depresión o psicosis (Birksted-Breen, 1992).

El primer embarazo supone un cambio en el vínculo con la pareja, es el pasaje de una relación de a dos a una relación de a tres (Thomaz, Lima, Tavares, & Oliveira, 2005) pudiendo conllevar a sentimientos ambivalentes y negativos hacia el bebé (Smith, 1999). Con la llegada del bebé, dejarán de ser sólo una pareja para convertirse en madre y padre responsables de la crianza del hijo. Brazelton & Cramer manifiestan que el reconocimiento del rol del padre tranquiliza a la madre de no ser ella la única responsable de cualquier éxito o fracaso:

Si tiene presente que su embarazo es el resultado de un acto de parte del padre, tanto como de ella, e idealmente del *deseo del padre de tener un hijo*, la madre evitará caer en la ilusión de que ella sola produjo el bebé. Cuando una mujer elige convertirse en progenitor único,..., estas cuestiones pueden quedar oscurecidas. Una mujer que usa a un hombre simplemente para que la fertilice,..., tendrá más tendencia a albergar la ilusión de que el bebé es resultado de su propia creatividad omnipotente. Sus temores y dudas, así como sus esperanzas, se verán intensificadas (1990, p. 49).

Entonces el embarazo se inscribe en una actividad narcisista fomentando la ilusión de imagen idealizada de sí misma como persona completa y omnipotente. “Esta tendencia estará en continua interacción con otras tendencias opuestas, como el deseo de relaciones con objetos, en las que éstos representan esencialmente lo que no es el sí-mismo y lo que está separado de éste” (Brazelton

& Cramer, 1990, p. 34). Una de las tareas intrapsíquicas que la mujer necesita alcanzar es la aceptación interna de su compañero, tanto física como psíquicamente (Deutsch, 1945). Esto implica la integración de nuevos sentimientos agresivos y amorosos junto a aquellos relacionados con sus experiencias infantiles, en particular aquellos relacionados con sus padres como niña, y a los referidos a su cuerpo (Bibring et al., 1961). El primer embarazo corrobora a la mujer su identidad sexual y da prueba al mundo de su madurez sexual. Biológicamente es la confirmación de un cuerpo de mujer sexualmente apto para poder procrear, lo que no necesariamente implica un yo lo suficientemente maduro capaz de asumir las responsabilidades y demandas de la maternidad (Anthony & Benedek, 1970; Pines, 1993).

El primer embarazo es una experiencia de profunda identificación de la gestante con su madre que puede reactivar intensos sentimientos ambivalentes. La nueva madre puede sentir que necesita la asistencia de su madre para que la guíe y ayude con el bebé, así como para que le brinde sostén. Esto puede llevarla a querer convertirse en una mejor mamá que su madre o puede despertarle miedos y temores de no poder ser tan buena madre como su propia madre (Stern, 1995; Cramer, 1997; Balsam, 1996, 2000). Para aquella primigesta que ha vivido a su madre como “suficientemente buena”, la regresión temporal a una identificación primaria con una madre generosa, y con ella como hija de esta madre cuando niña, el embarazo será una etapa evolutiva de placer que permitirá una integración madurativa, la promoción y aumento de la autoestima, y el desarrollo de un sí mismo más integrado (Pines, 1993, p. 81).

Palacio-Espasa (Manzano & Palacio-Espasa, 1993) indica que la primera maternidad implica una serie de reacomodaciones psíquicas que se realizan bajo la presión del duelo del desarrollo que requiere renunciar al lugar de la niña que ocupaba junto a sus

padres, e identificarse con ellos para funcionar como madre. El duelo del desarrollo propio de la maternalidad refuerza vivencias de pérdida y de abandono por parte de los padres, y se hace dentro de un clima de reivindicación y ambivalencia. Los deseos y necesidades infantiles se depositarán en el bebé a través de mecanismos de identificación proyectiva que están al servicio de la empatía con las necesidades del infante. La presencia del infante trae una movilización preconscious de las identificaciones primarias, dada la necesidad de funcionar como madre (Manzano & Palacio-Espasa, 2002). Este proceso identificatorio se inicia ya en la etapa temprana mediante la identificación con la madre cuidadora o rechazante. Los hitos fundamentales de este proceso son por un lado la resolución del complejo de Edipo y las transformaciones identificatorias sexuales que tienen lugar en la adolescencia. Las identificaciones post-edípicas de la latencia organizan la estructura intrapsíquica, así como la identidad, en tanto que las de la adolescencia consolidan los aspectos sexuales de esta, momento donde surge el trabajo preconscious de identificación con la función maternal de la propia madre (Blos, 1967). Este proceso identificatorio se verá reforzado con la llegada del bebé, haciendo más consciente el proceso identificatorio con la madre. Los ideales maternos exigentes y difícilmente alcanzables que la joven ha construido, sumados a los reproches y reivindicaciones hacia la madre de la infancia y adolescencia se pueden volver entonces contra la madre que se ve obligada a identificarse con ellos: madre idealmente afectuosa, presente, tolerante, disponible, etc. (Palacio-Espasa, 2004).

2.1. Primer Embarazo como Proceso de Separación-Individuación

El primer embarazo le permite a la mujer un paso más en la identificación anclada en su cuerpo. Así entra en la última etapa de

ser como su madre, una mujer biológicamente madura para poder engendrar, ser impregnada por su compañero, y lo suficientemente poderosa como para poder dar vida (Pines, 1972). Los cambios físicos que trae el embarazo facilitarán la reactivación de la unidad primaria con la madre, a la vez que favorecerán la experiencia de diferenciación del cuerpo de la madre que una vez la albergó (Pines, 1978). Esto le permite a la mujer devenida madre un paso más en el proceso de separación-individuación (Pines, 1993, p. 100). Como Bydlowski manifiesta, procreando la gestante se encuentra y toca a la propia madre y, a su vez, la prolonga diferenciándose de ella (1989, p. 34).

Las primitivas angustias y ansiedades del proceso de individuación-separación de la mujer devenida madre se reactivan con la experiencia del primer embarazo. Así también la identificación de la mujer con la representación interna de su madre se ve reforzada físicamente cuando acontece la primera gestación. Por otra parte, la reactivación de las fantasías infantiles de sí misma como el bebé en el interior del cuerpo de su madre, se activarán con la identificación narcisista con el bebé en su interior (Birksted-Breen, 1975).

La simbiosis física del embarazo como metáfora de la simbiosis emocional de la gestante, reactiva la doble identificación con la propia madre y con el futuro bebé, y así también los sentimientos ambivalentes. Bibring et al. (1961) manifiestan que la tarea del embarazo consiste en la distribución y catexias de las representaciones objetales y del sí mismo. Para aquella mujer que ha experimentado una madre “suficientemente buena”, la regresión temporal a una identificación primaria con una madre omnipotente, dadora, y con ella misma como su hija, resulta en una etapa evolutiva de promoción madurativa del sí mismo como proceso psicoafectivo. En tanto, para aquella mujer que ha vivido una madre poco disponible, desvalidante, la regresión inevitable que trae el

embarazo y la maternidad puede ser dolorosa y aterradora. El deseo infantil de fusionarse con la madre y el temor a esta fusión que ocasionó el fracaso de la diferenciación self-objeto puede activarse resultando en sentimientos ambivalentes hacia sí misma como madre y hacia el bebé, llevando al fracaso de la integración de las fantasías de unidad madre-bebé en la realidad adulta (Pines, 1972, 1978, 1993).

Colarusso (1990) utiliza la denominación “tercera individuación” para dar cuenta de los efectos de la parentalidad biológica en el proceso de separación-individuación en la adultez. Escribe:

Como parte de la tercera individuación los jóvenes adultos gradualmente reconocen su semejanza con sus padres, en tanto pueden cuidarse, son capaces de amar física y emocionalmente, y de procrear. Convertirse en padres genera el mayor cambio intrapsíquico del sentido de sí mismo físicamente inmaduro y dependiente, a un joven adulto sexualmente maduro capaz de comprometerse en una relación (p. 186).

Cuando una pareja se convierte en padres se crea una nueva familia con una estructura idéntica a la de la familia de origen. La hija ahora madre completa el círculo y los roles se revierten, ahora es ella la que tiene que alimentar, cuidar, nutrir, y atender a su hijo, en tanto la abuela, fuera de este círculo, necesitará reelaborar la representación que tiene de su hija ahora devenida madre. A su vez, el nuevo rol de la hija llevará a la redefinición del lugar de la estrenada abuela en la cadena transgeneracional, esta reelaboración de la identidad de la abuela Colarusso la denomina “cuarta individuación” (1990, p. 194).

Benjamin (1995) trasciende las consideraciones acerca de la separación-individuación con la noción de “reconocimiento mutuo” y las tareas de autoafirmación. Critica el modelo del desarrollo psíquico propuesto por Mahler (1971) argumentando que la

meta evolutiva no debería definirse en términos del logro de la individuación, sino que debería evaluarse en función de la adquisición de la capacidad de relacionamiento intersubjetivo. Benjamin plantea que el logro de una conexión genuina con el otro es el reconocimiento de su subjetividad soberana e irreductible a la propia. Propone que la búsqueda de la separación, de la individuación, no es sólo una reacción ante la dependencia, que es el énfasis del planteamiento edípico, sino una expresión de “amor ante el mundo” (1995, p. 66). Formula que antes de llegar a la fase edípica se presentará una fase de unión (*rapproachment*) marcada por la búsqueda de la niña de su estatus como sujeto, en el que el conflicto dependencia-independencia refiere a la búsqueda de reconocimiento de ambos padres (Burin & Dio Bleichmar, 1996).

Siguiendo a Freud en su discusión de amor identificatorio (1921), la niña buscaría una identificación con el padre, representante del mundo externo, como la persona que ayuda a la individuación-separación, simbolizada por sus genitales. Así se presenta la envidia porque es un amor identificatorio que se impide. Se plantea un esquema dual polarizado que implica una madre “poderosa, abarcadora”, desde su poder extraño, que acarrea el peligro de un estado de fusión, y un padre “liberador” que apunta a la individuación y al mundo externo. Entonces lograr la individuación y la separación lleva a sacrificar la identificación y cercanía con la madre, y a repudiar el rol materno y la feminidad. Benjamin argumenta que el problema de este planteamiento es que unilateraliza la visión del proceso edípico del que emerge una nueva omnipotencia y diferencia convertida en dominación, con un padre que encarna la diferencia y el principio de realidad y una madre a la que se asigna un papel pasivo. Para Benjamin, entonces, no se trata de oponer unilateralmente un super yo paterno a un yo ideal materno (pre-edípico), sino que es necesario distinguir entre ideales maternos y

paternos y superyos maternos y paternos. Es en este terreno materno y paterno donde se desplegaría el proceso de individuación y desarrollo, y la tensión, entonces, sería la problemática de la autoafirmación y el reconocimiento mutuo. Así la madre se constituiría, también, en un “camino al mundo externo” (Benjamin, 1995, pp. 141-165).

3. Deseo Materno

Sin embargo, no es suficiente el procrear ni el ser designado como madre, sino que es necesario convertirse en madre, ya que tener un hijo no es lo mismo que convertirse en madre. Tal experiencia conlleva el deseo de tener un hijo y el proceso hacia la maternalidad, donde la madre siente y hace sentir a su hijo que es deseado, “que muere de ganas” por él (Solís-Pontón, 2002, p. 4).

El deseo de tener un hijo ha sido objeto de numerosas hipótesis psicoanalíticas que convergen en la resolución del proceso edípico, que supone ser fecundada en una identificación con la madre, pero también como un deseo de separación de los objetos parentales dañados en la fantasía inconsciente. Transmitir vida sería parte del proceso de reparación en la medida que a través del embarazo se restaura la fecundidad fantasmática de las imagos parentales (Langer, 1964). Según Chodorow el deseo de tener un hijo viene a llenar la necesidad triangular femenina: “El tener un hijo recrea la deseada exclusividad madre-niño en la mujer” (1978, p. 295), el deseo de fusión de ella misma y el bebé. Escriben Brazelton & Cramer:

Junto con este deseo de unidad con el hijo está el deseo de volver a la unidad con la propia madre de una. Este deseo es una fase vital del desarrollo normal, una fantasía fundamental para el mantenimiento de la autoestima y una parte importante de la vida amorosa adulta. La oportunidad de gratificar esas fantasías de simbiosis durante el embarazo lo convierte en un período propicio para soñar y solazarse con fantasías de unión. Después del parto, el desarrollo y el mantenimiento de actitudes maternas de vínculo dependen de que la mujer recobre estas fantasías de unidad con la propia madre. El futuro hijo encierra la promesa de una

relación estrecha, del cumplimiento de las fantasías infantiles (1990, p. 35).

Cramer (1989) plantea que el impulso que lleva a desear un hijo es la nostalgia del amor de los padres, y que este deseo se basa en el anhelo de recuperar ese paraíso perdido donde el niño era el objeto del amor de los padres y donde se sentía como un niño perfecto. Carril (2001) manifiesta que el deseo de hijo depende de objetivos narcisistas y edípicos inherentes a la historia de la madre y el padre. Escribe:

El deseo maternal es producto de un largo proceso que se inicia en la infancia, y está directamente relacionado con el desarrollo psicosexual de la niña, determinado por los procesos identificatorios con ambos padres, resultante de la implantación en la mente de la hija de mensajes inconscientes relativos a la feminidad y que incluyen las representaciones sobre la maternidad (p. 4).

Los aportes de Bibring et al. (1961) sobre la posibilidad de confrontarse con la propia madre en el momento de la gestación, son retomados por Pines (1978, 1993) como “deseo de embarazo” y “deseo de maternidad”. En tanto el primero apunta al deseo narcisista de probarse que el propio cuerpo funciona como el de la madre, potente y productivo; el segundo, si bien está presente en todo embarazo, se presenta particularmente activo en el embarazo adolescente: se trata de un deseo del sí mismo de demostrarse que se es en tanto se gesta. Brazelton & Cramer escriben:

El embarazo contrarresta la sensación de vacío y la preocupación de que el cuerpo sea incompleto. Este deseo se advierte ya en el juego de los niños de corta edad. Niñas y varones procuran simular un embarazo abultando su abdomen con una almohada o haciendo sobresalir su vientre....

El deseo narcisista de completarse una misma a través de un *hijo* es más diferenciado: la madre contemplará al hijo deseado ante todo como una extensión de su propio sí mismo, como un apéndice de su cuerpo; la niña realza su imagen corporal, dándole una dimensión adicional que puede ser exhibida con orgullo (1990, pp. 34-35).

Soifer sostiene que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto ambivalente entre el deseo maternal y el contradeseo, es decir el rechazo. Este rechazo “se basa en evidencias persecutorias debidas a la elaboración del conflicto edípico. El mecanismo de defensa más útil para resolver el conflicto es la negación” (1971, pp. 23-24). La intensificación de las vivencias persecutorias es el producto de sentimientos de culpa infantil por los ataques fantaseados a la propia madre y por el deseo de ocupar su lugar. La vivencia persecutoria es que alguien pueda arrebatarse el hijo soñado y demostrarle que es una fantasía y no un embarazo real. Como también, que el embarazo deseado implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil envidiosa: tener un hijo y destruir a la madre.

Brazelton & Cramer enuncian los anhelos y fantasías que se entrelazan en el deseo de tener un hijo y que preparan a la madre para el vínculo: una doble identificación con la propia madre y con el bebé, deseos de completud y fusión con el hijo, como también de reflejarse en él, además de la oportunidad de cumplir ideales y de renovar viejas relaciones. Es decir que puede también enmascarar otros deseos, el de fecundidad, el de encontrarse con la propia infancia, el deseo de la inmortalidad y la transmisión transgeneracional.

Escriben:

Se ve al hijo como el siguiente eslabón de una larga cadena que une a cada progenitor con sus propios padres y antepasados. La fuerza de esta filiación crea infinitas expectativas: el hijo será portador de los rasgos de la familia, del apellido de la familia; es posible que asuma una profesión que caracteriza a la familia, o el nombre de un antepasado famoso (1990, pp. 35-36).

En tanto Lebovici manifiesta que el deseo de los padres de tener un hijo dará sentido a su llegada y lo inscribirá en el “árbol de la vida”. Expresa:

La historia transgeneracional consta de elementos de la historia de los padres, de los abuelos, con frecuencia de los conflictos, pero también lleva en sí al niño mítico. Todos estos elementos van a concentrarse en el mandato transgeneracional transmitido al niño. Cuando se busca un mandato transgeneracional, se ve que los padres se unieron para concebir un niño portador de dicho mandato. Los abuelos desempeñan un papel esencial en la materia (Solís-Pontón, 2002, p. 5).

Blos (1985) indica que las imágenes mentales y los deseos del hijo existen tanto consciente como inconscientemente para cada madre, y que estas imágenes y deseos comienzan antes de la concepción y no terminan nunca. El hijo evoca en la madre las esperanzas y aspiraciones más profundas, los sueños más narcisistas y la hostilidad más destructiva. Una de las fuentes de estas intensas emociones y fantasías reside en el pasado de la madre, en tanto que otra fuente es el estatus actual de la madre como adulta.

En la teoría psicoanalítica tradicional (Freud, 1933a) el énfasis está puesto en el deseo de las mujeres de ser madres, conceptualizado sobre un modelo de mujer cuyo ideal era la maternidad con un alto grado de sexualidad reprimida, donde los hijos son una prolongación narcisista o sucedáneos eróticos. Horney (1926) critica esta postura, indica que los procesos psicológicos femeninos se han abordado desde un enfoque masculino típico de una sociedad androcéntrica que ha llevado a las mujeres a considerar todo lo positivo que puedan tener como masculino, y todo lo negativo como femenino. Para Horney (1924) la envidia del pene adquiere su carácter destacado cuando la niña teme competir con la madre y opta por identificarse con el padre (Langer, 1964, pp. 44-45)

En tanto para Melanie Klein (1957) la voracidad de la niña y su envidia de pecho la llevan a envidiar y desear el pene del padre, porque cree que la posesión de este órgano la capacita para recibir el pecho materno. Es decir que la envidia del pene es

proporcional a la voracidad de la niña y a su envidia de pecho. Dado que la envidia del pecho la lleva a atacar el cuerpo de la madre, teme su contraataque, y se defiende contra su temor de estar destruida en su femineidad, adoptando una posición masculina que implica envidia del pene. Entonces, esta envidia es, en última instancia, el resultado de su envidia del pecho (Langer, 1964, p. 56). Por su parte Benjamin expresa:

De modo que la envidia del pene no sería la disparadora del complejo de Edipo, como pensaba Freud, sino el resultado de una situación edípica abortada, una “fuga de la condición de mujer”. La percepción de sus propios órganos dañados o inadecuados podría producirse, según coinciden Horney y Klein, debido a que la niña teme un perjuicio como retribución por su deseo envidioso de remplazar a la madre robando el pene del padre, o de hacerle daño robándole los bebés (1995, p. 143).

En tanto Meler escribe:

La niña, concebida según el modelo griego del varón fallido o castrado, luego de iniciar su existencia en una condición semejante a la masculina, atravesaría el penoso camino hacia la femineidad haciendo de necesidad virtud. ...las mujeres pasivas, narcisistas y masoquistas no debieron estos rasgos psíquicos a sus genitales, sino a un contexto que las asignaba a la familia, les ofrecía el matrimonio y la maternidad como meta suprema de su proyecto de vida y les negaba el acceso a la sexualidad, la educación superior, el trabajo remunerado y la ciudadanía (2003, párr. 2; párr. 8)

Benjamín cuestiona que la maternidad sea un estado de maduración o un estado de desarrollo psicosexual normal, en el cual la niña repara el deseo del pene por el deseo de un hijo. Interpreta la envidia del pene como: “la expresión del esfuerzo de la niña de identificarse con el padre como una forma de establecer la separación que es amenazada por la identificación con la madre” (1988, p. 95). El tema es entonces el padre, no el pene: “Lo que llama Freud envidia de pene, a la orientación masculina de la pequeña niña, refleja en realidad el deseo de la niña de identificarse con el padre, percibido como representante del mundo externo” (Benjamin,

1988, p. 100). Añade aún Benjamin: “No es anatomía, sino la totalidad de la relación de la niña con su padre, en un contexto de polaridad sexual y responsabilidad desigual en la crianza de los niños lo que explica la carencia percibida de la mujer” (1988, p. 86). Siguiendo a Benjamin, la niña buscaría una identificación con el padre, representante del mundo externo, como la persona que ayuda a la individuación-separación, y es simbolizada por sus genitales. La envidia, entonces, se presenta como respuesta al amor identificatorio que se impide.

Desde la perspectiva psicoanalítica de género autoras como Burin (1996) y Tubert (1996) señalan que el deseo de ser madre o tener un hijo se juega en un nivel psicológico que tiene que ver con la triangulación edípica y con la identificación especular de la niña con la madre. Tubert escribe:

El psicoanálisis ha mostrado que el deseo del hijo no corresponde, de ninguna manera, a la realización de una supuesta esencia femenina, sino que es propio de una posición a la que se llega después de una larga y compleja historia, en la que el papel fundamental corresponde a las relaciones que la mujer ha establecido en su infancia con sus padres tanto en el plano de la triangulación edípica como en el de la identificación especular con la madre (1996, p. 9).

A su vez Tubert distingue entre el “deseo de hijo” y el “deseo de maternidad”. El deseo de hijo refiere al deseo de *tener* un hijo en tanto que el segundo refiere al deseo de *ser* madre. El deseo de ser madre es narcisista, se apoya en la capacidad de engendrar, parir y amamantar, y en la conformación del rol social materno idealizado. El deseo de hijo está relacionado con la conformación del Ideal del Yo de la niña, que al tiempo que resuelve su peripecia edípica, se identifica con los símbolos culturales respecto de su género sexual. En tanto que el deseo de maternidad proviene de *ser-como* la madre, dominio del Yo Ideal, formado a partir de las

identificaciones primarias, núcleo remanente del narcisismo infantil en la mente del adulto, que restituirá la posición narcisista de la niña, en la que aún no se reconocía diferenciada de la madre. Alude a lo preedípico, a la identificación primaria con la madre, objeto del apego y de cuidados autoconservativos, semejante de género. Entonces se querrá ser madre para ser una con mamá. El deseo materno, entonces, se juega a nivel inconsciente y tiene que ver con la triangulación edípica y con la identificación especular de la niña con la madre (Tubert, 1993). En sus términos Tubert expresa:

De manera esquemática podemos decir que el deseo de hijo, puesto que supone el reconocimiento de la castración se despliega predominantemente en una dimensión simbólica, en tanto que el deseo de maternidad corresponde fundamentalmente a una dimensión imaginaria (1991, p. 117).

Es decir que el deseo de un hijo no se refiere al proceso orgánico de la reproducción, sino que implica la capacidad de donación, reparación de los traumas infantiles de la madre, desplegar logros, transmitiéndolos a la próxima generación (Connolly de González Rugna, 2004, p. 76). En este sentido Larbán Vera expresa: “el deseo de ser madre está infiltrado de significados y deseos inconscientes... El deseo de tener un hijo, nacido de exigencias personales inconscientes y de exigencias sociales a la vez conscientes y relacionales, es ambivalente” (2005, p. 120). A su vez, Lipari & Speranza (1992) manifiestan que el deseo materno es complejo y responde a la historia particular de vida de cada mujer, expresado desde las fantasías y representaciones que la niña tiene a su disposición durante su desarrollo; es decir que va sufriendo constante modificaciones en respuesta a la motivación interna y a la condiciones socio-culturales externas.

4. Adaptación al Embarazo

La tarea a la que se enfrenta una mujer que deviene madre es multidimensional, conllevan a redefinirse en una serie de ámbitos: familiar, de pareja, social, laboral, cultural, etc. Las percepciones y representaciones de sí misma cambian: como mujer, como pareja de su compañero, como hija de sus propios padres, como hija y madre de su bebé, como trabajadora, etc. También se gestarán cambios a nivel social y económico, dependiendo de la condición socioeconómica que vive la gestante, de su rol social y laboral, y de los roles sociales, laborales y culturales que asuma (Raphael-Leff, 1995).

Asimismo, se sumará como parte de una extensa cadena de mujeres que han dado origen a su familia, y más aún, a la especie. Lebovici (1989a, 2006) y Bydlowski (1997) conceptualizan esta transmisión como “mandato inter y transgeneracional”, en tanto que Ammaniti (1991), Fava Vizzielo, Antonioli, Cocci, Invernizzi & Cristante (1993), Stern (1995) y Fonagy (1999) como “transmisión transgeneracional” para dar cuenta de un tipo de vínculo narrado, una especie de guión, de drama que recoge la historia vincular de madres, padres e hijos en una familia. Se trata de una reelaboración de la verdad histórica, no los eventos en sí, sino de una mitología familiar que se transmite a través de generaciones en una familia particular y, de manera más amplia, en la especie (Fonagy, 1991; Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1993). Lebovici (1998) manifiesta que lo que se transmite es el vínculo con los padres operacionalizado como el proyecto y deseo de hijo, conceptualizado como “árbol de la vida”, que se presentifica en las representaciones del ‘hijo imaginario’ y el ‘hijo fantasmático’ que la mujer devenida madre ha ido construyendo desde su infancia. Expresa en sus términos:

...los cuidados maternos...refleja lo que yo siento en tanto madre, y lo que siento en tanto madre es también lo que siento como hijo de mis padres. Dicho de otro modo, yo construyo como intérprete que es mi bebé, un árbol de la vida, y este árbol de la vida refleja mi propio pasado, y los elementos transgeneracionales de mi propio pasado (Lebovici, 2002, p. 186).

Por otra parte, la madre estará influenciada por las variables sociodemográficas, las ventajas y desventajas de su estatus socioeconómico, como así también por los valores y creencias sobre la maternidad y el rol materno prevalentes en cada cultura (Callister, 1995). Diferentes sociedades y culturas sustentan distintas creencias sobre las prácticas maternas, los roles de la mujer, y la implicancia religiosa del embarazo (Cohen & Slade, 1993, p. 26). No obstante, aquellas mujeres miembros de una cultura que hayan emigrado a otra se encontrarán influenciadas por las costumbres y tradiciones de la cultura de acogida respecto al embarazo, maternidad y crianza (Woollett et al., 1995), y estos cambios serán intensos, especialmente cuando se trata del primer embarazo. Para aquellas gestantes provenientes de sociedades y culturas donde la familia extendida es la organización familiar predominante, que hayan estado extensamente expuestas a experiencias de maternidad y prácticas de crianza previas a su primer embarazo, las transformaciones psicológicas, de identidad y la adaptación a la maternidad no serán tan abruptas ni dramáticas (Cohen & Slade, 1993, p. 26).

Moro (2008) expresa que la vulnerabilidad de las madres en el periodo perinatal propicia una regresión y expresión que le es propia, la cual se podría teorizar a partir del concepto de “transparencia psíquica” (Bydlowski, 1991) que refiere al hecho que el funcionamiento psíquico de la madre es más legible y fácil de percibir. Entonces, el proceso de maternaje, donde se reviven conflictos infantiles reactivados por la resurgencia de la andadura edípica del pasaje de hija a madre, hace que los deseos, conflictos, emociones

se expresen más libremente y de manera más explícita. En términos de Moro la inmigración potencia esta transparencia psíquica que se expresa:

de manera diferente a nivel psíquico y cultural. A nivel psíquico, por la reviviscencia de los conflictos y la expresión de las emociones. A nivel cultural, por el mismo proceso pero aplicado esta vez a las representaciones culturales, a las maneras de hacer y decir propias de cada cultura (2008, pp. 21-22).

Es decir que todos los elementos culturales se reactivan, se vuelven importantes y valiosos, y en palabras de Moro “cobran vida” en la madre. Desde esta perspectiva Moro propone el término “transparencia cultural” para pensar por lo que atraviesa la madre cuando está atravesada por la inmigración, indicando que esta modifica la relación con la cultura de origen y por lo tanto con sus propios padres (2008, p. 22). Moro citando a Lebovici (1995b) escribe:

Cada uno de nosotros es portador de un mandato transgeneracional: se puede decir que nuestro “árbol de vida” sumerge sus raíces en la tierra regada en la sangre que las heridas provocadas por los conflictos infantiles de nuestros padres han dejado caer. No obstante, estas raíces pueden dejar al árbol de la vida desarrollarse mientras no estén enterradas bajo las profundidades de la tierra y por tanto inaccesibles (2008, pp. 22-23).

En la inmigración la gestante pierde el acompañamiento del grupo, el apuntalamiento familiar, social y cultural (Moro, 1994). La ausencia de las representaciones culturales que sirven de soporte dificulta dar sentido a las emociones, a las representaciones de sí misma como madre, a la capacidad de dar y mantener la vida, así como a la interacción mamá-bebé. La pérdida de las fantasías, rituales, valores y costumbres que dan sentido a lo que sucede durante la gestación y relación temprana acarrea dificultades en la transmisión transgeneracional, en la adaptación al embarazo, en la redefinición de sí misma como madre y en las representaciones

sobre el bebé.

Por su parte Lederman (1984) centrará la atención en la experiencia psicosocial y en el proceso emocional, en las fantasías, expectativas y crecimiento que acompañan el embarazo, más que en los aspectos biológicos de la reproducción. Añade que la aceptación del embarazo hace referencia a las respuestas adaptativas ante los cambios inherentes al proceso prenatal, y se encuentra relacionada con la identificación con el rol materno, la relación con la madre, y con la adaptación y gratificación de estar embarazada. Escribe: “La aceptación del embarazo requiere un balance satisfactorio entre las experiencias maternantes de la madre cuando niña, sus fantasías, sueños, deseo del hijo, la relación consigo misma como mujer, como futura madre, con su madre y con su compañero” (1984, p. 18).

Raphael-Leff (1982) centra la atención en las tareas biopsicosociales, en el proceso emocional, en las fantasías, expectativas y crecimiento que acompañan el embarazo, en consecuencia con la identidad personal. A través del mito de Pandora describe el resurgimiento y revitalización de una serie de contenidos inconscientes que emergen debido al estado de gestación (1995, p. 27). Indica que a nivel inconsciente, las cuestiones que preocupan a la gestante son los misterios femeninos de albergar, formar, preservar y transformar. Al verse confrontada con tan importante responsabilidad creativa, le surgen dudas sobre su capacidad de gestar a un bebé sano y de mantener la vida. Se pregunta si será capaz de continuar con su vida y al mismo tiempo sostener el crecimiento del bebé, nutriéndolo y protegiéndolo de peligros durante la gestación y el parto. Coincidiendo con Stern, Bruschiweiler-Stern & Freeland (1998, pp. 80-85), Raphael-Leff manifiesta que la responsabilidad de mantener y preservar la vida del bebé es otra de las

preocupaciones de la gestante. Vale señalar que junto a los males que contenía la caja de Pandora también se encontraba la esperanza, que, como aquellas otras, también fue diseminada por el mundo. Esta esperanza es a la que la autora refiere cuando la madre se pregunta: “¿Podré, por el misterio de la transformación, lograr el milagro de convertir una semilla en feto, el embarazo en bebé, fluidos en leche, y convertirme en mamá?” (Raphael-Leff, 1995 pp. 46-47). En tanto Lederman (1984) indica que la aceptación del embarazo es contingente con la confianza en la salud y bienestar del bebé. Añade, además, que la no aceptación del embarazo está asociada a ansiedad ante la maternidad, preocupación por los cambios corporales, anomalías en el infante, desempleo, escasa o poca red social, y baja confianza en su capacidad de maternar (Lederman & Lederman, 1984).

Durante las 40 semanas del periodo gestacional la mujer aumenta de peso y su cuerpo sufre una importante transformación. Las implicaciones psicológicas de estos cambios físicos, como son el tamaño y forma del cuerpo, así como la pérdida de control sobre su cuerpo son considerables (Soifer, 1971; Raphael-Leff, 1991c, 1996). Lederman (1984) señala que la no aceptación de los cambios corporales sería un reflejo de la ambivalencia hacia la maternidad y miedo a la pérdida de control del su cuerpo que suele generar inquietud y angustia (Warren & Brewis, 2004). Añade además, Lederman, en embarazos no planeados, los nueve meses de gestación llevan, en muchos casos, a la aceptación del embarazo, a la resolución de conflictos y al desarrollo del rol materno. Cuando la resolución de los conflictos psicológicos es lenta o no se dá, aún un embarazo planeado es difícil de aceptar. Añade aún, que si para el tercer trimestre existen residuos de conflicto, estos se expresarán como temor al parto y miedos a la propia salud y a la del bebé (1984, p. 20).

Hay consenso en la literatura revisada que el embarazo conlleva una serie de tareas sucesivas de incorporación, diferenciación y separación del feto que se dan a lo largo de los nueve meses (Soifer, 1971; Leifer, 1980; Brazelton & Cramer, 1990; Raphael-Leff, 1991a; Lis & Speranza, 1992; Pines, 1993; Piontelli, 2002). Las principales tareas son el logro de una fusión emocional con el bebé intrauterino en los periodos tempranos del embarazo, para luego diferenciarse gradualmente y finalmente alcanzar una progresiva separación psíquica entre ella y el bebé, la cual culmina en la separación física durante el parto (Condon & Corklindale, 1997). Entonces, el embarazo trae el cuestionamiento de las fronteras corporales, que desde la infancia han definido la separación de sí misma dentro de su propia piel. Pudiéndose, entonces, verse interrumpida la continuidad del self por las distracciones internas que perturban la ilusión de un cuerpo indivisible. En el embarazo, hay dos cuerpos, uno dentro de otro, dos personas bajo la misma piel, una unión que rememora la gestación de la propia embarazada en el útero de su madre. Este fenómeno de dos cuerpos en uno constituye un proceso biológico singular donde el cuerpo de la gestante reduce sus defensas inmunológicas para dar cabida al desarrollo de otro cuerpo dentro de ella. Raphael-Leff (1991c, 1996) toma esta condición biológica como metáfora de la capacidad materna de contener emocionalmente al bebé en su interior. Entonces, la capacidad de flexibilizar las fronteras corporales, en tanto permeables para albergar al bebé y a la vez firmes para poder permitir el reconocimiento que el bebé y ella están separados (Fonagy & Target, 1996), sería intrínseco a la capacidad materna de ver al bebé simultáneamente como parte de ella y como un ser en sí mismo, lo que permitirá un vínculo recíproco e íntimo después del nacimiento (I. Leon, 1986; Lester & Notman, 1988).

Durante el embarazo existe un continuo entretejido de realidades externas e internas que constituyen lo que Raphael-Leff

(1995) llama la “historia interior” (*inside story*). La gestante inviste al feto de ilusión y le adscribe un lugar entre las muchas imágenes de figuras primarias significativas de su mundo interno, habitado por fantasías y metáforas inconscientes de las muchas versiones de sus relaciones internas. En tanto que las personas de su mundo externo recrean climas emocionales del pasado jugando inconscientemente escenas donde son colocados. Así se repiten viejos temas, en un intento de perpetuar o recrear en la realidad externa encuentros interpersonales (Lieberman, 1997). Siguiendo la noción winnicotiana de espacio transicional (Winnicott, 1951), Raphael-Leff (1995) manifiesta que el bebé en el interior pertenecería a ese espacio intermedio donde la realidad interna y externa confluyen. Antes del nacimiento, la madre comienza a otorgarle al bebé características, en parte basadas en los ritmos fetales, respuestas y en su propia fantasía. Así la gestante inviste a la panza con un bebé imaginado. Puede ser el deseo consciente de un bebé con una determinada apariencia, personalidad, sexo, y hasta nombre. Entonces, el bebé imaginado puede representar un aspecto de la realidad interna, por ejemplo, un aspecto celebrado o temido de sí misma, o una vaga imagen de una figura significativa del pasado. Las identificaciones tempranas y los conflictos no resueltos con los padres arcaicos resurgen en este tiempo de transición entre ser la niña de su madre a ser la madre de su propio bebé. Tanto las fantasías de envidia a la madre prolífera, como los celos ante la relación de los padres, de la cual se encontraba excluida, se reactualizan en el curso de su deseo de un bebé. Así como también viejas rivalidades y ansiedades inconscientes sobre la retaliación materna por los deseos de la hija, y la rabia y los deseos destructivos hacia los bebés de la madre (Langer, 1964; Soifer, 1971; Raphael-Leff, 1991b, 1991c; Lipari & Speranza, 1992).

Si bien los deseos pueden ser conscientes, su origen radica en el inconsciente. Raphael-Leff (1996) elabora un modelo para

comprender los vínculos pre y post natales que la gestante establece con el feto y el futuro bebé. El “paradigma placentario”, en razón del lugar simbólico que ocupa la placenta como órgano que promueve el intercambio de sustancias vitales entre la madre y su bebé, y como metáfora del intercambio imaginado entre la madre y este. El útero se convierte en el receptáculo de sueños, esperanzas, deseos, y ansiedades, en tanto el bebé fantaseado se entreteje con el material de los sueños y el mundo interno de la madre (Raphael-Leff, 1991c; Lipari & Speranza, 1992).

La percepción de las interacciones surge, entonces, de conceptos inconscientes sobre el feto y de su auto imagen como una madre buena o peligrosa. Dependiendo de cómo la gestante perciba el intercambio, ya sea benigno o peligroso, erigirá o no barreras imaginarias. Estas fantasías fluctuarán entre estas posiciones de acuerdo al clima emocional y o a los síntomas físicos y, en general, cada mujer tiende a gravitar hacia uno u otro dependiendo de su modalidad defensiva (Trad, 1990; Slade & Cohen, 1996). Raphael-Leff (1996) postula a través del paradigma placentario que la percepción de sí misma y los sentimientos sobre el bebé pueden influenciar la experiencia emocional durante la gestación, la relación temprana y su comportamiento como madre (Slade, Belsky, Aber, & Phelps, 1999).

En la mente de la gestante la coexistencia de dos cuerpos en uno es posible si puede tolerar la ambivalencia hacia el embarazo y el bebé (Solomon & George, 1996). Entonces, es muy probable que, siguiendo a Winnicott (1953), pueda continuar siendo después del parto una “madre suficientemente buena” de un “bebé suficientemente bueno” (Winnicott, 1949, 1958b, 1960a, 1963). De lo contrario, la mujer que idealice el intercambio prenatal, considerándose a sí misma y a su bebé sólo en términos positivos, negará los

aspectos displacenteros, y se gratificará en fantasías mutuamente enriquecedoras. Entonces tratará de reestablecer esta intimidad exclusiva en el período postnatal, estableciendo una simbiosis negadora de la ambivalencia (Raphael-Leff, 1995, p. 49). En tanto, la gestante que se sienta perseguida internamente por el feto, que la daña, la devora, se sentirá obligada a establecer una barrera emocional que le permitirá proteger las partes buenas internas. Esta puede tomar la forma de desapego emocional, haciendo lo suyo sin dejar que sus pensamientos sean tomados por el feto, o puede presentar síntomas físicos, tales como acidez, constipación, flatulencia (Soifer, 1971). También puede ser que la gestante sienta que ella es una mala influencia para el bebé, y entonces lo perciba conoedor de su lado oscuro, como tolerante, o persecutorio, así alternado entre la aceptación, el rechazo, la culpa y la vergüenza.

De lo antedicho, debido a las variaciones individuales, a las fluctuaciones emocionales durante el embarazo y a las particulares configuraciones del mundo interno de cada mujer, es importante tener en cuenta que los autores reseñados coinciden que hay tantas respuestas ante el embarazo como mujeres embarazadas (Soifer, 1971; Chodorow, 1978; Birksted-Breen, 1989; Ammaniti, 1992; Cohen & Slade, 1993).

5. Ansiedades Específicas del Embarazo

Si bien cada embarazo es diferente es posible distinguir tres fases, que pueden tanto propiciar cambio psíquico como instalar mecanismos defensivos. Durante la primera fase del embarazo, la mujer está preocupada con la adaptación a los cambios y síntomas en su cuerpo. La segunda fase comienza con los movimientos fetales, con la idea de un ser separado y desconocido creciendo en su interior. La tercera fase se inicia cuando la gestante comienza a considerar que su bebé es viable, y que tiene posibilidades de

sobrevivir si naciera. Así, el foco durante los tres trimestres cambia de escenario: pasa del embarazo al feto al bebé.

La fragilidad psicológica, temores, preocupaciones y ansiedad, que acompañan silenciosamente todo el proceso, emergen con mayor intensidad cuando se aproxima el momento del parto (Raphael-Leff, 1995; Soifer, 1971). Fase en la que se concentra el miedo a lo desconocido, al dolor, así como la preocupación por la propia integridad física y la del bebé. Toda gestación, aún aquella muy deseada y que cursa sin complicaciones, puede suscitar sentimientos contradictorios. Farkas & Santelices (2008) indican la importancia de las actitudes de la mujer frente al embarazo, donde cabe considerar sus expectativas y sentimientos hacia el bebé y su rol de futura madre. Las actitudes negativas hacia el embarazo aumentan el estrés de la experiencia y las consecuencias psicológicas adversas, mientras que una actitud positiva disminuye el estrés y la ansiedad, y protegen a la mujer de posibles consecuencias psicológicas (Zambrana, Scrimshaw, Collins, & Dunkel-Schetter, 1997; Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini, & Hobel, 2005).

Soifer indica siete momentos en los que a la sintomatología física corresponde un acceso de angustia preciso: al comienzo de la gestación; durante la formación de la placenta, entre el segundo y tercer mes gestacional; ante la percepción de los movimientos fetales, entre el tercer y medio meses; por la instalación franca de los movimientos fetales, durante el quinto mes; por la versión interna, desde el sexto mes y medio en adelante; al comienzo del noveno mes; y durante los últimos días antes del parto. “Cada uno de estos accesos de ansiedad, que pueden durar días o semanas y llegar a producir sintomatología física propia, o inclusive provocar el aborto o el parto prematuro, se caracterizan por fantasías bien determinadas y específicas” (Soifer, 1971, pp. 21-22).

En el primer mes la angustia está ligada a la certeza de la concepción y a la propia capacidad de poder sostener la vida del

bebé. La mujer siente que necesita dormir mucho más de lo habitual, hipersomnia, lo cual corresponde a la regresión descrita por Langer (1964) que asume características de una identificación fantaseada con el feto. “La regresión en sí es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita” (Soifer, 1971, p. 22). En este momento, la mujer no logra definir la causa de estos cambios, e inconscientemente aparta los estímulos tanto internos como externos, entrando en un estado de ensimismamiento o sopor. Soifer escribe:

Esto sucede ya a partir de la segunda o tercer semana y se une a las ansiedades que despierta la verificación de la falta menstrual. Dicha falta llama la atención desde el primer momento dando lugar al interrogante o a la negación: “¿Estaré embarazada?” o bien “No, no puede ser un embarazo, seguramente es un atraso” (1971, p. 23).

Esta ansiedad por incertidumbre expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados por la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar. En términos de Soifer:

La vivencia persecutoria es que alguien pueda arrebatarse el hijo soñado y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real; o bien que el embarazo tan deseado implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil envidiosa: tener el hijo y que la madre esté destruida (1971, p. 24).

Las náuseas y vómitos, también expresarían la incertidumbre de estar embarazada y el temor a no ser capaz de dar a luz y criar al futuro hijo, temor “al hijo en general, a ese desconocido que recién se verá al cabo del embarazo, y en forma especial en el desarraigo cultural con respecto a los conocimientos sobre crianza” (Soifer, 1971, p. 26). Otro factor de esta ansiedad es el temor derivado de la situación económica precaria, o como fantasía inconsciente de la capacidad de criar al futuro hijo.

Alrededor del segundo y tercer mes gestacional, se establece la circulación a través de la placenta y el sistema nutritivo del embrión cambia. Como señala Raphael-Leff (1996) a través del paradigma placentario, la nidación y absorción de sustancias nutrientes del torrente circulatorio materno, con los concomitantes cambios psicológicos, son percibidos y pueden ser vividos inconscientemente por la madre en forma persecutoria. Además, el riesgo de aborto, muy alto hasta el tercer mes, está relacionado al placentamiento y temor del anidamiento embrionario, investidos de modo persecutorio. “El contenido de esta vivencia es la sensación terrorífica de ser comida y vaciada por un monstruo (el aborto), que simboliza al hijo. Estos terrores son asociados, por tanto, a una percepción orgánica, la del proceso de placentación” (Soifer, 1971, p. 27).

Entre el cuarto y quinto mes los movimientos fetales se hacen perceptibles, sin embargo pudieran negarse, “siento un movimiento de mariposas” o pudieran ser interpretados como señal de un bebé que daña, patea tanto que no deja dormir o trabajar. El mecanismo inconsciente es la proyección, lo proyectado son los sentimientos hostiles hacia la propia madre embarazada, tanto fantaseada como real. Se desplaza sobre el bebé una imagen terrorífica, quien es percibido como peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos, amenazan con causar daño físico. “Tales distorsiones de la percepción por negación o proyección, con sus fantasías correlativas, son la expresión de un profundo estado de ansiedad, común a todas las embarazadas” (Soifer, 1971, p. 31). Esta ansiedad refiere al temor al futuro hijo en sí mismo, un desconocido, cuyo sexo, forma, características son una incógnita. También refiere al sentimiento de responsabilidad asumida, que ante el vientre voluminoso, adquiere características de hecho real y concreto. Además, teniendo en cuenta el proceso biológico, significa “haber cedido parte de la propia vida” (Soifer, 1971, p. 31),

ansiedad que se condensa ante el miedo al parto, o a morir durante el mismo, como a gestar un hijo deforme. Los mecanismos maníacos, aliviadores de las intensas fantasías atemorizantes, pueden estar exagerados, en cuyo caso la gestante, a pesar de su embarazo despliega una intensa actividad no dando cuenta de su estado. También, a través de la ensoñación, las fantasías del hijo hermoso y bueno que la llenarán de felicidad, la gestante acude a mecanismos reparatorios que le permiten así la prosecución del embarazo e instalan a través de la identificación la imagen de una madre feliz y devota.

Luego, hacia el tercer trimestre, frente a la percepción de los movimientos fetales que se hacen más acentuados, irrumpe la ansiedad dominante de todo el embarazo: la ansiedad culposa, que se manifiesta somáticamente como hipertensión, lipotimia, calambres, aumento excesivo de peso, etc. La gestante puede tener fantasías de vacío y pérdida, acompañadas de temor de nacimiento prematuro, anticipando la dificultad de la separación inminente luego del parto, que refieren a la experiencia de unión íntima, exclusiva con su bebé y en la que nadie puede interferir (Soifer, 1971, p. 33).

Durante la tercera fase, al considerar la viabilidad del bebé, el fin del embarazo se vuelve una realidad y la gestante se da cuenta del cambio irreversible que está por acontecer: el nacimiento de su bebé. Enfrentada a lo desconocido, monitorea las fechas probables de parto, en un intento de poner algo de previsibilidad ante lo desconocido (Pines, 1972, 1983). La incertidumbre de la fecha de parto es fuente de ansiedad que se desplaza temporalmente al aumento de peso y al tamaño del bebé en el último mes gestacional. En tanto que los días previos al parto están caracterizados por la angustia al parto, al dolor, y miedo a la propia muerte y la del bebé. Reaparece la hipersomnolia que brinda la posibilidad de “retracción y negación necesaria para tolerar las ansiedades de este

momento” (Soifer, 1971, p. 49).

De lo expuesto, el parto implica una separación y como tal conlleva miedo, Lederman manifiesta que el deseo de postponer el parto podría indicar sentimientos ambivalentes respecto al futuro hijo o miedos y ansiedades sobre los riesgos del parto (1984). Sin embargo la curiosidad y el entusiasmo del encuentro con el bebé la llevan a contrarrestar esta angustia (Soifer, 1971). Birksted-Breen (1989, 1992) expresa que dar a luz a un bebé sano es fuente de alivio para la madre, pero junto al sentimiento de alegría y satisfacción emerge una sensación de pérdida. Pérdida de la condición de gravidez, de la sensación de potencia, donde el parto trae la culminación de una experiencia, y con ella la pérdida de una parte de sí. Sensación de pérdida del bebé interno y del bebé fantaseado, así como de un aspecto de sí depositado en el rol materno idealizado. Esta última pérdida más la confrontación con el bebé real en sus brazos, quien puede tener el sexo, apariencia, color y temperamento que no esperaba, es la más difícil de elaborar y podría ser causa de desilusión, tristeza, y fuente de dificultades en el vínculo temprano (Birksted-Breen, 1992).

6. Relación con la Pareja Padre del Bebé

Entre las múltiples tareas la mujer que deviene madre tendrá que reelaborar la relación con su pareja padre del bebé.

Missonnier manifiesta:

Con el anuncio del embarazo, algo va a cristalizarse en su vientre, comienza a desarrollarse un nuevo ser, esperado tal vez, pero que representa un cambio radical. En su propio cuerpo la mujer tiene toda la vida, la suya propia, la del hijo y, de alguna manera, la de su pareja (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 75).

La gran tarea que se plantea girará en torno al paso de la díada a la tríada, es decir, a la presencia de un tercero que le

demandará atención, cuidados, espacio y amor. Esta tarea y los conflictos que conlleva no son nuevos en la vida de la gestante, ya que la nueva situación de ser madre remite a la situación edípica primaria, a la configuración triádica entre madre-padre-hijo (Stern, 1977; Bydlowski, 1995). El embarazo y maternidad traerán la reedición de la antigua escena edípica, la irrupción de un tercero en una relación de a dos. Esta tarea parece equivalente tanto para la futura madre como para el varón que deviene padre, pero no similar. Serrano (2002) expresa que después de los avatares de la etapa edípica, la prohibición a la identificación con la madre, lleva al varón a desconectarse de la comunicación intersubjetiva, del entonamiento emocional, de la percepción imaginativa de las necesidades y sentimientos del otro. La identificación del varón con la madre queda bloqueada, y al proyectar fuera de sí mismo a la madre pierde en gran medida la sensación de tener dentro de sí esa fuente vital de lo bueno, lo que genera una desconfianza en su propio “adentro” y dificultad para conectar con sus raíces nutricias.

Así como la gestante comienza a hacer sus adaptaciones internas, el padre también tiene que realizar su propia adaptación a la nueva situación. Puede experimentar una sensación de exclusión y llegar a sentirse desplazado de la relación con su pareja. Puede percibir al futuro hijo como un rival que lo despoja de su mujer, tal como su padre hizo con su madre de la infancia (Brazelton & Cramer, 1990, p. 69), y entonces tiende a sentirse ambivalente hacia el futuro hijo. Nelly & Barnard (2000) manifiestan que el compromiso del padre con su pareja y con el futuro bebé lo llevan a reforzar su identidad como agente activo y participante, y a reducir su sensación de exclusión. “Su continua presencia es, pues, gratificante de dos modos: sirve para mantener su propio vínculo con la esposa y le permite comenzar a saborear la alegría de la parentalidad” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 74). Oiberman (1994),

coincidiendo con Stern (1995), y con Brazelton & Cramer (1990), indica que el padre, la pareja moderna se ha involucrado cada vez más en la gestación, parto y crianza, participando de una manera más o menos activa en el proyecto del futuro hijo, alejándose de su antigua imagen para construir una nueva (Oberman, 1998). Citando a Badinter Oiberman agrega: “El amor paternal está haciendo su aparición en la historia de los sentimientos, luego de haberse despojado de su imagen autoritaria (p. 304, Badinter, 1981)” (1998, p. 31). El grado de participación, en cualquier caso, dependerá de múltiples factores, intrapsíquicos, intersubjetivos, sociales y culturales (Lamb, 1976, 1977, 1986; Cowan & Cowan, 1992, 1997).

Así como la madre se pregunta si podrá sostener la vida y ser una buena madre, también el futuro padre se ve sumido en dudas, y se cuestiona si será un buen protector y proveedor (Brazelton & Cramer, 1990). Una resolución edípica, donde el hombre puede indentificarse con sus espacios internos que lo acerquen a sus raíces instintivas (Benjamin, 1995) hará posible la aceptación de su rol, la función de sostén y la “adquisición de la capacidad de identificarse con el embarazo de la mujer y colaborar como padre en crianza de los hijos” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 64). La respuesta responsable ante el nuevo rol, la capacidad de sostén del compañero le permitirán a la gestante sumergirse en su “historia interior” (Raphael-Leff, 1995), y en términos winicotianos en “la preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1956).

En la gestante se producirán profundos cambios en las representaciones y fantasías que ha mantenido sobre su pareja como amante y compañero, como padre del futuro hijo, y como hombre. Estas representaciones estarían en parte determinadas por el tipo de elección de pareja y la andadura edípica de ambos. Según Raphael-Leff (1995) la relación con su pareja, a quien puede

inconscientemente haber elegido para perpetuar transacciones parentales, o negarlas, puede afectar la creencia en su capacidad de dar vida, ya que las reverberaciones del pasado, los personajes de su mundo interno pueden, a veces, ser más influyentes que los de la realidad externa.

Entonces, las variaciones en el vínculo serán múltiples de acuerdo a las condiciones biopsicosociales pasadas y presentes de cada uno de los futuros padres. Es así que dependerá si la concepción del futuro hijo fue planeada y deseada o no, si se da en el contexto de una relación estable, si la pareja se separa al inicio del embarazo, en qué situación socioeconómica se produce la gestación, en qué contexto cultural, cómo fue la resolución de la conflictiva edípica, y cómo fue y es el vínculo de ambos progenitores con sus propios padres (Oberman, 2005). Entonces, a partir de tales circunstancias la pareja deberá acomodarse tanto a lo interno como a lo externo para paternar al futuro bebé.

La literatura revisada indica que la gestante reestructurará sus representaciones de manera que colocará al padre del bebé en diversos roles al mismo tiempo que ubica al futuro bebé como hijo de la pareja (Brazelton & Cramer, 1990; Ammaniti & Stern, 1994; Missonnier & Solís-Pontón, 2002). La gestante puede ubicar a la pareja como proveedor externo a la díada, como un extraño que interrumpe la unidad mamá-bebé (Cowan & Cowan, 1992). Las posibilidades son enormes y dependerá de las representaciones pasadas y actuales de la gestante en torno a su pareja, así como también de las que la pareja aporte con su actitud en torno al deseo del hijo, al embarazo y futura crianza del bebé. Ammaniti (1991), Fava Vizziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi (1992) y Fava Vizziello et al. (1993) indican que las representaciones maternas sobre la pareja sufren cambios durante el embarazo y crianza. Encontraron que

cuando la gestante valora la presencia y apoyo de la pareja, padre del bebé, percibe al feto más parecido al progenitor. Por el contrario, cuando la madre percibe a la pareja más alejada e incomprensiva de sus necesidades, percibe al bebé como más parecido a ella.

Stern (1995) señala que la gestante está más interesada en la pareja como padre de su bebé, en el sostén y soporte que brinda, que como compañero sexual. El apoyo emocional de la pareja ayuda a la gestante a amortiguar sus temores y ansiedades respecto de su nuevo rol y contribuye a que se adapte satisfactoriamente a su condición (Lederman, 1984). Parke (1986) encontró asociación entre la presencia del padre del bebé durante el parto con una experiencia positiva en el mismo, así como también menor necesidad de recibir analgésicos. Por el contrario, si la relación con el padre de su futuro bebé está marcada por conflicto y resentimiento, esto podría proyectarse en el futuro bebé (Brazelton & Cramer, 1990, p. 49). En cambio, si la relación con la pareja es buena, y este asume su responsabilidad de padre, la madre “tendrá una mejor oportunidad de reconocer que el hijo es un ser separado, con un potencial de crecimiento independiente” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 49). Oiberman escribe:

Parke y Tinsley (1987) demostraron que el esposo actúa como soporte emocional de la madre en el periodo posterior al nacimiento del bebé. Esto ya fue planteado por Winnicott (1975) al considerar que la madre, para ofrecer un buen *holding* a su bebé necesita estar ella misma adecuadamente sostenida por su pareja (2008, pp. 86-87).

Winnicott manifiesta que “el padre cumple la función de agente protector que asegura a la madre la libertad necesaria para consagrarse por completo a su bebé” (1950, p. 285). Soifer indica que “el embarazo es una situación que involucra no solamente a la mujer en sí, sino también a su compañero y al medio social inmediato que, inevitablemente, la acompañan en su proceso psicológico de regresión” (1971, pp. 21-22). La canción "De Parto" de Joan Manuel Serrat da expresa esta experiencia: “Si la viese usted

cantándose canciones de cuna, como un cascabel que acunase un clavel en un rayo de luna...Corre Lagarto pon otra cama en el cuarto. A empapelarlo de azul y en agosto de parto”.

Entonces, las vicisitudes de la relación con la pareja e intrapsíquicas, así como las que experimentan las representaciones maternas determinarán en cierto modo la relación entre los progenitores así como la relación con el futuro bebé. El deseo de un hijo por parte de una pareja, los roles que asuman, las expectativas y fantasías sobre el futuro bebé y la crianza movilizarán estructuras psíquicas e intrafamiliares que promoverán cambios en ambos progenitores, lo que podrá resultar en una nueva estructura familiar y estilo de crianza, que puede aproximarse o no al estilo inter y transgeneracional de la familia de origen.

7. Relación con la Madre

El vínculo con la madre es central en todas las etapas evolutivas tanto para el hijo como para la hija (Tyson, 1991), pero, a diferencia del hijo, la niña y la madre comparten la misma biología (Bernstein, 1991). El desarrollo del superego se ve marcado por el deseo de la niña de satisfacer y retener el amor del objeto del amor primario idealizado (Tyson, 1994, p. 457). En tanto Dahl (1995) manifiesta que la resolución de la organización psíquica femenina adulta se encuentra en la capacidad intrapsíquica de la hija de permitir continuas reverberaciones internas de las representaciones del vínculo con la madre en un permanente diálogo intrapsíquico con ella (p. 202). Al respecto, Brazelton & Cramer escriben:

Al tener un hijo, concretará el sueño largamente acariciado de volverse igual a su propia madre, haciendo propios los atributos mágicos y envidiados de la creatividad. Ahora estará a la altura de su poderosa madre, trastocando su sometimiento a ella y su sensación de inferioridad en la rivalidad edípica. Ahora puede convertirse en la Madre Universal y concretar su potencial creativo,

mientras que su madre de la vida real probablemente estará lamentando la pérdida de su propia capacidad de tener hijos. Si bien esto puede provocar un sentimiento de culpa, también aporta una fuente de renovada autoestima (1990, p. 40).

La maternidad pone a prueba la relación madre-hija, momento en el que la hija, ahora embarazada, tiene que asumir el rol de madre de su futuro hijo y a la vez permanecer hija de su madre. Es así que las identificaciones tempranas con la madre se reactivan y se presentifican ante la realidad de la relación con su propio hijo. Puede ser que la relación con la madre cambie y madure ante la comprensión de las tareas que demanda la maternidad. Este camino puede llevar a la resolución de la identificación ambivalente y permitirle a la futura madre una relación más madura con su propia madre (Pines, 1993). En términos de Brazelton & Cramer:

El deseo de tener un hijo también puede incluir un deseo de restaurar imágenes de la madre, a la que la mujer siente haber dañado debido a su envidia. Una mujer puede soñar con ofrecerle su nuevo hijo a su madre, como muestra de gratitud (1990, p. 40).

En aquellos casos, cuando los sentimientos ambivalentes hacia la madre no han sido resueltos, y los sentimientos negativos sobre sí misma, su compañero, u otras figuras importantes del pasado predominan, la regresión inevitable que conlleva el embarazo facilitará la reactivación de conflictos reprimidos. La gestante frecuentemente proyecta sentimientos ambivalentes, aspectos negativos o escindidos de sí misma, así como sus objetos internos en el bebé, erigiendo al futuro bebé en una extensión de los mismos. Este estado emocional especial de la gestante, en el que se identifica con su propia madre, y con su deseo de ser madre, entra en conflicto con su identificación regresiva con el futuro bebé, que promueve el deseo infantil de ser maternada como cuando niña. Las fantasías reprimidas emergentes necesitan ser integradas con la realidad del bebé a nacer (Pines, 1972).

La realidad psíquica cimentada en la relación temprana vivida por esta madre cuando niña, que pudo haber sido conflictiva o

no, determinará el futuro de la maternalidad. El problema intrapsíquico que se plantea referiría si la gestante se identifica con la madre introyectada no disponible, o si rivaliza con ella y se convierte en una madre mejor que la que experimentó (Pines, 1993). Escriben Brazelton & Cramer:

El resurgimiento de la relación con su propia madre es un proceso muy intenso durante el embarazo. Se puede revelar en los sueños, en los temores, y en un *acercamiento* a la madre. Podría surgir una nueva relación. En los casos en que esta relación se forjó con muchos conflictos, es posible que esta evolución quede frenada y que el conflicto se intensifique (1990, p. 40).

7.1. De Hija de mi Madre a Madre de mi Hijo

Dada la multiplicidad de tareas que acarrea la maternidad, muchas madres se cuestionan su capacidad maternante (Birksted-Breen 1975; Pines, 1978; Leifer, 1980). Una de las paradojas que plantea el embarazo es la de asumir el nuevo rol de madre de su hijo y permanecer hija de su madre. La madre primeriza se siente ansiosa e insegura, puede presentar dificultad en tolerar sentimientos ambivalentes. Está necesitada de soporte, asistencia y confirmación de su madre, de saber que hacer, y en un sentido de permiso para ser. Stern escribe: “desea ser valorada, respaldada, ayudada, instruida y apreciada por una figura maternal” (1995, p. 223). Los aportes de Stern y el pensamiento winnicottiano le sirven de apoyatura a Benjamin (1995) para indicar que la tensión necesaria entre la autoafirmación y el mutuo reconocimiento permiten que el sí mismo y el otro se encuentren como sujetos soberanos. El reconocimiento en tanto respuesta del otro que hace significativos los sentimientos, intenciones y las acciones del sí mismo y, a su vez, permite que ejerza su capacidad de ser agente de sus propias acciones de un modo real. Por otra parte, la necesidad de reconocimiento de la primigrávida por parte de su madre supone una paradoja, en el mismo momento que declara su independencia,

requiere que su madre la reconozca, la ayude.

Winnicott (1963) plantea que el reconocimiento del otro se logra a través de un proceso paradójico: el objeto tiene que ser destruido dentro de uno para saber que ha sobrevivido afuera, y así poder reconocerlo como fuera de nuestro control. Benjamin (1988) plantea que el reconocimiento mutuo implica reconocer al otro como una persona separada, semejante pero distinta. Este no se logra por medio de la obediencia, ni a través de la identificación con el poder de la madre o de la represión, sino en el contacto con ella. Donde el sujeto pueda comprometerse y autoafirmarse en una confrontación con el otro que no implique destrucción del otro ni de él mismo y, que por lo tanto, no implique abandono ni retaliación. Añade aún, que sólo una madre que se siente con derecho a ser un sujeto independiente, no un objeto, puede ser reconocida por su hija como tal. Así pues, sólo una madre capaz de apreciar y poner límites a la angustia y agresión que conllevan la independencia permite la diferenciación. Entonces, el reconocimiento de la existencia del otro incluye la conexión con él, así como el reconocimiento de su existencia como ser independiente (Benjamin, 1980).

También Gilligan (1984) critica la postura psicoanalítica de la teoría objetal en tanto refiere al desarrollo utilizando un lenguaje enraizado en la separación. Coincide con Benjamin (1988) quien indica que el reconocimiento mutuo es una meta evolutiva tan importante como la separación e individuación, donde el sentido de sí mismo no se encuentra definido negativamente como separación de otro (Jordan, Kaplan, Baker Miller, Stiver, & Surrey, 1991). Asimismo, van Mens-Verhulst, Schreurs & Woertman (1994) indican que el reconocimiento mutuo es un patrón de desarrollo que no está caracterizado por la autonomía y la separación,

sino por la fluidez y la conexión. Surrey (1994) indica que el núcleo del desarrollo no lo constituiría la diferenciación sí mismo-otro, sino que se hallaría en la capacidad de alcanzar la maduración en conexión. Considera, además, que los conflictos entre madres e hijas están causados, no por la lucha de la hija por ser libre y la incapacidad de la madre de dejarla ser, sino por la frustración que surge de la desconexión que imposibilita que la relación evolucione hacia el entendimiento mutuo.

Según lo expresado, entonces, una de las tareas centrales de la mujer que deviene madre es re-ubicarse como hija de de su madre y madre de su hijo, colocándose en el lugar que sólo hasta ahora le correspondía a su madre. En este proceso, entonces, se reformularía su identidad y el consecuente duelo del desarrollo, al construir una nueva relación con su madre (Palacio-Espasa, 1993). Así es como, según el vínculo que la joven madre ha internalizado a partir de la experiencia vivida y fantaseada con su madre, especialmente en la infancia temprana, el proceso de maternización será más o menos satisfactorio, o por el contrario frustrante. La gestante que internaliza una “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1949, 1968), que recupera afectos y recuerdos de su infancia temprana, comprenderá los cambios biopsicosociales en los que se ve inmersa y alcanzará un buen maternaje, aceptará al bebé en su interior y desarrollará una buena función materna. En este sentido, Lieberman, Padron, Van Horn & Harris (2005) proponen “los ángeles en la nursery”, como aquellas experiencias de cuidado recibido por la madre por figuras benevolentes, caracterizadas por un intenso y compartido afecto, en las cuales se ha sentido perfectamente comprendida, aceptada y amada (Schoore, 2003b). Experiencias capaces de promover un sentido de seguridad y autovaloración al que puede recurrir cuando se convierte en madre. También Osofsky (2005) se refiere a los “ángeles” como una fuerza que promueve el crecimiento en la vida de padres y madres traumatizados. La

emergencia de experiencias benevolentes vividas con aquellos quienes han brindado cuidado, afecto y reconocimiento puede proteger contra el trauma (J. Osofsky, 2004). Cuando las emociones asociadas con el conflicto temprano y las experiencias benevolentes emergen a la conciencia, se promueve el camino hacia la constancia objetal y se alcanza una mayor integración emocional y tolerancia a la ambivalencia (Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Los “ángeles en la nursery”, como metáfora de la reexperimentación y repetición de experiencias benévolas del pasado de la madre en el presente, sirven de agentes protectores ayudando a “construir una relación “suficientemente buena” entre padres e hijos” (Osofsky, 2004, p. 527).

8. Un Estado Emocional entre Fantasía y Realidad

Deutsch (1945), Bibring (1959; Bibring et al., 1961) y Pines (1972, 1982, 1993) han señalado que mientras se intensifican las sensaciones corporales, el embarazo reactiva ansiedades primitivas y revitaliza emociones reprimidas, haciendo accesible el material reprimido y aportando una oportunidad única para explorar el mundo interno de la gestante (Raphael-Leff, 1991b). En este sentido, Solís-Pontón en diálogo con Missonnier expresa:

En su propio cuerpo, la mujer tiene toda la vida, la suya propia, la de su hijo y, de alguna manera, la de su pareja; es un verdadero concentrado de vida que producirá una cierta ebullición emocional, situación que la futura madre puede vivir como un momento de confusión (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 75).

Ya Bibring (Bibring et al., 1961) indicó la tendencia de las gestantes a hablar libremente de sus fantasías y la capacidad de conectarse con su mundo interno. Raphael-Leff (1995), Manzano (1998), Palacio-Espasa (1993), Bydlowski (1991, 1998) y Gauthier (1998) describen un estado emocional global de las mujeres embarazadas que haría posible la indagación de contenidos mentales

inconscientes que habitualmente estarían sometidos a estricto control y censura. Este estado, denominado “transparencia psíquica” por Bydlowski (1991, 1998), “permeabilidad del inconsciente” por Raphael-Leff (1995), “fluidez del inconsciente” por Molénat (1999), se observaría exclusivamente en mujeres embarazadas y estaría más o menos activo desde el conocimiento del embarazo hasta varias semanas después del nacimiento del bebé. Missonnier expresa:

Una de las características de este periodo es la “transparencia psíquica” de la futura madre (Bibring, G, *et al.* 1961; Racamier, P.C., *et al.*, 1961; Bydlowski, M., 1997), la cual corresponde a un cierto levantamiento de la represión, dejando que el conflicto inconsciente se exprese de manera más intensa que de costumbre (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 75).

Bydlowski (1991, 1998) describe el embarazo en términos de transparencia psíquica, como un estado de susceptibilidad donde los fragmentos del inconsciente retornan a la consciencia y conducen a la movilización de recuerdos infantiles que habían permanecido ocultos durante mucho tiempo, y emergen sin gran resistencia por un cierto levantamiento de la represión. En este estado la mujer embarazada es capaz de reportar contenidos que habitualmente estarían inconscientes, fundamentalmente relacionados con temas de su propia identidad femenina, especialmente aquellos relacionados con su historia de ser hija de su madre. En un nivel profundo inconsciente, la embarazada se mece entre su mundo interno y externo, entre pasado, presente y futuro, sí misma y otro. Agrega Bydlowski, las mujeres embarazadas expresan muy poco de las representaciones conscientes del bebé que llevan, en cambio su discurso está invadido por fantasías regresivas, evocaciones nostálgicas centradas en la niña del pasado, la niña que ella ha sido y que desaparecerá para dar lugar a su nueva identidad de mamá (Solís-Pontón, 2002).

Raphael-Leff (1995, 1998) también describe un fenómeno semejante y sugiere que el relato de las gestantes tiene valor

significativo. Indica que la permeabilidad del inconsciente de una mujer embarazada permitiría explorar no sólo su historia relacional como hija de sus padres, sino además su mundo fantasmático en relación al lugar que ocupará su futuro bebé dentro de su proyecto de madre y de familia. A través del mito de Pandora describe el resurgimiento y revitalización de una serie de contenidos inconscientes que se han mantenido durante largo tiempo bajo censura y que emergen abruptamente bajo el estado de gestación (1991c). Dentro de los contenidos inconscientes destaca los temas de la creatividad y las posibilidades de dar vida a un bebé sano y la capacidad de mantenerla; los misterios del cuerpo y sus cavidades; los misterios femeninos de albergar, formar, preservar y transformar; el resurgimiento de una nueva identidad; las triangulaciones y temas edípicos; el nacimiento; el bebé fantaseado versus el bebé real; las relaciones entre lo interno y lo externo; así como las relaciones y nuevas configuraciones entre los progenitores del futuro bebé (1991b, 1996).

Ambas autoras, coinciden que este es un periodo de especial fecundidad para detectar posibles complicaciones en el futuro vínculo que la madre establecerá con su bebé. Durante el embarazo, la involuntaria permeabilidad de los límites entre los diferentes niveles de conciencia hace que esté inundada de fantasías e ideas inconscientes. La presión psicológica para re-examinar la identidad lleva a la gestante a estar más conciente de la amplia gama de sensaciones e intromisiones que normalmente excluiría de la conciencia. Entonces, en tanto algunas gestantes rigidizan sus barreras internas contra la sobre dosis de sensibilidad, otras se entregan y disfrutan de las sensaciones bajando las barreras que imponen las defensas.

9. Un Particular Estado Psíquico de la Madre

En esta misma línea de pensamiento, existen varios postulados que señalan que la madre desde unas semanas antes del parto, hasta otras después, entra en un estado psíquico particular que pareciera promover un ajuste casi total al bebé. Este estado ha sido descrito como “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1956), “revêrie” (Bion, 1967), o “constelación maternal” (Stern, 1995).

9.1. Preocupación Maternal Primaria: Un Estado Especial

Winnicott (1956) habla de un estado muy especial de la madre, de una condición psicológica a la cual denomina “preocupación maternal primaria”. Comparable a una enfermedad, “si no fuera por el hecho del embarazo”, que se caracteriza por una preocupación que comienza antes del nacimiento, a partir del tercer trimestre del embarazo, y dura algunas semanas después del parto. Winnicott señala el uso del término “enfermedad” ya que la madre debe estar sana para alcanzar este estado y para recobrar de él cuando el bebé la libera. La madre se halla con una “sensibilidad exaltada” similar a una identificación somática primaria con el bebé. Este estado organizado es comparable con un estado de replegamiento o disociación, o con un trastorno más profundo, como sería un episodio esquizoide donde un aspecto de la personalidad toma temporal predominancia.

Para Winnicott este es el estado normal de “una madre devota común y corriente”, que hace una adaptación sensible y activa a las necesidades del infante (1949). Solamente si se encuentra así sensibilizada “puede colocarse en el lugar de su bebé y satisfacer las necesidades de este”, de tal manera que, sin pensarlo, sabe en general lo que el bebé necesita (Winnicott, 1969). Al principio, las necesidades son físicas, pero paulatinamente pasan a ser necesidades del yo, a medida que el infante realiza una creciente elaboración

imaginativa de sus necesidades evolutivas. Esto constituye la base para etapas posteriores de empatía y sensibilidad, considerando que la continuidad del ser está sostenida por la preocupación continuada de la madre. Winnicott (1987) indica que la salud mental de la persona fue trazada al comienzo por una mujer que hizo suficientemente bien lo que tenía que hacer, en la etapa en que el amor, para que tenga sentido para el bebé, solo puede ser expresado físicamente (pp. 42-43).

A lo largo de su obra Winnicott intenta explicar como el individuo crece, a través de la dependencia, hacia una forma de ser personal, cómo de acuerdo con la sensación que tiene de sí mismo, se convierte en un ser común y característico al mismo tiempo y cómo el medio ambiente temprano lo hace posible. Subraya que el crecimiento es la tarea constante de la integración psicosomática y que es necesaria la continuidad del cuidado de “la madre suficientemente buena” para sostener el “seguir siendo”, “la línea de la vida” del infante, en las primeras etapas de su vida (1949). Winnicott (1948) manifiesta que la madre es quien construye la salud mental del hijo mediante su experiencia de vida con él, y afirma la riqueza esencial de la comprensión intuitiva de la madre como natural, no alterada por el aprendizaje diciendo: “Quiero que ustedes confíen en su capacidad como madres y que no crean que, porque no saben mucho de vitaminas, tampoco sabrán como sostener a su bebé” (1987, p. 35).

Miguel Hoffmann (2003) habla de la preocupación maternal primaria como un enamoramiento, donde temporalmente el interés de la madre está centrado en el infante. La madre coloca todas sus investiduras libidinales en el bebé y en sus funciones maternas en detrimento de las investiduras exteriores, en particular de su vida conyugal. Winnicott (1956) señala que hay mujeres que no alcanzan este estado de repliegue porque no pueden abandonar otras preocupaciones. Las que tendrán que ver con su historia

personal, la reactivación de conflictos infantiles, así como su estructura de personalidad, y estrategias de afrontamiento (1956).

9.2. La Constelación Maternal: Una Nueva Organización Psíquica

Stern (1995) contribuye a la normalización del nuevo estado de la madre con su conceptualización de “constelación maternal”. Introduce un vocabulario que describe un estado normal, donde elimina la necesidad de conceptos tales como “crisis evolutiva” (Bibring et al., 1961), “inevitable regresión” (Pines, 1982, p. 311) o "condición psiquiátrica muy especial de la madre" (Winnicott, 1956, p. 399). También Blos (1999) y Parens (1975) han manifestado la importancia de normalizar la comprensión teórica de la experiencia de la maternidad. Parens se pregunta: “Si quizás no exista en la mujer un proceso psicobiológico normal del desarrollo que surge con tener un bebé, un proceso adaptativo que inflencie la experiencia del embarazo y de convertirse en madre” (1999, p. 26).

Stern et al. (1998) suponen un cambio de estado en el que la mujer se convierte en madre asumiendo una nueva identidad. Stern (1995) ha definido la constelación maternal como la condición de reorganización de la vida psíquica, de cambio de las representaciones de sí como persona, mujer, hija y madre. Manifiesta que es el fruto de un trabajo psíquico profundo y acumulativo de la gestante durante los nueve meses, que no se constituye en el momento que el bebé llora por primera vez, sino que emerge gradualmente durante toda la gestación y en los meses sucesivos al parto con una duración variable después del nacimiento del bebé. Esta nueva reorganización mental existirá durante el futuro, periodo en el que determinará sentimientos, emociones, conductas, procesamiento de información, vulnerabilidades, pensamientos, miedos y deseos, valores y preferencias, como también su lugar en la historia familiar. Además, tendrá influencia en los sistemas sensoriales que se agudizan, especialmente el olfato y el oído, durante la

gestación y meses sucesivos al nacimiento del bebé.

Esta nueva organización determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos (Stern et al., 1998). Stern (1995) da cuenta que los intereses de la madre están especialmente dirigidos a su propia madre en tanto madre que mujer, y hacia las mujeres en general. Así como hacia los problemas del crecimiento y desarrollo, es decir, la madre buscará confirmación de su capacidad de dar vida, de que el bebé es viable y normal, y que podrá ser una buena madre. A su vez sostiene que la nueva madre está menos preocupada con su profesión o actividad en el mundo laboral, que el interés en su compañero se centra en él en tanto padre y apoyo para ella y el bebé, y menos como hombre y pareja sexual, y que también está menos preocupada con su propio padre (y los temas edipianos).

La constelación maternal hace referencia a tres discursos diferentes que tienen lugar tanto interna como externamente: el discurso de la madre con su propia madre, especialmente con su propia madre como madre cuando ella era niña; el discurso consigo misma, especialmente consigo misma como madre; y el discurso con su bebé. Esta trilogía maternal se convierte en su principal preocupación en el sentido de que requiere la mayor parte de su elaboración y reelaboración mental. Además, esta estructura psíquica particular, determinada por la llegada del infante, hace referencia a cuatro temas e inquietudes principales que surgen como consecuencia de él: preocupación por la vida y capacidad de promover la vida y el crecimiento del hijo; preocupación por poder establecer una relación de afecto satisfactoria para él y para ella misma; preocupación por poder desarrollar una matriz de apoyo que le permita mantener esta relación; y preocupación por ser capaz de reorganizar su identidad y sus funciones sociales en función de su

nuevo rol (Stern, 1995, p. 211).

Capítulo 3

Mundo Representacional Materno y Vínculo Temprano

Paralelamente al desarrollo físico del feto en el vientre de la madre embarazada, se desarrolla en su mente variadas imágenes, esperanzas, temores y deseos sobre ella como madre, sobre sí misma como mujer, sobre su madre, su compañero, sobre su futuro bebé, como hijo de ella y de su compañero, como nieto de sus padres, como individuo con su propio temperamento, carácter y apariencia, etc. Todos estos elementos, que en general se pueden denominar como representaciones maternas, combinados entre sí y con otros elementos socioculturales y psicológicos del proceso de maternaje parecen constituir una fuerte influencia en el de vínculo e interacción que la madre tendrá con su bebé después del nacimiento (Zeanah & Barton, 1989; Stern, 1991, 1995; Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995).

Sandler & Rosenblatt (1962, citado en Ammaniti et al., 1995, p. 15) proponen la siguiente definición de representación mental:

la representación constituye una especie de esquema u organización construida sobre la base de múltiples impresiones y, por lo tanto, una estructura en el campo de la no experiencia. Por otra parte, ella se refiere a los contenidos del campo de la experiencia, las imágenes y los demás fenómenos subjetivos, incluidos los sentimientos. De esta forma, los aspectos representacionales de la experiencia constituyen una red de conceptos e imágenes durables del 'yo' y del otro, mundo representacional que proporciona a la experiencia un esquema básico de referencia.

1. Consideraciones Teóricas

Tanto clínicos como investigadores se han preguntado sobre la necesidad o no de abordar las representaciones para una mejor comprensión de la interacción y relación temprana de la díada (Call, Galenson, & Tyson, 1983; Rexford, Sander, & Shapiro, 1976). El

enfoque psicodinámico ha centrado su interés en los aspectos intrapsíquicos como determinantes de los intercambios que se producen entre la madre y el infante, considerando también los aspectos conductuales y observables de dichas interacciones. En tanto, desde el conductismo y la etología, se ha otorgado importancia a los aspectos conductuales y observables de la interacción, sin dar cuenta del aspecto representacional en la relación temprana de la díada. Tales divergencias, de origen epistemológico, se han ido abandonando, en cuanto hay acuerdo general de que tanto los aspectos representacionales, como los conductuales, son elementos indiscernibles de la interacción y relación temprana como lo demuestran un gran número de investigaciones (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1958, 1965, 1988; Brazelton & Cramer, 1990; Fonagy, 1996; Fonagy & Target, 1996; Bruschiweiler-Stern, 1997; Hinde, 1997; Stern, 1977; Piontelli, 2002) que dan cuenta de la importancia de los aspectos intersubjetivos fantaseados de la experiencia interactiva, así como de los elementos conductuales que pueden ser directamente observados.

1.1. Origen de las Representaciones

Stern (1995) manifiesta que cualquier modelo mental se origina secundariamente a la experiencia interactiva o imaginada de estar con otro. Las representaciones mentales serían una construcción psíquica derivada de la experiencia vivida y real, o imaginada y deseada entre el bebé y su madre. Escribe:

Partiré del supuesto de que estas representaciones se basan y se construyen principalmente a partir de la experiencia interactiva, y más precisamente, de la experiencia subjetiva de estar con otra persona. Por consiguiente, también describiré estas representaciones en términos de *modelos de-estar-con*. La experiencia interactiva puede ser real y vivida o virtual e imaginada (fantaseada), pero siempre habrá una interacción subyacente (1995, p. 28).

Como manifiesta Kernberg (1976) tal perspectiva es también sostenida por autores psicoanalíticos tales como Michael Balint (1968), Fairbairn (1952), y Kohut (1971, 1977), quienes postulan, a través de la internalización de las relaciones objetales, el valor de la experiencia real con otro, la madre, en el desarrollo del sí mismo y estructuración intrapsíquica del bebé. Sin embargo, Stern manifiesta que la experiencia de estar con otro no se incorporaría en un movimiento de fuera hacia adentro, como tradicionalmente ha postulado el psicoanálisis, sino que se construiría un modelo desde dentro a partir de las propiedades innatas de la mente. Stern expresa:

Las representaciones relacionadas con objetos no se forman cuando se incorpora algo externo, tal como sugiere la *internalización* y la *introyección*. Se forman desde dentro, a partir de lo que le sucede a la persona en su relación con los demás. En este sentido, las representaciones no son objetos ni personas (actualmente internos), ni imágenes o palabras, sino experiencias interactivas con alguien. ...También partiré del supuesto de que esto es igualmente cierto al hablar de los deseos de los padres, de sus sueños, temores y fantasías sobre su hijo o sobre ellos en tanto padres (1995, p. 28).

Entonces, el *modelo-de-estar-con* que Stern propone se basaría en la experiencia interactiva de estar con una persona en concreto de una forma determinada. Se trataría de un modelo mental de la experiencia de estar-con-otro de una forma concreta y que además se repite en los encuentros de la vida corriente. Stern agrega:

Una *representación de-estar-con* es una red de muchos modelos específicos de-estar-con unidos por un rasgo común. Las actividades organizadas por un sistema motivador suelen tener un tema en común, como puede ser por ejemplo la alimentación, el juego o la separación. Otras representaciones se organizan en torno a experiencias afectivas; estas pueden ser por ejemplo redes de modelos de estar triste o contento con. Hay representaciones que pueden ser una reunión de varias representaciones que comparten un rasgo común más amplio, como una persona (todas las redes vinculadas a una persona en concreto), un lugar o una función (1995, p. 29).

Entonces, la pregunta de interés sería cómo influye la representación en la interacción de la díada. Siguiendo a Stern, la mente del bebé posee la capacidad de representar el momento exacto, o el lapso de tiempo, en que ocurre una experiencia determinada, incluyendo no sólo todos los elementos aislados que la constituyen, a saber, afectos, actos, esquemas, etc., sino también todos los elementos en forma integrada, como una unidad. Lo que Stern ha denominado ‘momento emergente’, “la experiencia momentánea de la aparición de una acción procedente de una representación activada que conforma y orienta la acción emergente” (1995, p. 64). Es decir que la posibilidad de representar la experiencia como una unidad coherente es el resultado de las ‘propiedades emergentes de la mente’. Según Stern la mente del bebé es capaz de representar los elementos constitutivos de la experiencia y al mismo tiempo otorgarles cohesión, representándose a sí mismo captando la experiencia. Esta capacidad que la mente se represente a sí misma en un momento determinado junto con la experiencia real favorecería que la experiencia quede representada en unidades coherentes y no como un cúmulo de elementos aislados. Stern añade: “Probablemente el mundo representacional se parezca más a un clip de un film que a un collage de fotografías o de palabras” (1995, p. 28). Agrega más adelante:

Nos vemos por lo tanto obligados a imaginar una experiencia presente que tenga suficiente extensión temporal y coherencia para ser representada. Imaginemos una unidad de tiempo presente, un momento emergente de la experiencia interpersonal ordenada. Este momento emergente es un pedazo de experiencia subjetiva construida por la mente a medida que es vivida. Se experimenta uno mismo “en” un momento. Organiza los diversos sucesos simultáneos registrados durante un suceso motivado. En este sentido es una característica emergente de la mente y que será denominada *momento emergente*. Será nuestro evento referente para la representación. ... Son estos momentos emergentes los que quedan representados en los modelos de-estar-con. En este sentido las representaciones se basan en las experiencias interactivas que han sido vividas subjetivamente (1995, pp. 121-122).

Contrariamente a lo postulado por Stern, el modelo psicodinámico clásico plantea que la experiencia se asimilaría a través de

los mecanismos de internalización e introyección para incorporarse al sí mismo. Entonces el bebé iría incorporando la experiencia con su madre, o aspectos de su madre, imágenes de sí mismo y el afecto que los une, según la experiencia sea placentera o displacentera, así consolidando su identidad (Kernberg, 1976).

1.2. Referentes de las Representaciones

Autores tales como Spitz (1946a, 1946b, 1965), Winnicott (1958a, 1965) y Michael Balint (1962, 1968) señalan que el vínculo temprano se va incorporando por partes, parcialmente, tomando aspectos de los objetos, del sí mismo y del tono afectivo dominante en la interacción, para ir integrándose en representaciones más complejas en el transcurso del desarrollo (Kernberg, 1967, 1975). Melanie Klein postula que el bebé internaliza no sólo momentos interactivos con su madre según su carácter placentero o displacentero, la madre “buena” y la madre “mala”:

El bebé somnoliento que mueve la boca con expresión placentera y hace ruidos de succión o se chupa los dedos, fantasea que está realmente succionando o incorporando el pecho y se duerme con la fantasía de tener el pecho dentro de sí...En forma similar, el bebé hambriento y furioso, que grita y patalea, fantasea que está realmente atacando al pecho, desgarrándolo y destruyéndolo. Por lo tanto, no tiene sólo una necesidad sino que puede sentir sus contracciones de hambre y sus propios gritos como un ataque persecutorio en su interior (1935a, p. 212).

sino también la capacidad misma de la madre para tramitar la experiencia:

El estrecho vínculo entre el bebé y la madre se centra en la relación con el pecho. Aunque desde los primeros días en adelante, el bebé reacciona también a otros aspectos de la madre _ su voz, su rostro, sus manos _ las experiencias fundamentales de felicidad, de amor, de frustración y odio, están inextricablemente ligadas al pecho de la madre. Este vínculo temprano con ella, que se fortifica a medida que el pecho se instala firmemente en el mundo interno, influye básicamente en todas las otras relaciones... (1935a, p. 214).

En términos de Bion (1967) el bebé incorpora tanto el “contenido” como el “continente”, es decir la experiencia, placentera o displacentera, dotada de sentido por la elaboración mental de la madre. Agrega, además, que la madre es un “contenedor” que puede recibir, procesar, absorber y discernir un estado mental en su bebé antes de que el bebé sea consciente de este. En este proceso, el bebé no sólo recibe la experiencia ya elaborada, sino que además va adquiriendo la capacidad para elaborar la experiencia (Bion, 1962a).

Fonagy (Fonagy et al., 1995; Fonagy & Target, 1996) propone algo similar al abordar el tema de la transmisión transgeneracional del vínculo afectivo, al referirse a la *función reflexiva*. El intercambio entre los progenitores y el bebé no sólo es un tipo de vínculo histórico relatado, sino es una función para estructurar la historia del vínculo en un estilo narrativo coherente (Fonagy & Target, 1997).

La teoría del apego refiere al *modelo interno operante* en tanto modelo de sí mismo en una relación con otro significativo. Interno en tanto que es una representación cercana con la noción psicoanalítica de representaciones yoicas y objetales, y operante en cuanto es operativo o influye sobre un buen número de funciones psíquicas y psicosomáticas (Marrone, 2005, p. 287). El modelo interno operante refleja la calidad del vínculo entre el bebé y el otro significativo y es formado en la presencia así como en ausencia del otro. Marrone citando a Bowlby (1973) expresa:

... en los modelos internos operantes del mundo y del sí-mismo que cualquiera construye, una característica esencial es la noción de quiénes son las figuras de apego, dónde pueden ser encontradas y cómo se espera que respondan. Similarmente en los modelos operantes del sí-mismo que cualquier persona construye, una característica clave es su noción de cuán aceptable o inaceptable es ante los ojos de sus figuras de apego (2005, p. 288).

Los modelos internos operantes de los vínculos de apego tienden a ser formados como representaciones de las respuestas del otro significativo a las comunicaciones verbales y no verbales que el bebé emite cuando requiere cuidados y pone en marcha el sistema de comportamientos de apego (Sroufe, 1990). Se forman en el curso de acontecimientos específicos, particularmente si estos son experiencias que se repiten. Stern manifiesta que “El rasgo de la exposición repetida a estas experiencias es muy importante porque a partir de esa repetición el niño podrá construir gradualmente una representación de un suceso generalizado o prototípico” (1995, p. 103). Marrone (1998, 2001) coincide con Stern que estas representaciones no son el resultado de internalizaciones, no son cosas introyectadas o internalizadas, sino que se construyen intersubjetivamente a partir de la experiencia subjetiva de estar con otros. Marrone escribe:

Como Stern (1995) dice, las representaciones no son sobre objetos (humano u otro), ni sobre imágenes, ni sobre conocimiento. Son sobre experiencias interactivas. En la formación de estas representaciones, las fantasías no desempeñan un papel significativo. Pueden aparecer como elaboraciones, compensaciones o adiciones secundarias e imaginarias, pero no desempeñan el papel clave que algunas escuelas del psicoanálisis le atribuyen (2005, p. 290).

Stern propone que el referente básico de la representación es el *momento emergente* “un pedazo de experiencia subjetiva construida por la mente a medida que es vivida. Se experimenta uno mismo “en” un momento y organiza los diversos sucesos simultáneos registrados durante un suceso motivado” (Stern, 1995, p. 121). Marrone indica: “En el curso de estos acontecimientos, muchos elementos diferentes están implicados: los gestos, sensaciones, afectos, etc. Todos estos elementos son parte de la experiencia vivida de estar con otros” (2005, p. 290). Siguiendo a Stern, entonces, el momento emergente estaría compuesto por sensaciones,

afectos, acciones, estimulaciones, motivaciones, etc., provenientes de los sentidos, para dar lugar a diferentes modelos internos de la experiencia representada, es decir, modelos sensorimotores, perceptivos, conceptuales, guiones, sentimientos y envolturas protonarrativas. Todos estos modelos corresponden a los aspectos dispersos y aislados de la experiencia de estar con una persona, que además se integran simultáneamente en una red de modelos “de-estar-con”. Así, ambos elementos, los aislados y las redes, constituirían la experiencia representada global, una serie de microsucesos reales y cotidianos integrados en modelos mentales internos. Los elementos constitutivos de las representaciones cuyo origen pertenecería a la esfera de lo pre-verbal. Esto implicaría que sea cual fuese la naturaleza de lo representado, sus elementos básicos estarían bajo la influencia de lo pre-verbal, para luego ir integrándose con la aparición del lenguaje y la capacidad de simbolizar (Stern, 1995; Marrone, 2005).

2. Representaciones Maternas e Interacción Mamá-Bebé

Stern describe la influencia de las representaciones maternas en la conducta interactiva de la madre con su infante, “utilizándola como un ejemplo más de la incidencia de los conflictos en todos los ámbitos de la vida, comprendida la relación entre padres e hijo” (Stern, 1995, p. 29). La interacción madre-infante no sólo comprende las experiencias maternas de las interacciones actuales con su bebé sino también con sus relaciones primarias, sus fantasías, experiencias personales, el propio modelo maternal y las percepciones sobre el futuro del bebé (Slade, 1999; Slade et al., 1999).

Benedek (1970a, 1970b), Bion (1962b), y Winnicott (1949, 1956, 1957, 1960a, 1960b, 1969), entre otros, trabajaron las fantasías de la madre: sus sueños, preocupaciones, fantasías e identificaciones proyectivas en forma de representaciones referidas al

bebé. Bowlby (1969b, 1973, 1980) utilizó el concepto de “modelos internos operantes”, Fraiberg (1980; Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975) “fantasmas en la nursery”, Lebovici (1983, 1989a, 1989b, 2002, 2006) “bebé imaginario” y “bebé fantaseado”, en tanto Stern (1991, 1995) “representaciones maternas” para referirse al mundo representativo de la madre.

2.1. Representaciones Maternas Prenatales y Postnatales

El bebé representado tiene una larga historia prenatal. A medida que el bebé se desarrolla en el útero materno, se desarrolla paralelamente en la mente de la madre. Brazelton & Cramer refieren que el periodo prenatal es la prehistoria del vínculo:

El embarazo de cada mujer refleja toda su historia previa a la concepción. Las experiencias con su propia madre y su propio padre, sus posteriores experiencias con el triángulo edípico y las fuerzas que la llevaron a adaptarse a este con mayor o menor éxito y por último a separarse de sus progenitores, todo esto influye en la adaptación a su nuevo rol. Ciertas necesidades insatisfechas de la niñez y la adolescencia son parte del deseo de quedar embarazada y, posteriormente, de adaptarse a la condición del embarazo (1990, p. 25).

Los nueve meses de gestación preparan a la madre para el vínculo con el bebé, consiste de tres tareas asociadas con las etapas del desarrollo físico del feto. En la primera etapa la madre se adapta a la noticia del embarazo, acompañada por los cambios físicos en su cuerpo, sin aún tener pruebas de la existencia real del feto. En la segunda etapa comienza a reconocerlo como a un ser que quedará separado de ella. Este reconocimiento se confirma con los primeros movimientos fetales, cuando el feto da muestra de su presencia física. En la tercera etapa, la madre empieza a experimentar a su futuro hijo como a un individuo a través de los movimientos, ritmos y distintos niveles de actividad (Brazelton & Cramer, 1990, p. 42).

Asimismo Brazelton & Cramer (1990) describen que a lo largo del embarazo se van construyendo fantasías, y manifiestan que

la mujer entra a la maternidad con expectativas previamente elaboradas. En el momento de la concepción, la mujer no tiene mucha información con respecto a su bebé, así que tiene que llenar esos baches con fantasías, representaciones, y memorias de su infancia para proyectarlas en el bebé. Estas están basadas tanto en necesidades y anhelos narcisistas como en percepciones del desarrollo del feto, tales como los movimientos fetales, actividad y patrones de respuesta. Cuanto más pueda la madre imaginar a su futuro bebé como un individuo competente e interactivo, más confianza tendrá en la capacidad de éste de sobrevivir. La personificación del bebé en el último trimestre gestacional compensa el temor de la madre ante la fragilidad del bebé y el miedo de haberlo perjudicado. “Cuanto más pueda percibir a su hijo aún no nacido como a una persona separada, tanto más protegida se sentirá de la inadecuación y la incompetencia que ella imagina tener” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 59).

Stern (1995) manifiesta que la percepción y las representaciones maternas acerca del bebé y de sí misma como madre organizan la relación y la dinámica de las interacciones con el infante. Existe el bebé real en el vientre y brazos de la madre y el bebé imaginado por la mente de ella, así como también existe la madre real que sostiene al bebé y la mujer que se imagina como madre. Este mundo interactivo comprende las experiencias maternas de las interacciones con el bebé, así como sus fantasías, esperanzas, temores, recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro del bebé. Estas representaciones comprenden, entonces, al hijo bebé que le pertenece a ella como madre, y a su pareja en tanto padre, y también a sus padres en tanto nieto. Además existe el bebé en tanto persona, con su propio carácter y personalidad, derivado de las percepciones maternas sobre el temperamento, descrito en el periodo prenatal en función de los movimientos fetales, ritmos y patrones de respuesta, y en el periodo

postnatal en función de lo que el bebé aporta a la relación (Stern, 1995, p. 31).

Las investigaciones sobre las representaciones maternas que indican que a medida que el feto se desarrolla y crece en el útero materno, las representaciones sobre el bebé cambian. No sólo indican una evolución de las mismas desde el embarazo, pasando por el nacimiento hasta unos meses después de éste, sino que señalan variaciones en cuanto a su riqueza y especificidad. Ammaniti (1991), Ammaniti et al. (1995), Fava Vizziello et al. (1992), Fava Vizziello & Stern (1992), Stern (1991, 1995) y Piontelli (2002) coinciden que hasta el cuarto mes de embarazo se produce un vacío en las representaciones maternas sobre el futuro bebé. Soulé (1982) señala que al inicio de la gestación las representaciones maternas están referidas al estado de gravidez, a sí misma y vacías de bebé, denominando este vacío representativo materno como “blanc d’enfant”. En tanto Lipari & Speranza (1992) manifiestan que a medida que progresa la gestación la mujer va generando un espacio interno físico y psicológico para acoger al infante y la relación que va construyendo con él. Lumley (1980) señala que la capacidad de construir la imagen del feto como individuo está fuertemente asociada a la vida afectiva de la madre, y que mayor será la capacidad de investir afectivamente al bebé cuando más precoz sea la representación y, entonces, menor será la ambivalencia ante él y al estado de gravidez. Agrega que el comienzo de la representación del bebé corresponde precisamente con el momento de la percepción de los movimientos fetales. Sucesivamente el bebé va adquiriendo forma en el imaginario materno en base a los contenidos inconscientes y a las percepciones internas del propio cuerpo. Así, hacia los últimos meses de gestación comienza a instalarse una particular relación objetal entre la madre y el bebé vehiculizada por los movimientos fetales.

Los autores coinciden que a medida que el feto se desarrolla y crece en el útero materno las representaciones sobre el bebé cambian. Ammaniti (1991), Ammaniti et al. (1992), Ammaniti & Stern (1994), Ammaniti et al. (1995), Benoit, Parker & Zeanah (1997), Fava Vizziello et al. (1993), Zeanah & Barton (1991, 1995), Zeanah & Benoit (1995), y Zeanah, Keener, Stewart & Anders (1985) señalan que entre el cuarto y séptimo mes de gestación se produce un rápido crecimiento en la riqueza, cantidad y especificidad de las representaciones maternas sobre el futuro bebé. Por su parte Stern (1995) manifiesta que a partir del séptimo mes de gestación las representaciones sobre el bebé decrecen, se vuelven menos ricas y específicas. Esto respondería a una necesidad de las madres de proteger al bebé real de una excesiva idealización. Escribe Stern: “las madres protegen intuitivamente al futuro bebé, y a sí mismas, de una discordancia potencial entre el bebé real y un bebé representado con demasiada especificidad” (1995, p. 33). Citando a Brazelton, Stern indica que entre el séptimo y noveno mes gestacional la madre renuncia a sus representaciones más positivas para preservarse de posibles decepciones, evitarse desilusiones, y hacer inconscientes las representaciones negativas relativas a temores de deformaciones y muerte a fin de ajustar su mundo representativo (1995, pp. 33-34). Stern señala: “La mayoría de las visiones que tienen los padres de sus hijos son, como ya hemos visto, construcciones, observaciones subjetivas basadas en épocas pasadas” (1995, pp. 46-47). En términos de Raphael-Leff (1995) cuando el nacimiento se aproxima la historia íntima recede, así la madre se prepara para el encuentro con el bebé real en el parto y con todas sus características más o menos objetivas.

3. Evaluación de las Representaciones Maternas

Las representaciones maternas se han evaluado desde diferentes enfoques teóricos. Tradicionalmente el psicoanálisis ha

utilizando técnica de la asociación libre (Freud, 1904) como método para captar el proceso mental y contenido psíquico. El sujeto va encadenando contenidos psíquicos, ya sean representaciones, recuerdos, fantasías, desde una situación vital concreta, tal como un suceso, un sueño, un recuerdo, o afecto, hasta su origen histórico, real o fantaseado. La técnica de asociación libre requiere que el sujeto verbalice todas las asociaciones que le vienen a la mente, independientemente que se asocien directamente con el suceso que las ha generado. En situación de maternidad se entrevista a la madre para que exprese los contenidos mentales accesibles según el tipo de interacción que tiene con su bebé. Así lo han implementado autores como Brazelton & Cramer (1990), Bydlowski (1991, 1995, 1997, 1998, 2000), Cramer & Palacio-Espasa (1993), Cramer & Stern (1988), Fraiberg (1980), Lieberman & Pawl (1993), Lis & Zennaro (1997), Raphael-Leff (1991b, 1995) y Stern (1995) entre otros, en un intento de discernir las representaciones maternas dentro del encuadre psicoanalítico. Bydlowski (1991, 1997, 1998, 2000) indica que los contenidos inconscientes que tienden a emerger en la gestante son aquellos relacionados con su vivencia edípica, particularmente con su propia madre, y el deseo de hijo como forma de acceder a la feminidad envidiada de la madre. En tanto Soulé (1990) manifiesta que la niña en la etapa edípica se ve impulsada a crear un hijo imaginario, fruto de su deseo de tener un bebé, en respuesta a las ansiedades edípicas de exclusión del triángulo, por identificación con su madre, y para obtener amor y gratificación. Sugiere que este bebé imaginario le permitirá a la niña entrar en el periodo de latencia y atravesar el conflicto edípico. Por su parte Missonnier (1998) propone el “funcionamiento placentario” como metáfora para la nidificación psíquica prenatal. La placenta constituida por células maternas y paternas, muestra los dos linajes parentales y refiere al nido narcisista parental. Expresa:

Lo que es primordial en la metáfora placentaria, es que tanto en el plano biológico como en el psíquico, la placenta es un tercer elemento. A nivel de la circulación sanguínea,..., es este tercero el que toma la posición de interfase entre el sistema maternal y el sistema fetal, fuente de homeostasis, de acuerdo entre ambos. Sobre el plan psicológico,... sugiere que en términos de representaciones, el encuentro de los dos psiquismos parentales constituirá un cruce representacional, en el cual el niño advendrá de manera psíquica... (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 76).

Es decir que las representaciones materna, paterna y conyugal mantienen una relación dialéctica permanente con el sistema neurobiológico fetal, y el nacimiento pondrá a prueba el resultado del encuentro de este proceso neurobiológico fetal con el nido representacional parental. Este paso de dos a tres, que se anticipa durante el embarazo, es representativo de la calidad de vínculo que los padres desarrollarán con el infante. Missonnier señala que la riqueza de las representaciones maternas y paternas dan cuenta de este proyecto objetal parental en lo prenatal (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 77). En este sentido, la dinámica placentaria subraya la promesa objetal del nido narcisista parental que a partir del segundo trimestre gestacional tiene anticipaciones creativas de la alteralidad del bebé, a saber, anticipan modificaciones en los horarios y tiempo libre como pareja, y construyen una noción anticipada de cómo será la llegada del futuro hijo a la casa.

A partir del nacimiento, la madre construirá representaciones basadas en las características temperamentales del bebé, ya sea revitalizando o en disonancia con las que había construido a lo largo del embarazo. Brazelton & Cramer manifiestan que el inicio del vínculo con el recién nacido se construye sobre relaciones previas con el hijo imaginario y con el feto en desarrollo. Escriben:

...en el momento del nacimiento se juntan tres bebés. El hijo imaginado de sus sueños y fantasías y el feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses, se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar en sus brazos (1990, p. 23).

Después del parto la madre puede ver, tocar y tomar en brazos a su bebé real. Por primera vez se encuentra con el su hijo real y con el imaginado, aquel que fue fantaseado durante muchos meses, el cual es el portador de la historia transgeneracional. Bydlowsky (1997) señala que en ese momento la madre deberá hacer un duelo por la pérdida de su hijo imaginado y fantaseado y entregarse al bebé real. En tanto Lebovici (1983, 1989a) señala que la madre no sostiene en sus brazos a un solo bebé, sino a tres. El primero sería el bebé imaginado durante el embarazo, el “transmisor del destino transgeneracional”. El segundo bebé es el de sus fantasías de infancia y producto de sus deseos inconscientes. En tanto el tercero es el bebé de la interacción, el bebé real. Citando a Lebovici (1998) Solís-Pontón escribe:

Lebovici (1998) distingue al menos cinco tipos de representaciones que la madre tiene de su bebé antes y después del nacimiento:

- El bebé imaginario: es aquel bebé de las fantasías conscientes y preconscientes de la madre. Es el producto de su deseo de hijo.
- El bebé fantasmático: es el que emerge de las fantasías inconscientes de la madre, heredero de su complejo de Edipo.
- El bebé narcisístico: el del narcisismo de la madre.
- El bebé cultural: aquel que está en relación con la cultura de la madre y que con frecuencia está asociado a un bebé mítico.
- El bebé real: el bebé de su corporeidad real

Esas múltiples representaciones se mezclan y se alternan en los intercambios con el bebé real, dando lugar a una dimensión imaginaria y fantasmática (ligada a la fantasía inconsciente) de las interacciones, las cuales pueden comprender la expresión de los conflictos inconscientes de la madre y que algunas veces son fuente de malos entendidos y de alteración de la armonía en el vínculo con el bebé, e incluso convertirse en el receptáculo de la proyección de conflictos (Solís-Pontón 2002, p. 13).

Lebovici postula que la madre, como intérprete de su bebé, construye “un árbol de la vida” que da cuenta de su pasado y de los elementos transgeneracionales, es decir, que da cuenta de los procesos de filiación y parentalidad. Expresa que la madre introduce los

cuidados maternos en su comportamiento, que reflejan lo que siente en tanto madre, y aquello que siente en tanto madre es también lo que siente como hija de sus propios padres (Lebovici, 1991, p. 186).

En tanto Fraiberg (1980) postula la presencia de “fantasmas en la nursery” a quien llama “los visitantes del pasado olvidado de la madre” (p. 100), que como hadas buenas o brujas malvadas pueden hacer hechizos favorables o no sobre el bebé. Estos fantasmas, actores del teatro psicológico de la madre, se interponen en la relación madre-bebé provocando desajustes en la misma, ya que la madre está más ocupada con los fantasmas que con las señales que emite el bebé. Lieberman et al. (2005) escriben:

Fraiberg y sus colegas (1975) introdujeron la metáfora “fantasmas en la nursery” para describir las maneras en que los padres transmiten el maltrato infantil de una generación a otra, poniendo en escena, con sus niños pequeños, situaciones de sus propias –si bien no recordadas- experiencias de miedo y desamparo de sus relaciones tempranas (p. 504).

Fraiberg atribuye los estragos causados por los fantasmas del pasado de la madre no al evento mismo sino a la represión de los afectos asociados con las angustiantes memorias tempranas. Postula que la represión y aislamiento del afecto proveen motivo y energía para la enacción de patrones punitivos de cuidado materno que representan la “identificación con el traidor y el agresor” (1980, pp. 134-135). La identificación con el agresor protege al yo vulnerable de los ataques externos adquiriendo las características temidas del atacante (A. Freud, 1936), así el agredido se convierte en agresor infligiendo dolor como mecanismo de defensa ante el mismo. Fraiberg et al. (1975) manifiestan que los fantasmas impiden a la madre responder a las necesidades del bebé debido a sus propias necesidades insatisfechas. La madre no reconoce al infante como a un ser separado cuyo comportamiento es motivado por sus propios estados internos, sino que reacciona como si el bebé fuera un participante de sus propias memorias (Fonagy, Steele, Steele, &

Target, 1997). Al respecto, Brazelton & Cramer escriben:

En ocasiones, los fantasmas fijan residencia junto al bebé, atrayendo la mayor parte de la atención del progenitor. En estos casos, *los padres se relacionan con el fantasma que se interpone, como una pantalla, entre ellos y el hijo.*

Este fantasma intrusivo constituye una importante fuente de desajuste entre el progenitor y el bebé. Los padres son incapaces de reaccionar a las señales del hijo porque están ocupados comunicándose con un fantasma. Este fantasma puede ocupar todo el espacio, no dejándoles a los padres ninguna oportunidad de ver a su hijo...La intrusión del fantasma revela una correspondiente vulnerabilidad en el pasado del progenitor (1990, p. 213).

Stern (1995) ha postulado el modelo de coherencia narrativa para abordar el tema de las representaciones maternas y su influencia en la interacción temprana. Escribe:

El modelo de coherencia narrativa es una versión de lo que en psicoanálisis se ha definido como modelo hermenéutico: el psicoanálisis en tanto que construcción narrativa entre el paciente y el terapeuta (Ammaniti & Stern, 1991/1994; Ricoeur, 1977; Schafer, 1981; Spence, 1976). Según esta visión, la historia que uno construye, cree y cuenta sobre el pasado tiene una “coherencia narrativa” que tiene mayor influencia en la vida psicológica actual que la “verdad histórica”, que de todos modos solo puede conocerse a través de la narrativa (1995, p. 49).

En este sentido la representación de la madre de su propia madre cuando ella era niña es de gran importancia y poder predictivo sobre el tipo de madre que será con su infante. No es necesariamente el tipo de experiencia relacional que vivió con su madre, es decir la verdad histórica, sino el tipo de narración que hace de su propia madre cuando niña, es decir la coherencia narrativa de la representación de su propia madre (Stern, 1995, p. 49). Esto implicaría que por sobre la experiencia vivida en la infancia por la madre, sea deficitaria, traumática o no, existiría la posibilidad de organizar un relato coherente sobre su pasado vincular, lo que permitiría brindar a su bebé un apego seguro. La capacidad de organizar una estructura narrativa coherente sería lo que se transmitiría

transgeneracionalmente de padres a hijos, más que un pasado deficitario o conflictivo (Fonagy, 1996; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2001; Slade, Haganir, Grunebaum, & Reeves, 1987; Slade & Cohen, 1996; Slade et al., 1999; Slade, A., Sadler, L., Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005).

Para Stern (1991, 1995) las representaciones maternas son de alta influencia en la interacción diádica, ya que sólo a través de la interacción es posible que el bebé capte los elementos representacionales de la madre, y sólo a partir de del comportamiento interactivo es posible discernir el modelo mental activo durante la interacción en un determinado momento. Stern postula que las conductas maternas durante un momento de la interacción están guiadas por el modelo de-estar-con, es decir por una red interna de modelos cuyos referentes son diferentes experiencias interactivas pasadas de la madre con su bebé, con sus padres, especialmente con su madre, consigo misma como madre, como mujer, y con su pareja como compañero y padre. Es decir que en un determinado momento la conducta misma puede activar ciertos modelos de-estar-con, o que algún modelo de-estar-con puede activar o desactivar un tipo particular de interacción. Stern manifiesta que la madre opera necesariamente en por lo menos dos espacios subjetivos: la interacción comportamental y su vida representativa, y que la experiencia se basa mayormente en el diálogo entre estos dos espacios (Stern, 1995, p. 68).

3.1. Técnicas de Evaluación de las Representaciones Maternas

Autores e investigadores de orientación psicodinámica tales como Ammaniti, Robert-Tissot y Zeanah han desarrollado instrumentos para pesquisar las representaciones maternas durante la gestación y la etapa de crianza. La “Entrevista para las

representaciones maternas durante la gestación” (IRMAG; Ammaniti et al., 1995) propone explorar las representaciones maternas en la gestante, como persona y futura madre, respecto de su pareja y familia de origen (Candelori, 1995) en el periodo prenatal a través de la estructuración de la narración (Ammaniti et al., 1992). Se trata de una entrevista semiestructurada que se administra entre la 28 y 32 semanas de gestación, aproximadamente al séptimo mes de embarazo.

Uno de los instrumentos para evaluar las representaciones maternas en el periodo postnatal es la “Entrevista R” (L’entretien “R”; Robert-Tissot et al., 1989). Está diseñada para captar los aspectos conscientes y preconscientes de las representaciones maternas examinadas en función de su contenido al determinar los temas interactivos presentes en la díada. Consiste en una exploración guiada de las representaciones de la madre en relación al pasado y presente del bebé, de ella misma como madre, de su propia madre, semejanzas del bebé con el resto de la familia, la valoración que hace la madre de su historia y su presente en relación con la maternidad, los afectos ligados a las representaciones, deseos y temores respecto al bebé. Estudia los aspectos conscientes y preconscientes de las representaciones examinadas en función de su contenido. Postula que el pasado relacional de la madre influiría en el modo en que entable las interacciones presentes con su bebé, y que el poder consignarlas y captarlas es de utilidad a los fines terapéuticos y, además, al ser susceptible de codificación y sistematización cuantitativa sirve a los fines de investigación.

Otro de los instrumentos para indagar las representaciones maternas en el periodo postnatal es la “Entrevista del Niño” (Working Model Chile Interview, WMCI; Zeanah, Benoit, Hirschberg, & Barton, 1986). Entrevista estructurada que estudia las representaciones maternas en el periodo postnatal y se basa no tanto en el contenido sino en la modalidad en la que se organizan en un

modelo narrativo: afecto, coherencia narrativa, riqueza de las percepciones, grado de sensibilidad e intensidad en la relación madre-infante. El énfasis está puesto en la experiencia materna con el infante más que en los comportamientos del mismo. La tipología de la organización narrativa (Zeanah, Benoit, Hirschberg, Barton, & Regan, 1994) es análoga a las clasificaciones de la Situación Extraña (SS; Ainsworth et al., 1978) y a la Entrevista del Apego Adulto (AAI; Main & Goldwyn, 1991). Las clasificaciones de la WMCI se encuentran fuertemente asociadas con las clasificaciones del vínculo de apego en el niño (Zeanah et al., 1993; Zeanah et al., 1994; Benoit et al., 1997), con la interacción de la díada (Zeanah, Finley-Belgrad, & Benoit, 1997; Zeanah, 1998; Zeanah, Boris & Lieberman, 2000), y con la transmisión transgeneracional del apego (Zeanah et al., 1997). Benoit et al. (1997) hallaron que las descripciones que la madre hace del futuro bebé durante la gestación son predictivas del vínculo del infante al año y más tarde.

Steele, Steele & Fonagy (1996) han demostrado que las representaciones maternas de los vínculos de apego pesquisadas durante la gestación predicen el tipo de vínculo que el infante desarrollará al año de vida. Lieberman (2007) manifiesta que la historia de la madre en conjunto con sus fantasías y proyecciones se actualiza y se transforma en la relación con su hijo. Los sentimientos de la mujer respecto de sí misma como madre tienen un impacto sobre el despliegue afectivo frente al bebé (Duhalde et al., 2008). Entonces, las interacciones tempranas mamá-bebé estarían vehiculizadas no sólo por las interacciones cotidianas y reales, sino además, por el reflejo (en términos especulares) que la madre debe aportar a las conductas del bebé (Stern, 1977, 1985). En este sentido, Solís-Pontón escribe:

Conviene recordar que el nacimiento del niño marca un violento enfrentamiento con el bebé real, que la madre debe acunar sin

haber completado la gestación de su bebé imaginario incompleto por definición y, ello, en la plena efervescencia de los fantasmas inconscientes reactivados por los aspectos más profundos del narcisismo transgeneracional de los conflictos edípicos de ella. Este conjunto de circunstancias hace del periodo perinatal una fase llena de vicisitudes y tierra fértil para las proyecciones inconscientes de los padres, lo cual explica la complejidad del proceso de armonización de las primeras interacciones entre la madre y el bebé (2002, p.15)

Capítulo 4

La Interacción Diádica

1. Inicios de los Estudios de la Interacción. Breve Reseña

La infancia abandonada y desplazada producto de la Segunda Guerra Mundial llevó a estudiar la conducta de niños institucionalizados separados de sus padres (Spitz, 1945, 1946a, 1946b; Burlingham y A. Freud, 1944). Escribe Spitz:

Una y otra vez nos recuerda Freud que el lactante, durante este periodo de su vida, está desamparado, siendo incapaz de conservarse vivo por sus propios medios. Todo aquello de que carece el infante, lo compensa y proporciona la madre. Esta atiende a todas sus necesidades. El resultado es una relación complementaria, una *díada* (1965, p. 17).

Señala además que la díada establece una comunicación que consiste en una serie de intercambios a través del tacto, miradas, sonrisas, maneras de sostener y ser sostenido, que se influyen recíprocamente de manera circular. Introduce un aporte fundamental, el proceso de amoldamiento que “consiste en una serie de intercambios entre los dos coparticipantes, la madre y el hijo, cada uno de los cuales influye recíprocamente al otro en circuito” (Spitz, 1965, p. 102).

También Winnicott (1969) subraya la importancia de la mutualidad diádica y manifiesta que las experiencias no verbales entre ambos establecen una reciprocidad que determina, de modo inconsciente, el tono emocional de las vivencias interpersonales. “Esta mutualidad es propia de la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del niño” (1970, p. 251). Además, manifiesta que los bebés deben ser estudiados con sus madres, no aislados, ya que a partir del bebé se observa la previsión ambiental, y detrás de ella a la madre (Winnicott, 1964c). Mahler et al. (1975) también estudiaron las interacciones observables entre los infantes y sus mamás,

especialmente en la fase simbiótica (Mahler & Furer, 1968).

Estos trabajos de observación sistemática alertaron sobre los efectos dramáticos y el riesgo de desarrollar psicopatología que produce la privación de los cuidados maternos. Bowlby (1940, 1944, 1969a), Michael Balint (1962, 1968), Fairbairn (1952) y Winnicott (1965) buscaron los orígenes de la patología temprana en sucesos de la vida real. El trabajo de investigación de Robertson (1951) aportó clara evidencia que las experiencias de separación entre el infante y su madre activan una secuencia de reacciones psicológicas con probable efecto a largo plazo y, que no obstante la calidad de los cuidados sustitutos, la separación es siempre peligrosa y problemática (Robertson & Robertson, 1989). Bowlby manifiesta que para que el desarrollo mental prosiga su suave curso es necesario que la psiquis indiferenciada del infante esté expuesta durante ciertos periodos críticos a la influencia de la psiquis organizadora, la madre (1951, p. 53). Agrega: “el infante y el niño pequeño necesitan una experiencia cálida, íntima y continua con su madre en la que ambos encuentren satisfacción y disfrute (1951, p. 13).

El término “interacción” fue utilizado por primera vez por Bowlby (1958) para referirse a la especificidad de la relación entre el infante con una figura maternal singular cuyo objetivo no se basa únicamente en la simple gratificación oral y la reducción de la tensión instintiva. Influida por las investigaciones etológicas de Lorenz (1957), Harlow (1958) y Hinde (1982), Bowlby postula que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia arcaica, cuya función es la supervivencia de la especie, y que esta tendencia es relativamente independiente de la alimentación (Marrone, 2001, p. 23). En la línea de investigación de la teoría del apego, los trabajos de Ainsworth (1967, 1969, 1973, 1985) introducen la respuesta sensible

como organizador psíquico que incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente, y responder apropiada y rápidamente.

A partir de la década del '60 los estudios tuvieron como objetivo la frecuencia de diversas conductas entre los bebés y de las personas que los cuidaban (Harriet Rheingold, 1961), dando cuenta del rol activo de los bebés en cuanto a moldear la interacción. Por su parte Bell (1968) destacó la influencia que los rasgos típicos del bebé, forma de la cabeza, movimientos, tienen en impulsar al progenitor a cuidar y proteger a su hijo.

Otros trabajos, derivados desde distintas líneas, también han contribuido a la comprensión de la interacción temprana. Desde la teoría del aprendizaje, Siqueland & Lipsitt (1966) señalan la capacidad de aprendizaje rápido del recién nacido, y de una memoria primitiva implícita en todas las actividades aprendidas desde la experiencia (Eimas, Siqueland, Jusczyk, & Vigonto, 1971). En tanto, Metzoff & Moore (1977) demostraron la capacidad de los recién nacidos para imitar o seguir los movimientos faciales del adulto con el que están interactuando.

A partir de los años '70 con el acento puesto en el paradigma relacional, el psicoanálisis deja de concebir a la madre exclusivamente como un objeto del infante y comienza a estudiar su participación real, sus comportamientos y fantasmas inconscientes (Dio Bleichmar, 2005). La relación madre-infante comienza a ser la nueva unidad de análisis y los estudios de investigación comienzan a ocuparse de las interacciones diádicas. Brazelton & Cramer escriben:

La premisa de Bowlby de que el recién nacido está pre-adaptado a cumplir un rol en el intercambio social con la persona que lo cuida y el punto de vista de Winnicott de la madre y el hijo como una unidad única y sincronizada han tenido una profunda influencia en los estudios de la interacción... (1990, p. 142).

La necesidad de contar con descripciones cuantificadas y objetivas de cada miembro de la díada llevó a la introducción de la metodología de filmar las interacciones, lo cual permitió definir criterios más precisos de análisis y describir la dinámica temporal. La cuantificación de la conducta sentó las bases para la calificación de la conducta, en tanto la objetivación brindó comprensión de las relaciones de causa y efecto entre la díada. Los trabajos realizados con técnica microanalítica (Brazelton, 1974; Stern, 1971, 1974; Beebe, 1982) verificaron la naturaleza cíclica de la interacción mamá-bebé cara a cara, así como el establecimiento y mantenimiento de estos ciclos mediante la alternancia de fases de atención y retracción parcial o total.

En la actualidad los estudios de la interacción mamá-bebé se alejan del análisis de conductas moleculares y unidades de tiempo separadas, y se realizan desde enfoques más globales y contextuales dando cuenta de aspectos tales como la reciprocidad, contingencia, y regulación mutua.

2. Relación Temprana e Interacción Mamá-Bebé

Autores psicoanalíticos pioneros como Melanie Klein (1935a, 1959), Spitz (1945, 1965), Winnicott (1945a, 1948, 1960b, 1960c, 1964c) y Bowlby (1958, 1965) entre otros, contribuyeron al desarrollo teórico de la relación temprana mamá-bebé. Asimismo Fraiberg (1980), Lebovici (1983, 1989a, 1989b, 2002), Mazet (1999; Mazet & Stoleru, 1990), Cramer (1987, 1993) y Stern (1971, 1977, 1985) han contribuido al desarrollo de la relación temprana e interacción diádica. También han sido importantes los aportes de los estudios de Ainsworth (1967) Ainsworth, Bell & Stayton (1974), Ainsworth et al. (1978), Brazelton (1974, 1979, 1982), Beebe,

Jaffe, Feldstein, Mays & Alson (1985), Beebe, Jaffe & Feldstein (1992), Emde (1983a, 2001), Tronick (1989), Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton (1978), Tronick & Cohn (1989), Fonagy (1991, 1996), y Slade (2002, 2004) para el avance del conocimiento de la interacción mamá-bebé en la constitución del vínculo primario fundamental para el desarrollo psíquico del infante.

Mazet, Cukier-Hemeury, Latoch, Rosenblum & Stibon (1989) definen la interacción como “la reacción recíproca de dos fenómenos” (p. 19), acentuando la noción de reciprocidad e interdependencia entre ellos, y partiendo del principio que la relación del bebé con el ambiente materno se da en un proceso bidireccional. La interacción se considera entonces, como un proceso constituido por un “conjunto de fenómenos dinámicos que ocurren a lo largo del tiempo entre el bebé y su madre” (p. 20).

En este proceso el bebé no es un miembro pasivo sometido a las influencias del ambiente, sino que es un miembro activo de la díada. Trae a la díada su equipamiento innato, su capacidad de responder de manera diferenciada a estímulos auditivos y visuales, de habituarse a estímulos agradables o activarse ante estímulos preferenciales (Brazelton & Cramer, 1990), cabiendo a la madre interpretar sus necesidades físicas y emocionales, y regular sus estados (Schoore, 1994, 1996). La interacción se da en un interjuego entre los dos miembros de la díada, en el cual uno influye al otro en un proceso continuo de desarrollo a partir de mecanismos de regulación recíproca. Sin embargo, la contribución que cada miembro de la díada hace a la interacción mutua es dispar. Winnicott escribe:

Supongamos que en el desarrollo precoz de un individuo, salud implica *continuidad en el ser*. El psiquesoma precoz se mueve a tenor de cierta línea de desarrollo siempre y cuando su *continuidad de ser no se vea turbada*; dicho de otro modo, para el desarrollo sano del psiquesoma precoz hace falta un medio *perfecto*. Al comienzo la necesidad es absoluta. El medio perfecto es

aquel que se *adapta activamente* a las necesidades del psiquesoma recién formado, aquello que los observadores saben que al principio constituye el pequeño. El mal medio es malo porque debido al fracaso de la adaptación se convierte en un *ataque* contra el psiquesoma, ataque ante el cual el psiquesoma (es decir, el pequeño) debe *reaccionar* (1949, pp. 327-328).

Por su parte, Spitz expresa:

Un aspecto peculiar y acaso único de la relación madre-hijo consiste en que la estructura psíquica materna es fundamentalmente distinta de la del hijo. La relación entre una pareja tan destacadamente desigual no puede ser sino asimétrica, en consecuencia, la contribución de cada uno de ellos a la relación mutua será desemejante (1965, p. 23).

Por lo tanto, la interacción entre mamá y bebé es asimétrica, siendo al inicio principalmente pre-verbal, donde cada miembro aporta su funcionamiento psíquico. El bebé aporta su temperamento, características, sexo, posicionamiento en la familia, necesidades evolutivas. Exhibe conciencia de su ambiente, y capacidad de crear sentido del mundo y de sí mismo, contribuyendo a la interacción y jugando un rol fundamental en el establecimiento y desarrollo de la relación temprana (Stern, 1985). En tanto la madre asume el rol de yo auxiliar del bebé compensando la inmadurez psíquica de éste proveyendo un “marco de referencia especular” al ego inmaduro del infante (Mahler & Furer, 1968, p. 19). Satisface sus necesidades anticipándose a ellas a través de los cuidados diarios (Winnicott, 1972). Aporta sus propias características, historia, así como sus representaciones fantasmáticas, tales como fantasías, temores, deseos, distorsiones (Stern, 1995; Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996), y percepciones atribuidas al otro miembro de la díada (Slade, 1999, 2005, 2010) implicando tanto los elementos imaginarios, accesibles a la conciencia, como los elementos fantasmáticos y las identificaciones inconscientes. Cramer (1974) indica que son las relaciones intersubjetivas las que regulan las emociones e influyen la elección de defensas, a su vez que moldean el alcance del impacto de la fantasía en el infante, siendo las interacciones

reales el correlato de las fantasmáticas.

2.1. La Díada en Interacción

Basándose en la premisa de la fuerte necesidad innata de contacto intersubjetivo y bidireccional, los investigadores de infantes han manifestado que los bebés son activos iniciadores de la interacción. Schejtman (2008) señala que al menos en el 40% del tiempo las interacciones con el medio son iniciadas por los bebés (p. 41). Emde (1983b) manifiesta que el bebé es parte de un sistema interaccional bidireccional, donde el medio y el infante se influyen mutuamente en un proceso continuo de desarrollo. La díada se influye mutuamente: “un miembro influye en el otro y lo moldea, pero también es influido y moldeado por el otro” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 153).

A partir del nacimiento, el desafío del bebé es el logro y mantenimiento de la homeostasis tanto física como emocional que se realiza en un proceso dialéctico y bidireccional. Cabe a la madre la función de regularlo a través de la satisfacción de las necesidades de hambre, apaciguamiento, contacto físico, y a su vez, el infante colabora en la regulación de la lactopoyesis que libera occitocina, hormona reductora del stress materno. Los requerimientos del infante expresados en forma de llanto, aferramiento, agitación motriz, restos filogenético y mecanismos de supervivencia de la especie, en términos bowlbinianos (Bowlby, 1958) comportamientos del sistema de apego para lograr la proximidad de la madre, son interpretados por la madre, quien a través de su vida psíquica otorga sentido a las conductas del bebé. Lebovici refiere que “el infante hace a los padres” (Solís-Pontón, 2002, p. 14) y expresa: “diría como

Brazelton: “Señora, al cargar a su hijo en brazos, él la convierte en madre en 10 minutos” (Solís-Pontón, 2002, p. 4). Así, la madre aprende a conocerse y conocer su función a medida que responde a las señales no verbales de su bebé e interactúa con él.

Brazelton & Cramer (1990) señalan que la apariencia, temperamento, conductas y competencias del bebé estimulan las respuestas interactivas de la madre. El enfoque de Brazelton se basa en “la asunción de que el recién nacido es a la vez competente y organizado de forma compleja” (Brazelton & Nugent, 1997, p. 23). El recién nacido se concibe como un ser activo, que muestra una enorme capacidad para responder a los estímulos y, al mismo tiempo, de inhibir sus respuestas ante aquella estimulación que sobrepasa su capacidad de asimilación. Es decir que se trata de un organismo social, capaz de interactuar con su entorno y de provocar en sus cuidadores el tipo de atención necesaria para su adaptación (Wolke & St. James-Roberts, 1986; Brazelton & Nugent, 1997). El bebé es activo iniciador de la interacción, competente y capaz de dar sentido a diferentes partes del mundo que lo rodea, y modelar el entorno de acuerdo a sus características (Stern, 1985). Así es que, la actividad del bebé y sus estados emocionales se amplían vía la estimulación del otro y son una creación mutua (Martínez-Gertner, Costas-Moragas, Botet-Mussons, & Fornieles-Deu, 2004). La capacidad de la madre para leer los mensajes no verbales del bebé y las respuestas de éste activan un diálogo interactivo que aporta a la regulación mutua (Schejtman et al., 2004). Además, la atribución de las intenciones del otro evoca la intención que tendría la acción si él mismo la realizara (Schore, 1994), es decir que también las acciones complementarias organizan la interacción. Escribe Dio Bleichmar:

En los esquemas de la interacción cada persona proporciona un fragmento de la conducta total, uno la inicia y el otro la termina; el otro la inicia y uno la termina (el niño inicia levantando los brazos y el adulto termina abrazándolo). Esta secuencia dará lugar a las acciones intencionales del niño, al tomar conciencia que sus fracciones de conducta tiene valor de señal para el adulto (2005, pp. 440-441).

2.2. El Andamiaje Regulatorio

El bebé exhibe una tendencia biológicamente determinada hacia la interacción, con motivación interna, basada en un deseo de proximidad y contacto con la figura de apego (Bowlby, 1969a, 1973, 1980). Sin embargo necesita del andamiaje regulatorio que le provee el ambiente cuidador (Vardy & Schejtman, 2008, p. 57). En términos de Winnicott (1972) de la “madre suficientemente buena”, aquella que satisface las necesidades del infante, anticipándose a ellas; de un “ambiente facilitador” que provee de mínimas condiciones para que pueda darse el crecimiento y desarrollo físico y emocional del infante. En términos winnicotianos la función materna provee el sostén (*holding*) (Winnicott, 1945a), manejo (*handling*) y presentación de objeto (*realization*) (Winnicott, 1958a). La interacción mamá-bebé se despliega tanto en el terreno físico como emocional, “el bebé está en brazos de la madre y sólo comprende el amor que se expresa en términos físicos, es decir, a través de ese sostén humano y vital” (Winnicott, 1955, p. 222). El sostenimiento del bebé en los brazos comprende no sólo el hecho de sostenerlo físicamente, sino que también, se relaciona con la capacidad materna de identificarse con él, es decir con la contención emocional y la comprensión. Nasio escribe:

Cuando la madre no cumple su función de sostén del yo lo que surge es esta angustia impensable, portadora entonces de una amenaza de anonadamiento cuyas principales variantes se exponen a continuación: 1) Fragmentarse, 2) Vivir una impresión de caída sin fin, 3) Sentirse elevado a cumbres infinitas, 4) Carecer de relación con el propio cuerpo y, por último, de orientación espacio temporal (1996, p. 23).

Otras cualidades que constituyen este andamiaje serían la sensibilidad maternal de Ainsworth (1973; Ainsworth et al., 1978), la capacidad de regulación afectiva (Tronick, Cohn, & Dhea, 1986; Field, 1994; Zeanah, 1998), el entonamiento afectivo de Stern (1985), y la capacidad reflexiva (Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgit, 1991; Fonagy et al., 1993; Fonagy et al., 2001; Slade, 2002, 2004, 2005).

2.2.1. La Sensibilidad Materna

La respuesta sensible (Ainsworth, 1967, 1973) refiere a notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente, y responder apropiada y rápidamente (Ainsworth et al., 1978). La falta de sensibilidad, que puede o no estar acompañada de una conducta hostil o desagradable, existe cuando la madre fracasa en leer los estados mentales del bebé, en apoyarlo en el logro de sus estados positivos o deseos, en calmar el malestar en un lapso que no cause una frustración excesiva, y en ofrecer estímulos sin sobrecargar la interacción con sobreestimulación. Dio Bleichmar (2005) manifiesta que las madres sensibles proporcionan al infante una disponibilidad constante de manera que tenga siempre acceso a ellas, responden inmediatamente a las señales de malestar, son capaces de identificar las fuentes del mismo, muestran placer en la interacción, expresan frecuentemente y espontáneamente sentimientos positivos, expresan cariño a través de caricias y acercamientos, se amoldan al infante cuando lo contienen, y son consistentemente sensibles. Las madres desatentas o negligentes ignoran las señales del infante, aparecen como desconectadas y no notan las demandas de contacto, muestran poca habilidad para dividir su atención entre el infante y otras demandas simultáneas, presentan déficit en la interacción sincronizada

con el bebé, no hay mutualidad sino interacciones incompletas, escaso timing ya que las respuestas son tardías y el infante no puede conectar las respuestas dadas con las acciones por él iniciadas y, además, son consistentemente no sensibles. En tanto, las madres hostiles y rechazantes proveen escasas oportunidades para contribuir a la interacción. Durante las mismas se muestran torpes o inadecuadas, se irritan por las demandas o la proximidad física o de contacto del infante, están físicamente desconectadas en la interacción, y sus expresiones de afecto no coinciden con las del bebé, por ejemplo, se pueden reír cuando el bebé está molesto, es decir, son consistentemente no receptivas. Entonces, las interacciones con el infante son conflictivas, y se muestran punitivas o vengativas durante las mismas. Por su parte, las madres rechazantes tratan al infante como a un objeto por la postura que adoptan, las pausas o la contención de la interacción que hacen en función de sí mismas más que de acuerdo a las necesidades del bebé, son intrusivas durante las interacciones, se molestan por la conducta no cooperativa del mismo. Entonces, las interacciones son incompletas no presentando mutualidad, ya que activamente se oponen a los deseos del infante y ofrecen alternativas inadecuadas a los mismos, además, usan prohibiciones verbales, y reorientan las demandas de proximidad o de contacto del infante sin un periodo de transición.

2.2.2. La Regulación Afectiva

La interacción mamá-bebé es el primer contexto en el que la regulación emocional emerge: a través de otro humano el infante va logrando la autorregulación fisiológica y emocional (Tronick et al., 1986; Field, 1994; Zeanah, 1998). Schore (2001) señala que el control sobre la respuesta emocional depende de la interacción afectiva con la madre o las principales figuras de apego. Dio Bleichmar

(2005) manifiesta que los procesos de regulación emocional entre la madre y el infante pueden generar estados de plenitud corporal, de aplacamiento de la ansiedad, de actividad atencional, de placer sensual, o por el contrario, estados de malestar físico, excitabilidad, tensión, desasosiego, miedos y angustia. Es decir, que:

...estos estados conforman expectativas (las expectativas son huellas mnémicas, recuerdos de las interacciones) ante el contacto con la persona que ejerce los cuidados que configuran la especificidad y el reconocimiento de la misma, y se constituyen como estados afectivos fundantes del psiquismo (Vardy & Schejman, 2008, p. 54).

Los estudios basados en las manifestaciones expresivas de los infantes, a través de miradas, expresiones faciales, gestos y vocalizaciones, han demostrado que los infantes tienen una necesidad innata para el contacto intersubjetivo y que despliegan una actividad para solicitar interacción (Brazelton, 1974; Brazelton, Koslowski, & Main, 1974; Brazelton, Tronick, Adamson, Als, & Wise, 1975; Beebe & Lachmann, 1998). En el contexto interactivo existe la permanente transmisión afectiva, que se realiza desde el inicio a través de las cualidades sensoriales, descritas por Stern (1985) como intensidad, ritmo, frecuencia de estímulo, y a través de las expresiones del rostro del adulto, y que se amplía a través del contacto intersubjetivo. Beebe (1982) y Beebe, Lachmann, & Jaffe (1997) demuestran que el infante reconoce las expresiones emocionales y reacciona ante ellas de forma inmediata. La importancia de los afectos de la madre y de las personas a su cuidado se basa en que el infante toma las expresiones emocionales de estos como referencias (Emde & Sorce, 1983) para adecuar su conducta según los signos de la expresión facial como indicadores de seguridad o peligro. Tronick et al. (1978) a través de la situación de “rostro inexpresivo” (*still face*) encontraron un patrón de respuesta del infante, que se desarrolla en un lapso de tres minutos, consistente de reiterados intentos de suscitar la atención de la madre, seguidos de

expresión sombría, desvió de la mirada y, por último retraimiento. Esta respuesta consistente ante la no disponibilidad de la madre da cuenta de la vulnerabilidad del bebé ante la desregulación, de su necesidad de otro regulador de sus estados, y de la expectativa respecto de la interacción. Tronick (1989) plantea que existe un proceso de co-creación de estados afectivos entre la mamá y el bebé que se centra en la interacción y en el establecimiento de estados intersubjetivos.

Tronick et al. (1986) se refieren a este proceso como regulación afectiva, la capacidad de regular afectos, y manifiestan que las interacciones mamá-bebé promueven la regulación emocional diádica al reforzar la contingencia y el establecimientos de estados intersubjetivos (Tronick & Cohn, 1989), a partir de los cuales el bebé auto organiza sus propios estados de conciencia en función de los estímulos tanto internos como externos (Tronick, Ricks, & Cohn, 1982).

El interjuego entre los afectos expresados en las interacciones, tanto de tipo positivo como negativo, y los encuentros (*matches*), donde mamá y bebé despliegan simultáneamente el mismo tipo de expresividad afectiva, y los desencuentros (*mismatches*), donde mamá y bebé expresan afectos diferentes, permitió detectar que además de la reciprocidad y la sincronía, en la interacción se dan otros elementos como coordinación, fallo interactivo y reparación (Tronick & Gianino, 1986).

Los desencuentros en la interacción implican un fallo en la percepción y atribución de sentido, en tanto la reparación es la transición entre estados no coordinados o desregulados de las expresiones afectivas tanto de la mamá como del infante hacia estados regulados. Este proceso de reparación es también un proceso de mutua regulación, la madre lee los mensajes que el bebé envía a través de sus expresiones afectivas, y los utiliza como demostraciones afectivas, denominadas “conductas regulatorias dirigidas a otro”

(Gianino & Tronick, 1988). En tanto el bebé, a pesar de la dependencia de regulación centrada en la madre, dispone de recursos propios para poder lidiar con el afecto negativo que experimenta en los momentos de desencuentro. Puede dirigir la mirada hacia otro lado o desplegar conductas de auto apaciguamiento para hacer frente a sentimientos penosos, o ante el excesivo aumento de un estado afectivo positivo que puede volverse perturbador y ser fuente de angustia. Este repertorio propio le permite controlar el afecto negativo distrayendo su atención de un hecho perturbador y sustituyendo la estimulación negativa por una positiva. Gianino & Tronick (1988) describen estas conductas como regulatorias auto dirigidas que funcionan para controlar y modificar el propio estado afectivo del infante. Tanto las conductas autoregulatorias como las dirigidas al otro permiten transformar un estado afectivo negativo en positivo, así, a través de la conducta autoregulatoria el infante comunica a la madre la evaluación negativa de la interacción, y esto le sirve a la madre como oportunidad para reparar la interacción y, por consiguiente, contribuir al desarrollo de los procesos regulatorios adaptativos. La reparación, entonces, aumenta en el bebé el sentimiento de dominio, y le posibilita la internalización de un modelo de afrontamiento interactivo (Tronick, 1989), a la vez que incide en el modo en que la madre percibe y evalúa su funcionamiento (van den Boom, 1994).

Por su parte Duhalde et al. (2008) demostraron que existe vinculación entre la autoestima materna y la expresividad materna: a mayor nivel de autoestima mayor la frecuencia de expresión de afecto positivo materno. Escribe Dio Bleichmar:

Como todas las capacidades del infante, la regulación afectiva y el tono de las emociones dependerán enormemente de la capacidad materna para el reconocimiento del estado afectivo, a través de las expresiones del rostro y de la conducta del bebé. Se trata de una dimensión mucho mas compleja de la interacción, pues el adulto también participa con sus propias emociones en la

relación, y no siempre está dispuesto para la respuesta adecuada. Calmar la excitación excesiva, compartir la alegría, consolar un estado de malhumor, y fundamentalmente no transmitir ansiedad, requieren una refinada regulación emocional por parte del adulto (2005, pp. 68-69).

2.2.3. El Entonamiento Afectivo

Stern define el entonamiento afectivo como “la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta del estado anterior” (1985, p. 177). Remarca el intercambio intersubjetivo de los afectos, e ir más allá de la imitación o contagio afectivo. Escribe:

Primero, el progenitor tiene que poder leer el estado afectivo del infante en su conducta abierta. Segundo, el progenitor debe poner en ejecución alguna conducta que no sea una imitación estricta, pero que sin embargo corresponda de algún modo a la conducta abierta del bebé. Tercero el infante debe poder leer esa respuesta parental correspondiente como teniendo que ver con su propia experiencia emocional original, y no como mera imitación (1985, pp. 173-174).

No se trata de una exacta coincidencia de la expresión, sino de diferentes matices como se dan en una conducta de acompañamiento activo, como cuando alguien se suma a un coro tratando de entonar. Dio Bleichmar refiere:

La idea se basa en la tarea de regulación que debe efectuar el adulto con el infante, y que no consiste en sumarse al afecto del niño si se trata de angustia, por ejemplo, sino todo lo contrario, de desentonar hacia la calma y la distensión (2005, p. 72).

Stern remarca que a través de este proceso la madre está ayudando a crear algo que implica un cambio en el infante, proporcionándole una reformulación de un estado subjetivo. El infante debe adquirir conocimiento sobre los afectos de la vitalidad a partir de las interacciones con sus propias conductas y procesos corporales, y observando y reaccionando ante las conductas que lo rodean e inciden sobre él. Para llegar a la comprensión de que hay medios para traducir las percepciones del mundo externo a

sentimientos internos.

Para que el entonamiento pueda operar las expresiones conductuales diferentes que se producen en formas y modalidades sensoriales diferentes tienen que ser intercambiables. Entonces, para que cierto gesto de la madre corresponda a una exclamación vocal del infante, las dos expresiones deben compartir propiedades amodales que permita la transferencia de una modalidad sensorial a otra. Por ejemplo, ante una expresión vocal del infante el entonamiento de la madre podría ser gestual o facial. Así la madre utiliza una conducta transmodal, es decir, no utiliza la misma modalidad sensorial, sino una modalidad expresiva distinta a la que utiliza el bebé. Existe un apareamiento pero en otra modalidad expresiva, el perfil prosódico del infante se combina con el perfil facial- kinético de la madre llevando el foco de la atención a lo que está detrás de la conducta, “al carácter del sentimiento que se está compartiendo” (Stern, 1985, p. 178). “De modo que el apareamiento del entonamiento no es con la conducta, sino con un aspecto de la conducta que refleja su estado emocional, y puede ir mas allá de la participación en la experiencia subjetiva” (Dio Bleichmar, 2005, p. 72), y tiene que ver con compartir estados afectivos, es decir que el apareamiento es una forma de transacción afectiva.

Stern señala tres rasgos generales de una conducta que pueden dar lugar al entonamiento: la intensidad, la pauta temporal, y la pauta espacial. El nivel de intensidad de la conducta de la madre es el mismo que el de la conducta del infante, sea cual fuere el modo o forma de esa conducta. Por ejemplo, el volumen de la vocalización de la madre puede aparearse con la fuerza de un movimiento abrupto del infante. En tanto el ritmo es una pauta de pulsaciones de énfasis desigual, y la pauta espacial es susceptible de abstraerse y convertirse en un acto distinto, por ejemplo, la madre toma la forma en que el infante se mueve y la adapta al movimiento de su

cabeza (Stern, 1985).

De modo que la pauta espacial, la intensidad y el tiempo pueden ser percibidos amodalmente, y esto es posible porque lo que está en juego es la unidad de los sentidos, que reducen la experiencia o el conocimiento de que el mundo tal como es visto es el mismo tal como se lo oye o se lo siente táctilmente. Entonces, la capacidad para identificar las equivalencias transmodales que apuntan a un mundo perceptualmente unificado son las que permiten a la madre y al infante participar en entonamientos afectivos para lograr una intersubjetividad eficaz.

Se entona con las dos formas de los afectos: los afectos categoría discretos tales como la tristeza y la alegría, y los afectos de la vitalidad tales como las explosiones y las declinaciones progresivas. Los afectos de la vitalidad son las cualidades dinámicas, cinéticas del sentimiento, que diferencian lo animado de lo inanimado, y corresponden a los cambios momentáneos de los estados emocionales involucrados en los procesos orgánicos de la vida. Stern señala que la mayor parte de los entonamientos parecen producirse con los afectos de la vitalidad ya que durante una interacción promedio madre-infante sólo ocasionalmente hay despliegues de afectos discretos. Entonces, el entonamiento afectivo podría no darse como proceso continuo si se limitara a los afectos categorías, sin embargo el entonamiento parece más un proceso ininterrumpido, ya que los afectos de la vitalidad se manifiestan en todas las conductas y están compuestos por las cualidades amodales de la intensidad y el tiempo. Entonces, puede haber entonamiento con la cualidad emocional interior de la manera en que un infante alcanza un juguete, sostiene un muñeco, da un puntapié o escucha un sonido. Stern escribe:

El entonamiento con los afectos de la vitalidad le permite a un ser humano “estar con otro” en el sentido de compartir ininterrumpidamente sus probables experiencias interiores. Esta es exactamente nuestra experiencia del contacto emocional, de estar entonado con otro. Se siente como una línea continua. Ese contacto busca el perfil de activación instantáneo de cualquiera y de todas las conductas, y lo utiliza para que no se corte el hilo de la comunicación (1985, p. 194).

2.2.4. La Capacidad Reflexiva

Refiere a los procesos subyacentes a la capacidad de mentalizar, es decir a la capacidad de percibir y entender a uno mismo y a otros en términos de estados mentales tales como sentimientos, creencias, intenciones y deseos (Fonagy, 1989, 1991). El funcionamiento reflexivo, entonces, es la expresión activa de la capacidad psicológica íntimamente relacionada con la representación de sí mismo (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996).

Esta función implica una serie de capacidades, algunas de las cuales son denominadas capacidades yoicas (Bellak, Hurvich, & Gediman, 1973), como la capacidad de evaluar adecuadamente la realidad y distinguir lo externo de lo interno (Marrone, 2001). Bion (1962a, 1962b) desarrolló algunos elementos de la función reflexiva al describir la transformación de estados mentales primitivos (elementos beta) en pensamientos tolerables (función alfa) en la capacidad materna de contener los estados afectivos intolerables del bebé y devolverlos de una forma que le sean manejables. También Fairbairn (1952) y Kohut (1977) postulan que a través de la percepción y reflexión de los propios estados mentales mediatizados por la mente de otro se promueve el desarrollo del self.

Fonagy (Fonagy, Steele, Moran, et al., 1991; Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1992; Fonagy & Target, 1996, 1997) llama “función reflexiva” al acto de reflexionar que involucra empatía y una profunda comprensión de que el otro es un ser autónomo

con emociones, pensamientos, creencias, deseos y reacciones propias. La capacidad reflexiva otorga sentido a la experiencia interactiva y permite atribuir significado y anticipar las acciones del otro. Es decir que la capacidad de la madre para observar y reflexionar sobre los estados del bebé y sobre su propia subjetividad facilita el desarrollo de una organización cohesiva del self. Slade (Slade, 2002; Slade, Bernbach, Grienenberg, Wohlgemuth Levy, & Locker, 2005; Slade, Sadler, et al., 2005) plantea que la función reflexiva da cuenta de las cualidades internas que permiten a la madre ser suficientemente sensible para comprender y significar los sentimientos, comportamientos, deseos e intenciones de su infante. La capacidad de la madre para sostener en su mente la noción que su infante es un ser con sentimientos, deseos e intenciones propias, le permite al infante descubrir su propia experiencia interna mediatizada por la experiencia que la madre tiene con él (Slade, 2005). En consecuencia, el infante organiza una representación de los afectos, una representación intencional de su madre y de sí mismo en el contexto de pensar con otro empático, disponible y capaz de elaborar (Slade, Sadler, et al., 2005).

Fonagy & Target (1998) manifiestan que si bien la adquisición de esta función tiene lugar en el proceso de desarrollo temprano, sin embargo, nunca se termina de adquirir plenamente, “por ejemplo, en momentos de alta activación emocional, en las relaciones íntimas, a menudo nos resulta difícil construir representaciones exactas del mundo mental del otro y de las interacciones” (Marrone, 2001, p. 147). Por lo tanto no es una capacidad madurativa cognitiva, sino un logro evolutivo.

El desarrollo del funcionamiento reflexivo le permite al infante: 1) la capacidad de distinguir entre la realidad externa y la interna; 2) desarrollar la capacidad de distinguir entre pensamiento y acción; 3) diferenciar los procesos mentales y emocionales

intrapersonales de los procesos afectivos interpersonales (Fonagy & Target, 2003). Escriben Huerin, Duhalde, Esteve & Zucchi:

... esta dualidad, que caracteriza a la capacidad de mentalización, incluye por un lado un componente auto-reflexivo, permitiendo llegar a una percepción compleja del mundo interno, y por otro lado un componente interpersonal ya que incide y se ve influida de manera permanente por los procesos de intercambio en el vínculo con los otros (2008, pp. 100-101).

La capacidad de reflexionar sobre la propia subjetividad y de entender que los otros tienen sus propios estados mentales se desarrolla dentro de un vínculo seguro con los progenitores (Fonagy et al., 1997). Escribe Marrone:

Los padres con capacidad reflexiva promueven con más probabilidad un apego seguro en el niño por tres motivos importantes: (1) son capaces de regular sus propias acciones y reacciones en relación al hijo, comprendiendo mejor sus estados mentales; (2) son capaces de promover un diálogo reflexivo con sus hijos y su grupo familiar como un todo y, por ende, (3) sus comunicaciones están exentas de distorsiones serias (2001, p. 123).

Cuando la madre no está segura de cual es el estado mental que guía la conducta del infante deberá especular sobre lo que este está sintiendo y pensando. La baja capacidad reflexiva se manifiesta cuando la madre no puede comprender que su estado mental o el de su infante están conectados a un comportamiento o a otro estado mental, o cuando no puede asociarla con un estado mental, es decir reflexionar sobre ella. La madre más reflexiva, en cambio, se involucra en identificar los estados mentales que podrían explicar las conductas propias y las de su infante. Entonces, la capacidad de la madre de asociar los estados mentales propios o del infante a otro estado mental o comportamiento es fundamental para predecir la respuesta del infante y anticipar comportamientos y para la regulación afectiva (Slade, 2002, 2004, 2005). Huerin et al. (2008) escriben:

La capacidad materna para reconocer la dinámica de la propia experiencia afectiva actuará como reguladora para el niño. La madre reflexiva puede imaginar como se siente un niño pequeño y, al mismo tiempo, reconocer que esta inferencia se ve limitada por la

disparidad de desarrollo inherente a la situación adulto-niño. Una mamá reflexiva busca comprender a su hijo activamente y en esa búsqueda ella puede responder en forma sensible y contenedora. Una respuesta sensible y adecuada por parte de la madre dependerá tanto de la posibilidad de comprender las intenciones y sentimientos de su hijo como de sus propias capacidades emocionales (Huerin, 2006; Zucchi et al., 2006, 2007) (Schejtman, 2008, p. 104).

En síntesis, el andamiaje regulador consiste de una serie de funciones específicas relacionadas con los deseos genuinos y sentimientos positivos que garantizan la puesta en acto de las capacidades para: responder a la necesidad del infante; la ternura, y placer en la interacción; la regulación de la ansiedad; calmar y proporcionar medidas adecuadas para la contención y enfrentamiento del conflicto; anticipar el peligro; evitar el desamparo; la construcción de un vínculo de apego seguro y tolerancia para la dependencia temprana; la valoración y expectativas claras sobre el infante; la respuesta empática; comprender las intenciones, emociones, deseos de su infante como las propias. El desarrollo adecuado del infante se basa en el logro de una conexión emocional sólida con la figura maternante, y que la falla en este logro produce efectos negativos en la salud mental del mismo a corto y largo plazo, además de dificultades en la interacción y vicisitudes en la relación temprana (Brazelton, 1974, 1982; Cassidy, 1994, 1999; Ende, 1991, 2001; Osofsky, 1993, 1995; Osofsky & Eberhart-Wright, 1988; Stern, 1988; Tronick, 1989).

3. Aspectos Esenciales de la Interacción

El infante y la madre participan en un sistema comunicacional emocional (Brazelton et al., 1975) donde las expresiones afectivas madre-infante permiten la regulación mutua de las interacciones (Tronick, 1989). Oiberman expresa:

La madre y el bebé modulan sus conductas para ajustarse a la necesidad de regulación del sistema. Si las conductas son recíprocas, ello produce un clima emocional adecuado y la interacción es armoniosa. El niño se beneficia tanto en el plano fisiológico como

en el psicológico (2001, p. 73).

La madre y el infante se influyen mutuamente para sincronizar los ritmos y la dirección afectiva de la conducta. Esta sincronización provee la base para que tanto el bebé como la madre conozcan y penetren en la percepción del otro, en su mundo temporal y en sus estados afectivos (Tronick & Cohn, 1989; Tronick et al., 1982). La reciprocidad en las interacciones se asocia a la congruencia de los estados afectivos, es decir que hay una relación entre encuentros (*matching*) y empatía (Tronick & Gianino, 1986). Sin embargo, el ambiente puede fallar en el acompañamiento positivo del proceso de autorregulación del bebé, entonces, en lugar de autorregulación se podría producir retraimiento (Schejtman et al., 2004).

La organización de la experiencia es, en los primeros meses, básicamente social a través de los encuentros cara a cara, y refiere a una organización diádica más que a una propiedad individual de cada miembro de la díada (Beebe & Lachmann, 1998). Estas estructuras de influencia mutua refieren a la interacción en la que cada miembro de la díada sistemáticamente influye el comportamiento del otro, incluyendo acciones, percepciones, cognición, afecto, así como la experiencia prioperceptiva del otro. A su vez, a través de los patrones recurrentes de influencia mutua el infante organiza su experiencia, y es capaz de predecir y anticipar (Beebe & Lachmann, 1988). Este interjuego entre mamá y bebé contribuiría a la construcción de representaciones interactivas, donde el bebé representaría la expectativa de sincronizar y ser sincronizado por la madre, un proceso interactivo de acciones de sí mismo en relación a las acciones del otro (Sroufe, 1996; Schore, 2003a, 2003b).

3.1. Características de la Interacción

Considerando la bidireccionalidad inherente al concepto de interacción, Tronick (1989) señala que este proceso se caracteriza por su ritmo, sincronía, ajuste mutuo y reciprocidad.

Para poder prestar atención a los estímulos externos, el bebé necesita regular sus estados físicos y afectivos (Fonagy & Target, 2003). La tarea de la madre es aprender como contener al bebé, como reducir la estimulación para no sobrecargar el inmaduro sistema biológico y psíquico del infante, ajustando sus respuestas a los umbrales y teniendo en cuenta el delicado equilibrio de éste. Así, en su función reguladora, la madre adapta su conducta a los ritmos del bebé, aprendiendo el lenguaje del mismo a través de las señales de las conductas autonómicas, motrices, así como de las correspondientes a los estados (sueño-vigilia), y a las de atención (atracción-retracción, búsqueda-aversión de las miradas). Entonces, la madre sincroniza sus propios estados con los del bebé, ayudándolo a prestar atención y a ir prolongándola durante la interacción. Brazelton & Cramer escriben:

Durante la comunicación sincrónica, el bebé aprende a ver a su progenitor como a un ser merecedor de confianza y receptivo, y empieza a intervenir en el diálogo. A través de la sincronía, los padres, a su vez, experimentan su propia competencia (1990, p. 188).

Como ya fuera mencionado anteriormente, la interacción es una relación asimétrica. Simetría, entonces, refiere a que la capacidad del bebé de prestar atención, su estilo y preferencias para recibir como para responder influyen en la interacción, y donde la madre respeta la respuesta y umbrales del infante. Brazelton & Cramer manifiestan que la madre debe ser a la vez desinteresada en tanto respeta la independencia del bebé, e interesada en tanto desea la retroalimentación por parte de éste. Es decir, dispuesta “a renunciar a una parte de sí mismo para suscitar los ritmos y las respuestas del bebé” (1990, p. 189).

A medida que aprende a utilizar los indicios que le proporciona la madre para mantener su estado alerta y autorregulación, el bebé emplea sus propias capacidades en rápido desarrollo, tales como sonrisas, vocalizaciones, conductas faciales, e indicios motores, para indicar su receptividad y suscitar las respuestas de la madre. Esta capacidad del bebé de emitir señales, en forma de vocalizaciones, manifestaciones afectivas, y de recibir señales, auditivas, táctiles y cenestésicas, basadas en estados y funciones autonómicas, depende de su posibilidad de autorregularse. También el efecto de las señales que emite la madre depende de su estado de atención, de sus necesidades, así como de las propias señales que él emite. Entonces, el bebé aprende a adaptarse al ritmo de la interacción sincronizada, y se desarrolla un ajuste mutuo entre ambos miembros de la díada. “El ritmo en los intercambios es fundamental para la regulación del sistema y uno de los factores que hacen posible la reciprocidad de la conducta” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 74). Sander (1980) considera que el ritmo en los intercambios mamá-bebé tiene su antecedente en los ritmos biológicos intrauterinos y que gradualmente los ritmos biológicos de vigilia-sueño, alimentario, llanto y apaciguamiento dan fundamento a los psicológicos (citado en Oiberman, 2001, p. 74). El ajuste de la ritmicidad en la interacción diádica suscita la anticipación y la percepción de previsibilidad y fiabilidad por parte del infante (Sander, 1980). Es así que, entonces, estos intercambios cotidianos y su estructuración temporal van construyendo una narrativa de acción estableciendo una secuencia de mensajes afectivos (Schejtman, 2008, p. 42) mucho antes que el infante pueda relacionarse con una narrativa de palabras (Tronick, 1989).

Una vez lograda la sincronía, cada miembro de la díada empieza a prever las respuestas del otro en secuencias prolongadas, agregando otra dimensión a la interacción: el arrastre (Condon & Sander, 1974). Reconociendo los ritmos del otro se crea una expectativa, tanto para seguir con el ritmo como para interrumpirlo. Entonces, un miembro puede arrastrar la conducta del otro instituyendo el ritmo de atención y desatención básicos de la sincronía. Señalan Brazelton & Cramer:

La interacción asume, así, un nuevo nivel de participación. Cada miembro de la díada se adapta al otro, de manera que el bebé no se limita a ajustarse al inicio del adulto, sino que los ritmos del adulto también tienden a seguir los movimientos del niño (1990, p. 191).

Alrededor del cuarto mes, en estado de mutua sincronización, la madre y el bebé practican juegos que consisten en sonreírse, vocalizar o tocarse. Stern (1977) indica que a través de estas danzas interaccionales tanto la mamá como el bebé aprenden a ajustarse a la intensidad del otro, al compás, ritmo, duración, y forma de las conductas rítmicas. Estos juegos, basados en el arrastre, le permiten al bebé explorar sus controles internos, su capacidad de ajustarse, y predecir el comportamiento del otro (Stern, 1974). En tanto la madre también va adquiriendo una sensación de ser “sustentadora, capaz de identificarse en varios niveles con un ser dependiente” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 180).

En el proceso ambos aprenden a conocerse a sí mismos, y a reconocer el placer de la mutua relación. Sroufe (1996) en su reconceptualización de la teoría del apego en términos de regulación afectiva enfatiza la importancia del disfrute y del juego en el desarrollo. Postula que el placer, un estado de satisfacción sensorial dentro de la relación mamá-bebé, es precursor del disfrute que se desarrolla y forma parte de la experiencia intersubjetiva de significado compartido. En este sentido, Brazelton & Cramer expresan:

Durante los juegos, el bebé y el progenitor tienen la oportunidad de ampliar su aprendizaje uno del otro. Cada uno imita y toma como modelo al otro. Su mutuo arrastre permite a que cada uno de ellos controle la intensificación, el mantenimiento o la amortiguación del nivel de diálogo...el bebé está aprendiendo a conocerse a sí mismo. La madre, a su vez, aprende maneras de retener la atención del bebé y de inducirlo a ampliar su repertorio, sin perder esa atención (1990, pp. 194-195).

Con la sincronía, el arrastre, y las respuestas contingentes de acuerdo a un ritmo regular, el bebé integra las estructuras rítmicas de la interacción con la madre. Escribe Oiberman:

Sin embargo, sobre esta base cíclica se producen constantes cambios. En efecto, las repeticiones y los cambios son complementarios. Los cambios estimulan en el niño las capacidades de atención y de tolerancia a la frustración. El desarrollo progresivo de esta tolerancia a la frustración permite que la dependencia inicial del niño con respecto a la invariancia o estabilidad del medio se atenue poco a poco... (2001, p. 76).

Entonces, su atención y capacidad de anticipar le permiten progresivamente sentir que él juega un rol cada vez más activo sobre su entorno (Lamour & Lebovici, 1991) y descubrir su capacidad de guiar la interacción. Alrededor de los cinco meses, el bebé tiende a interrumpir las secuencias sincronizadas de la interacción, desviando su atención hacia una parte de cuerpo, o hacia un objeto que lo atrae, a la vez que mantiene a la madre dentro de su campo visual periférico. Estos momentos son indicadores de la incipiente autonomía del bebé, más que de sobreestimulación, ya que pone en práctica sus nuevas capacidades auditivas, visuales, motoras y cognitivas (Stern, 1985). A través de las respuestas predecibles de la madre, generadoras de seguridad y fiabilidad, y de las señales adecuadas que él emite, tendrá una vivencia positiva de sí mismo, lo que progresivamente le permite poder iniciar el camino hacia la autonomía. “Este equilibrio permite la separación relativa y el funcionamiento parcialmente independiente de uno de los subsistemas (en este caso, el constituido por el niño)” (Oiberman, 2001, p. 74).

Entonces, en un marco de referencia temporal y en un contexto común que organiza los encuentros de ambos miembros de la díada, las características de la interacción: sincronía, simetría, contingencia, arrastre, juego y autonomía, permiten el desarrollo del vínculo temprano mamá-bebé. “Sin la sensación de predecibilidad que brindan las cuatro primeras, y la posibilidad de separación demostrada en el juego y la autonomía, esta relación temprana no puede desarrollarse” (Brazelton & Cramer, 1990, p. 196).

4. Niveles de la Interacción

Desde el inicio de la vida del bebé, ambos miembros de la díada interactúan utilizando diferentes canales o modalidades de comunicación. La dinámica interactiva necesita ser considerada a partir de tres ejes principales: interacción comportamental, interacción afectiva e interacción fantasmática.

4.1. Interacción Comportamental

Refiere a los aspectos directamente observables, tales como la manera en que el bebé es cuidado, sostenido durante las actividades de cuidado diarias y durante las interacciones. Siendo estas las interacciones corporales, tales como toque, contacto físico, caricias, exploración del cuerpo y ajustes posturales; las interacciones visuales, tales como contacto visual, interacción cara a cara; y las interacciones verbales, tales como habla, entonación, canto, llanto. A su vez, las interacciones responden a ciclos con ritmo de emparejamiento y sincronización, donde se da alternancia de respuestas y reciprocidad con ciclos de atención y retracción.

Las interacciones comportamentales se sitúan en tres diferentes registros: corporal, visual y verbal. Durante las distintas situaciones cotidianas de la interacción precoz estas distintas modalidades aparecen combinadas en proporciones que varían cuantitativa y cualitativamente.

4.1.1. La Interacción Corporal

Winnicott (1947) postula que la función materna incluye el sostén (*holding*) y el manejo del cuerpo del bebé (*handling*). Utiliza el término sostén para dar cuenta que el bebé es sostenido tanto en los brazos como en la mente de la madre. Considera que el primer medio ambiente del infante es la experiencia de ser sostenido, lo cual introduce el tema de la confiabilidad y la manera en que el infante amolda su cuerpo al cuerpo de la madre. La postura adoptada por la madre es una manera de comunicación ya que expresa su actitud mental, posición afectiva, comodidad, inhibiciones, tensiones o distensiones. Así también, la manera en que sostiene al bebé comunica el tipo de relación que se ha establecido.

Klaus & Kennel (1965) estudiaron la conducta materna en los momentos posteriores al parto y registraron una secuencia de conducta en la interacción: todas las mamás de la muestra comenzaban tocando los miembros del bebé con la punta de los dedos, luego acariciaban y contenían el tronco del bebé con la palma de la mano, y después aparecía el interés de las madres por los ojos del bebé. También registraron que la mayoría de las madres adoptaban un tono de voz elevado para hablar al bebé.

En tanto, el estudio de Lézine (1975) describe las conductas entre las madres y el recién nacido durante las primeras experiencias alimentarias con biberón, clasificando a las madres en tres grupos. Las madres rígidas están crispadas y se acomodan de

modo incómodo para tener al bebé, quien está alejado del cuerpo de la madre. Indican que estas madres no proporcionan respuestas adecuadas, ya sea porque no perciben las señales del bebé, porque omiten tomarlas o porque las interpretan de manera errónea. Lebovici expresa que estos “hechos sugieren que las madres responden a determinados tipos de organización mental, y que acaso han vivido experiencias similares, y hasta análogas, con su propia madre” (1983, p. 149). Un segundo grupo lo constituyen las madres agitadas, quienes cambian bruscamente y con frecuencia al bebé de posición, presentan una conducta incoherente, y son indolentes y apáticas. El tercer grupo reúne a las madres de actitud flexible, quienes adoptan posiciones cómodas y sostienen al bebé de un modo apaciguador. Estas madres exhiben una sensibilidad que se adapta a las manifestaciones del bebé de manera positiva, y respetan el ritmo de succión del infante.

Por su parte Cukier-Mémeury, Lézine, & de Ajuriaguerra (1979) describen tres tipos de posturas y modalidades de lactación al pecho. En el tipo de postura ajustada, la díada está distendida, hay intercambios de miradas, el bebé mama del pecho derecho, en tanto el brazo derecho de la madre lo sostiene mientras que la mano izquierda permanece libre para acariciarlo. En la postura ajustada pero con esfuerzo, la madre se encuentra en una posición incómoda, debiendo hacer un esfuerzo para que el bebé permanezca al pecho. La tercera postura es la ineficaz, la díada adopta una postura distanciada, con escaso contacto corporal, provocando la interrupción del contacto entre la boca del bebé y el pecho materno.

4.1.2. La Interacción Visual

La mirada entre la mamá y el bebé es uno de los modos privilegiados de la comunicación precoz. Winnicott (1967) manifiesta

que el bebé se reconoce a través de la mirada de la madre, y que el papel de la madre consiste en devolverle al bebé su persona. Cuando el bebé mira el rostro de la madre se puede ver a sí mismo, ver como se siente, reflejado en la expresión materna. Lebovici (1983) manifiesta que en la mirada mutua, el bebé configura la imagen de sí mismo, distinta y diferenciada de la imagen materna. Por su parte, la teoría del apego refiere que la mirada sirve de desencadenante innato del comportamiento de cuidado de la prole por parte de los padres. Bowlby (1969a, 1988) remarca que la mirada de la madre activa los sistemas de apego, afiliación, sensual y exploratorio del infante.

Son diversos los trabajos de investigación que dan cuenta de la percepción visual del infante (Fagan, 1972, 1976; Gough, 1962). Por su parte, Stern (1977) señala que si bien los adultos no permanecen mirándose a los ojos por más de algunos segundos, en cambio, la madre y el bebé pueden permanecer mirándose mutuamente a los ojos por medio minuto. Gough (1962) indica que durante el momento de ser alimentado, ya sea al pecho o con biberón, los recién nacidos tienden a fijar los ojos en su madre durante una fracción significativa de la lactación. Añade que la mayoría de las madres asignan mucha importancia al hecho de que el bebé las mire, y que a su vez ellas miran al bebé durante casi todo el acto alimentario. Sin embargo, si la madre mira hacia otra parte de forma prolongada, el bebé no se fijará en ella con persistencia. Gough concluye que la medida en la que el bebé dirige sus ojos a su madre depende de la medida en que ella lo mire.

Por su parte, Robson (1967) estudió el fenómeno de la mirada mutua y encontró que durante las primeras semanas el bebé es un poco un extraño para la madre y que entre ella y él hay una cierta distancia. Este carácter de extraño se disipa en el momento en

que el bebé mira como si reconociese ciertos objetos del ambiente, lo que genera en la madre sentimientos positivos al ser reconocida.

4.1.3. La Interacción Verbal

Los gritos y el llanto constituyen la modalidad comunicacional por medio de la cual el bebé expresa sus necesidades. En la etapa primigenia de la comunicación los gemidos anuncian el llanto, y de esa manera el bebé le da a la madre la primera señal de que debe atender sus necesidades, displacer, malestar o dolor. Tanto los gemidos como el llanto admiten categorías de diferenciación que permite distinguir varios sentidos. El llanto puede tener su origen en diferentes fuentes de malestar, calor, hambre, sueño, desorganización interna, displacer, falta de sostén, dolor, y estos se verifican mediante los intentos de la madre de calmarlo. Ella tiene que descubrir mediante ensayo y error cual es el motivo de ese llanto para sosegarlo.

Algunos bebés lloran insistentemente y son muy difíciles de calmar, lo que desencadena el cuestionamiento de parte de la madre ante su capacidad de satisfacer las necesidades de éste. Bowlby (1969a) considera el llanto como uno de los comportamientos del sistema de apego precoz ya que facilita la aproximación de la figura de apego. Entre los estudios sobre los gritos y llanto del bebé, Zeskind & Lester (1978) demostraron que los adultos perciben los gritos de los infantes expuestos a factores de riesgo como más urgentes, rechinantes, penetrantes, es decir generadores de sensaciones de malestar. En tanto Frodi, Lamb, Leavitt, & Donovan (1978) demostraron que un grupo de padres expuestos a los gritos de bebés prematuros tuvieron reacciones vegetativas más intensas y afectos más negativos que ante los de los bebés nacidos en término. Lounsbury (1978) identificó bebés de 4 a 6 meses de temperamento “fácil”, “difícil” y “medio” sobre la base de las respuestas que las respectivas madres dieron a un cuestionario preparado al efecto

(Bates, Freeland, & Lounsbury, 1979).

Bell & Ainsworth (1972) concluyeron que la regularidad y prontitud de las respuestas de la madre se asocian al decrecimiento de la frecuencia y duración del llanto del bebé y, además, que estas estimulan en el bebé el desarrollo de modalidades de comunicación más ricas y variadas. La respuesta rápida, entonces, constituye el indicio de una actitud profunda hacia el bebé y de una relación más favorable, asociada a una riqueza y ternura mucho más generalizadas, en sus afectos, vocalizaciones y actitudes psicológicas hacia el bebé (Lebovici, 1983, p. 165).

La comunicación verbal materna plantea una serie de aspectos interesantes, tales como el tono de voz, las variaciones de entonación, el arrullo, como las nanas que se cantan para calmar, el canto con palabras y las palabras dirigidas al infante. Stern (1977) observó las siguientes características dentro del repertorio de conductas verbales de la madre: tono de voz alto, en falsete, con vocalizaciones exageradas, que van desde susurros hasta exclamaciones, con párrafos cortos y pausas prolongadas entre sí, donde predominan las frases en forma interrogativa. Asimismo, los bebés tienen preferencias, ya que se muestran sosegados y atraídos por los tonos de voces suaves y melodiosas, así como rechazan y se asustan hasta manifestar conductas muy desordenadas y llanto ante ruidos estridentes o voces muy fuertes.

Stern (1985) también señala que las palabras con las que la madre se dirige al bebé son en diminutivo, a modo de sintonizar con él y con la situación regresiva en la que se encuentra. Asimismo utiliza términos sencillos y de ese modo le da órdenes (¡Quietito!), le llama la atención (Si te dormís no vas a tomar nada...), le comunica sus expectativas (Quiero que coma así duerme

tranquilito...), le reporta situaciones (¡Uy cuánto ruido!), lo adula (Mi chiquito precioso), hablando por el bebé le nombra sus estados emocionales con respecto al placer y al displacer (¡Qué rico! ¡Cuánto me gusta!), sostiene su narcisismo (Hermoso), le comunica sus estado de ánimo (Estoy tan contenta), le deposita sus valores y deseos (Los niños primero).

Stern, además, señala la existencia de un monólogo de la madre en forma de diálogo imaginario, considerando que después de cada intervención hace una pausa, dejando tiempo para la supuesta respuesta del bebé. Estos espacios de silencio en los cuales estarían contenidas las respuestas del bebé, imprimen un ritmo a este diálogo mamá-bebé (1985). Lamour & Lebovici (1991) manifiestan que esto demuestra que la madre considera al infante “como un interlocutor potencial, y no como una simple prolongación de sí misma” (Oiberman, 2001, p. 69).

Stern también observó que la madre y el infante vocalizan frecuentemente al unísono, sobre todo cuando la interacción se hace más animada. “En estos casos la vocalización está más al servicio de una función vinculante que como intercambio de información” (Oiberman, 2001, p. 69).

4.2. La Interacción Afectiva

La interacción afectiva refiere a los afectos y a su expresión, tales como la atención y sensibilidad a las señales del bebé, interpretación de las mismas, intensidad de la estimulación y cualidad de respuesta. Así como a la reciprocidad en los intercambios, respuestas apropiadas y mutualidad armónica. También refiere a la tonalidad emocional dominante en los intercambios afectivos, es decir a la coherencia entre los sentimientos manifiestos y el comportamiento que los acompaña, ya sea físico, verbal o visual.

Lebovici (1983) señala que el lenguaje de la madre es extraverbal y verbal, que sus palabras corresponden a sentimientos, emociones, contradicciones:

Las modalidades del diálogo que ella establece con el bebé pasan por su cuerpo, como la distensión que le procura el ejercicio de los cuidados maternos o la impotencia y la angustia que su inexperiencia trae consigo (Lebovici, 1983, p. 239).

Entonces, lo que se trasmite de uno a otro miembro de la díada está representado por los afectos de cada miembro en cada momento de la interacción, comunicado a través de la mirada, la voz, el contacto de piel, las posturas, etc. Emde (1980) destaca la importancia de las emociones en los procesos transaccionales, y señala que los bebés expresan sus afectos gritando, llorando, sonriendo, agitándose, tranquilizándose, etc., y que la madre es activada por la expresión de esta afectividad. Los afectos son el medio para que se establezca la comunicación mamá-bebé, no son la consecuencia, sino que la acompañan e incluso la determinan y la completan (Lebovici, 1983, p. 243).

Osofsky & Eberhart-Wright (1988) dan cuenta de la interacción afectiva y organizan los patrones de interacción en positivos y de riesgo. En el patrón de interacción recíproco positivo se observa tono animado, disfrute en ambos, contacto físico en forma de caricias, contacto visual mutuo, y sonrisas. Se caracteriza por la disponibilidad emocional, el entonamiento afectivo y las emociones positivas de la madre. En tanto que los patrones de interacción de riesgo se dividen en: apagada/aburrida, enojada y mixta. La interacción apagada/aburrida se caracteriza por poca comunicación visual, facial y física. Ambos miembros de la díada permanecen inmersos en su propio mundo, incapaces de acceder al mundo del otro, donde la expresión aburrida del progenitor se aparea con la

expresión sosa (*flat*) del infante. En cambio, en la interacción enojada el tono emocional predominante es de irritación y frustración del adulto hacia el infante, con respuestas agresivas por parte del infante. En la interacción mixta, ambos se encuentran fuera de sincronía y sin respuestas empáticas, por ejemplo, el infante puede estar frustrado y la madre burlarse de él. Predominantemente se observa desencuentro entre comunicación verbal, expresión emocional y facial, por ejemplo, la madre puede usar palabras o tono hiriente o agresivo, pero su expresión facial es de sonrisa.

4.3. La Interacción Fantasmática

Da cuenta de los aspectos intrapsíquicos (Cramer, 1974), incluyendo la dimensión transgeneracional, es decir las expectativas, sueños, fantasías e identificaciones de la madre con respecto al bebé (Cramer, 1993), así como la percepción de la madre sobre sí misma como madre, sobre su propia madre, y sobre su pareja (Slade & Cohen, 1996; Slade et al., 1999).

Las señales que la madre dirige al bebé son suscitadas por lo que ella recibe del infante (Soulé, 1970, citado en Oiberman, 2001, pp. 54-57), en tanto que otras veces, el bebé actúa como revelador de los conflictos intrapsíquicos maternos. Las madres no se relacionan únicamente con lo que el bebé hace, sino que le adjudican enorme significado al gesto, movimiento o sonido del infante, y es a este significado introducido al que reaccionan (Cramer, 1987). No responden al aspecto objetivo de la conducta del infante, sino a un significado que ellas mismas asignan a esa conducta. Este significado deriva de la subjetividad de la madre, su historia, conflictos, valores y deseos. Los trabajos sobre la clínica somática del primer año de vida (Kreisler & Cramer, 1981) así como los psicoterapeutas de la primera infancia y de la relación infante-mamá manifiestan que los síntomas de los infantes pueden ser expresión de los

conflictos inconscientes de la madre (Fraiberg, 1980; Osofsky, 1995; Muir, Lojkasek, & Cohen, 1999; Dio Bleichmar, 2005) y que el bebé pasaría a representar una parte del inconsciente de la madre (Fraiberg et al., 1975; Lieberman & Pawl, 1993). Lebovici plantea el caso de un bebé, que en el momento de la consulta, cuando la madre evoca la tristeza que sintió cuando el marido la abandonó, irrumpe en llanto (1983, p. 267). Emde denomina “referenciación materna” (*maternal referencing*) cuando los infantes, al observar la expresión facial de la madre, se ven afectados emocionalmente por el estado y ánimo de esta (Emde & Sorce, 1983). Según Fraiberg (1980) estos síntomas desaparecen cuando se abordan los correspondientes conflictos en los progenitores.

Brazelton & Cramer manifiestan “es como si ciertas fuerzas psíquicas presentes en los padres tuvieran un efecto directo sobre la conducta del bebé” (1990, p. 208). Kreisler & Cramer (1981) indican que en los días posteriores al parto se produce un fuerte reacomodamiento de fuerzas psicológicas, donde los conflictos y ansiedades se intensifican, recayendo la madre en modos infantiles de funcionamiento. Se refieren a esto como a un regreso a la neurosis infantil de la madre. En este sentido, Brazelton & Cramer escriben:

...revivir el pasado a través de un fantasma es la recreación de una forma predilecta de relación. En este caso, el bebé posibilita la puesta en escena de un guión. La madre puede entonces volver a representar escenas típicas de su infancia...A través de esta restauración de argumentos pasados, los padres buscan las relaciones perdidas y añoradas de su niñez (1990, p. 229).

5. Clasificación de los Niveles de Interacción

Los niveles de la interacción mamá-bebé según la clasificación de Soulé son: biológico, instintivo, imaginario, inconsciente o fantasmático (Oiberman, 2001, pp. 55-58).

El nivel biológico refiere a que el embarazo no es sólo un fenómeno natural sino también un sistema conflictivo. Langer (1964) sostiene que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo. En tanto Raphael-Leff (1995) indica que la concepción es el comienzo de una “historia bizarra” (p. 8), dos cuerpos, uno dentro del otro, viven dentro de la misma piel. En términos de Day & Lilley un cuerpo extraño que “hecha raíces en las paredes del útero” y permanece ahí durante 9 meses de su vida (1973, p. 32, citado en Oiberman, 2001, p. 56).

El nivel instintivo de la interacción refiere a las capacidades interactivas del bebé y la madre, que serían innatas, patrimonio filogenético de la especie. Escribe Benedek:

Todas las criaturas están dotadas de patrones innatos de procesos fisiológicos coordinados que, cuando son puestos en movimiento por el acto de la concepción, se desenvuelven para proteger el crecimiento y maduración del embrión y regular el parto y el cuidado de la cría hasta que sea capaz de manejarse por sí misma (1970b, p. 153).

La lactancia sería una expresión de este nivel de interacción, ante el llanto del bebé por hambre se produce la secreción de la leche. Benedek señala:

... la función hormonal que estimula la secreción de leche sofoca la función gonádica e induce a un estado afectivo que responde a unas intensificadas tendencias receptivas y retentivas. Estas se convierten en factores dominantes en la motivación del cuidado materno... Cuando el lactante incorpora el pecho, la madre se siente unida a él (1970b, p. 155).

Lebovici expresa:

...cuando el recién nacido se encuentra en brazos de su madre, se produce el reflejo de hociqueo, es decir que el bebé se pone contra el pecho de la madre, su cabeza se mueve hacia arriba, y su madre lo mira hacia abajo a la izquierda. El tiende la boca hacia el pecho de la madre, es decir fue el programa que consiste en que la madre al tomarlo en brazos desencadene en el bebé esta

reacción de hociqueo, pero también hay un programa materno, es decir que el bebé determina una impronta en la madre, y en ese momento la madre tiene una subida de leche (1983, p. 185)

El nivel imaginario de la interacción refiere al deseo del embarazo, las mujeres embarazadas frecuentemente dicen “voy a ser mamá”, y expresa la unión de la madre con su propia madre. Lebovici indica que el deseo de ser madre es “no sólo tener un hijo, sino que también poder imaginarse su descendencia” (Solís-Pontón, 2002, p. 3)

Las interacciones con el futuro bebé empiezan antes del nacimiento, durante el embarazo la futura madre sueña con un hijo ideal. Cuando nace y la madre lo toma en brazos, carga al bebé real pero también al imaginario, y este hijo real la decepcionará al compararlo con el imaginario. Oiberman señala: “Se produce en ella un sentimiento de “inquietante extrañeza”, pues el bebé no tiene, en general, ningún parecido con el que ella se había imaginado durante el embarazo” (Oiberman, 2001, p. 57). Lebovici expresa que “el imaginario es el que lleva en sí la historia transgeneracional” (Solís-Pontón, 2002, p. 4). En términos de Lebovici:

La historia transgeneracional consta de elementos de la historia de los padres, de los abuelos, con frecuencia de los conflictos, pero también lleva en sí al niño mítico. Todos estos elementos van a concentrarse en el mandato transgeneracional transmitido al niño. Cuando se busca el mandato transgeneracional, se ve que los padres se unieron para concebir un niño portador de dicho mandato (Solís-Pontón, 2002, p. 5).

Durante el embarazo es necesario trabajar el deseo de tener un hijo:

La canaria, cuando sabe que está por desovar y poner un huevito, se empieza a sacar plumoncitos del pecho y los va poniendo en el nidito. Esta canaria se está sintiendo madre antes de desovar, ella sabe que tiene que preparar el nido para que sus huevos lleguen a un lugar cálido, donde ella los pueda empollar para que crezcan y se den los canarios. Cuando una mamá, como mujer, que proyecta ser madre, compra su primera mantillita, o sus primeros escaarpines, o su primera ropa, o su primer talquito, o lo que fuere, está proyectándose en el nacimiento (Genolet, 2005, pp. 65-66).

La madre necesita trabajar su deseo de tener un hijo y estar lo suficientemente maternalizada, ya que el bebé necesita que ella pueda leer sus deseos a través de sus gestos e interpretarlos “de acuerdo con su novela familiar y así la historia generacional abre el camino de la metaforización, el relato de la historia familiar” (Solís-Pontón, 2002, p. 5).

Kreisler & Cramer (1981) manifiestan que las interacciones fantasmáticas incluyen la vida mental de la madre y el bebé. Citando a Lebovici (1996) Oiberman señala que se trata del “funcionamiento intersubjetivo entre dos psiquismos definidos por su intersubjetividad” (Oiberman, 2001 p. 58). Lebovici en sus términos expresa:

Winnicott dice: Cuando un bebé mira a su madre, ve dos cosas, su madre, y su madre mirándolo a él. Es decir que la madre ve que el bebé ve que ella lo mira y se desarrolla un juego de espejos hasta el infinito pero antes de percibir a la madre, el niño la enviste...agrego que **el bebé declara que su madre es una madre** (2002, p. 189).

Además, Lebovici (1991) incluye los cuidados maternos en la interacción fantasmática, Oiberman cita:

... En la interacción con los cuidados maternos, interviene las capacidades sensoriales del bebé, sus afectos, la capacidad de representarse los objetos que vienen de afuera, dándoles un cierto sentido muy primitivo. Hay allí un desarrollo del núcleo muy primitivo de sí mismo que es indisociable de las relaciones interpersonales. Ya desde los 2 meses podemos hablar de la existencia de una vida mental, de representaciones primarias de los cuidados maternos, en un mundo interpersonal que se va desarrollando (Lebovici, 1991) (Oiberman, 2001, p. 58).

6. Análisis y Evaluación de la Interacción Temprana Madre-Bebé

Al agruparse las conductas aisladas, los patrones de conducta y respuesta comienzan a tomar significación. Entonces una conducta puede dividirse en periodos de iniciación, regulación, mantenimiento y terminación, donde la misma conducta en cada uno

de estos periodos tiene diferente significación. Es decir que la interacción pasa a considerarse como un proceso con ciclos de participación y de cese de participación (Brazelton & Cramer, 1990, p. 153). Desde la introducción de las nociones de reciprocidad, regulación mutua y contingencia se ha llegado a una nueva conceptualización de la interacción. El acento ya no está puesto en la naturaleza de los comportamientos del bebé o en las conductas de la madre, en la frecuencia o duración de las mismas, sino que está puesto “en el *nexo* que existe entre la conducta del lactante, entendida como hecho comunicativo, y la respuesta de la madre, y viceversa” (Lebovici, 1983, p. 166).

El concepto de reciprocidad refiere al nexo que une los comportamientos de ambos miembros de la díada. “En la medida que ellos se “encuentran” las conductas se transforman en un acto comunicativo” (Oiberman, 2001, p. 71). En tanto la noción de mutualidad refiere al hecho de compartir una experiencia afectiva, compartiendo estados afectivos y sincronización rítmica. La madre respeta los periodos de retracción del bebé, y utiliza los de atención para compartir un intercambio en el que ambos permanecen juntos en el aspecto afectivo. Gracias a su sensibilidad la madre puede regular sus propias conductas de manera que sus manifestaciones afectivas armonicen o acuerden con las del bebé. El concepto de contingencia refiere a la respuesta directa y apropiada a los signos del bebé por parte de la madre (Blehar, Lieberman, & Aisnworth, 1977). La contingencia, entonces, evalúa la sensibilidad materna ante los signos del bebé. Greenspan & Lieberman (1980) describen a la madre contingente como aquella que es capaz de favorecer la interacción y tiene un registro óptimo de estimulación. En tanto que las madres no contingentes, que suelen ser bruscas o de comportamientos estereotipados, son incapaces de suscitar el interés y la respuesta que buscan en el bebé (Oiberman,

2001, p. 97).

A partir de lo antedicho, las observación de la interacción madre-bebé es un método privilegiado para la detección precoz de dificultades relativas al maternaje y la relación temprana diádica y, además, de detección temprana de psicopatología en el infante. Algunos de los instrumentos que permiten observar de manera sistemática la interacción madre-bebé durante el primer año de vida son: las grillas Recherche-Action-Formation de Bobigny (Grillas RAF; Bur, Gozlan, Lamour, Letronnier, & Rosenfeld, 1989), que evalúan ocularmente las interacciones madre-bebé en el nivel comportamental, afectivo y fantasmático, tomando en cuenta la noción de mutualidad durante el examen pediátrico. La Escala de Observación de Greenspan y Lieberman (Greenspan & Lieberman Observation Scale, GLOS; Greenspan & Lieberman, 1980), toma en cuenta la noción de contingencia para evaluar el comportamiento diádico, evaluando a ambos miembros de la misma en forma separada. Entre los métodos de observación libre, el de David & Apell (1962) toma en cuenta la noción de mutualidad en la evaluación comportamental y afectiva de la interacción madre-bebé. La Técnica de Observación de la Relación Madre-Hijo, Grilla No.1 Perfil de la Observación del Vínculo Madre-Bebé de 0 a 6 meses (Oiberman, 2001) permite detectar conductas comunicacionales en la interacción madre-bebé en el periodo postnatal, a nivel comportamental tomando la noción de reciprocidad y contingencia.

Capítulo 5

Factores de Riesgo Psicosocial

En esta sección se presentará una breve descripción de los factores de riesgo psicosocial, para proseguir con un análisis de la inmigración desde la perspectiva psicoanalítica tomando aportes de la teoría de las relaciones objetales y realizando un análisis de la inmigración como “tercera individuación” en términos mahlerianos. Para por último presentar aportes de recientes investigaciones sobre factores de riesgo psicosocial y su impacto en la madre y la relación temprana con su infante como generadores de posibles conductas desadaptativas.

1. Breve Discusión del Concepto Factores de Riesgo Psicosocial.

Backett, Davies & Petrós-Barvasián (1985) consideran como factor de riesgo para el desarrollo de una patología o desadaptación a:

...toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los acontecimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente (Morales Calatayud, 1999, p. 148).

A la psicología perinatal le interesan especialmente aquellos factores de riesgo psicosocial que se asocian al comportamiento de la madre y de la díada y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen. El concepto abarca las siguientes dimensiones: macrosocial, que se refiere a la sociedad en su conjunto, a su sistema de relaciones, especialmente las de producción, que colocan a

cada individuo en una determinada clase social; microsociales, que toma la familia, la vida laboral y las relaciones de vida concreta de cada individuo; y la individual, que comprende al sujeto en tanto la orientación y regulación de su comportamiento (Morales Calatayud, 1999, p. 149).

El concepto “factores de riesgo psicosocial” hace referencia simultáneamente a procesos psicológicos y a procesos sociales. En tanto se aplicará a procesos psicológicos y sociales, se definirá cuáles son los integrantes de cada uno de estos conjuntos de factores, que hechos o situaciones son las que describen. A efectos del presente trabajo de investigación se definirá conceptualmente factores de riesgo psicosocial a “cualquier característica o circunstancia detectable, ambiental o comportamental, que se asocia a las posibilidades de poder desarrollar o estar expuesto a un daño a la salud” (Oiberman et al., 1998). En el presente trabajo se considera como factores de riesgo psicosocial: situación de pareja, situación socioeconómica, sucesos significativos de vida (*life events*), problemas maternos psicológicos asociados al embarazo, conflicto materno infantil y ausencia de red de sostén.

Por su parte, Morales Calatayud define sucesos significativos de vida (*life events*) o eventos vitales a:

...aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren un esfuerzo adaptativo (1999, p. 151).

Este concepto se circunscribe dentro de una noción de adaptación, donde los sucesos actúan como precursores de estados desadaptativos (Ribes & López, 1990). Un factor de riesgo por sí solo no tiene que ser significativo, pero la asociación de varios potencia ese riesgo, por lo que es importante su estudio para detectar vicisitudes en el proceso de maternaje. Es válido notar que las

gestantes maternantes del presente trabajo de investigación se encuentran atravesadas por una doble crisis, una es la crisis vital de la maternidad y la otra es la crisis crónica o circunstancial dada por los sucesos significativos de vida, entre ellos la inmigración. Bloom (1988) sostiene que el impacto de los sucesos significativos de vida debe ser entendido en un marco social y psicológico. Poder identificar aquellos sucesos que en un determinado ambiente social y para una determinada población, como es la madre inmigrante, permitirá detectar desadaptación en la relación temprana de la díada.

Otro concepto de vital importancia desde la perspectiva social y psicológica es el de ausencia de red de sostén. Numerosos trabajos (Bibring et al., 1961; Greenberg, Loesch, & Laken, 1959; Lederman & Lederman, 1987; McVeigh, 1997; Mercer, 1995; Mercer & Ferketich, 1994, 1995; Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1993; Norbeck & Tilden, 1993; O'Hara, 1986; Oiberman & Galíndez, 2005; Pines, 1978; Singh & Sexena, 1991; Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990; Tulman & Fawcett, 2003; Wenner et al., 1969) señalan que las gestantes y madres maternantes que no poseen una red de sostén familiar y social, es decir, pocos o escasos contactos sociales, se encuentran en mayor situación de riesgo para desarrollar desadaptación. Se señala, entonces, la importancia de la red de sostén, tanto familiar como social, considerando que los lazos que el sujeto desarrolla con su familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., pueden constituir fuente de afecto, de recursos, de información, ejerciendo una función de red de contención y protección ante el impacto de las tensiones naturales de la vida. Cobb (1976) refiere que cuando hay apoyo social disminuyen las complicaciones de los embarazos, especialmente en aquellas mujeres que se encuentran en situaciones de estrés. Winnicott (1960b) señala entre las funciones maternas la de “holding” (sostenimiento) que protege contra la desregulación fisiológica,

e incluye los cuidados diarios brindados al bebé. Subraya que las madres son capaces de ofrecer un cuidado satisfactorio si son también objeto de cuidados (Winnicott, 1960c), dando cuenta que los factores de riesgo pueden interferir en la vulnerabilidad biopsíquica de la madre embarazada y maternante.

Asimismo, es importante dar cuenta de los factores protectores, es decir, los factores personales y ambientales que puedan amortiguar el riesgo (Lester et al., 1995), ya que incrementan la resiliencia en condiciones adversas (Masten & Coatsworth, 1998). Los factores protectores personales incluirían la capacidad de adaptarse a situaciones adversas, percepción de autoestima y autoeficacia (Crockenberg, 1981; Cicchetti & Toth, 1998; Sroufe, 1988; Sroufe, Soulé, & Copans, 1979). En tanto, los factores protectores ambientales refieren a recursos sociales de apoyo internos o externos, pueden ser una situación de pareja estable, una adecuada red de sostén, tanto familiar como social, inserción laboral, nivel educativo, ausencia de violencia a nivel personal y comunitario (Belsky, Youngblade, & Pensky, 1989; Cowan & Cowan, 1997; Thompson, 1995; Webster-Stratton, 1998; Werner & Smith, 1982).

2. La Inmigración

Considerando que el presente trabajo de investigación se circumscribe a gestantes-madres inmigrantes, se considera importante presentar un detallado análisis del impacto del proceso de inmigración en la subjetividad.

La inmigración conlleva un proceso psicosocial multifacético que impacta la identidad del sujeto e implica numerosos cambios en la realidad externa que repercuten en la realidad interna y en la continuidad del desarrollo personal. Grinberg & Grinberg (1996) señalan que la inmigración implica el traslado a un lugar distante por un tiempo prolongado que conlleva a vivir en otra cultura

y desarrollar en ellas las actividades de la vida cotidiana. Manifiestan que: “Afrontar la migración entraña afrontar la pérdida simultánea de numerosos objetos, vínculos, ámbito familiar e idioma, y ser capaz de una flexibilidad y estabilidad suficientes como para desarrollar la vida cotidiana en otro país” (p. 49).

La inmigración constituye un proceso de cambio y pérdida de lo conocido que involucra profundas pérdidas, el inmigrante pierde su lugar de pertenencia, sus costumbres sociales, su lengua, su comida, sonidos, ritos y costumbres. El país de acogida le ofrece costumbres distintas, un paisaje desconocido, personajes sin significado, una historia no vivida, una lengua, sabores, olores y sonidos no familiares. La inmigración como proceso de duelo no es sólo un proceso intrapsíquico sino también vincular. La calidad del vínculo que el inmigrante establece con su nuevo ambiente estará influenciada por las características de las relaciones objetales que el sujeto haya establecido antes de la emigración y por las del lugar de acogida. Una relación favorable con la realidad externa, y una buena red de sostén social y familiar ayudarán ante el miedo a lo nuevo y a lo desconocido fortaleciendo al yo y disminuyendo la ambivalencia y el miedo a ser destruido internamente (Grinberg & Grinberg, 1996).

Siguiendo las ideas klenianas se puede decir que la emigración llevará a la persona a enfrentarse a la pérdida de partes de su sí mismo ligadas a los objetos perdidos (personas, lengua, situaciones, cultura, ritos, etc.). Esto reactivará la posición depresiva con el surgimiento de las ansiedades y temores básicos de dicha posición (Klein, 1935b), se incrementarán los sentimientos persecutorios con un aumento de la ambivalencia y la desconfianza, lo que dificultará la aceptación de su condición de inmigrante y a la nueva cultura. El inmigrante necesita reconstruir su mundo interno que siente fraccionado e instalar el objeto amado perdido para sentirse integrado.

El tipo de vínculo que el sujeto haya podido establecer con sus objetos internos, la integración yoica y la capacidad de distinguir entre fantasía y realidad, le permitirán elaborar los cambios internos y externos que conlleva la inmigración. Grinberg & Grinberg escriben: “la posesión de un vínculo con un buen objeto interno, establecido en forma segura da al yo la capacidad de tolerar y elaborar esos cambios externos e internos, y aún de enriquecerse con ellos” (1996, p. 62) Es decir, que a pesar de las pérdidas, la inmigración puede presentar una nueva oportunidad de crecimiento psíquico, al poder disponer de nuevos canales de autoexpresión a través de nuevos modelos identificatorios, así como de diferentes dictados superegoicos e ideales.

Además del duelo respecto a las pérdidas inherentes al proceso migratorio, Ticho (1971) y Garza-Guerrero (1974) plantean que la ansiedad consecuente al “shock cultural” puede presentar un reto a la estabilidad emocional del emigrado. Entonces, la coexistencia del shock cultural y del duelo respecto a las pérdidas implicaría un impacto en la identidad del sujeto constituyendo un estado reminiscente al proceso de segunda individuación de la adolescencia (Blos, 1967), en el que se podrían distinguir ecos psicodinámicos de la fase mahleriana de separación-individuación (Mahler et al., 1975). Akhtar (1995, 1999) señala similitudes entre los dos procesos previos de individuación y la transformación del sentimiento de identidad del inmigrante apoyándose fundamentalmente en los trabajos de Mahler (Mahler, 1958a, 1958b; Mahler & Furer, 1968; Mahler & McDevitt, 1980). Sin embargo, cuando la inmigración como proceso de separación-individuación acontece en etapas de mayor madurez del sujeto, con una mayor estructuración psíquica, se trataría, entonces, de una adaptación adulta, más que de una reedición del escenario de la infancia.

Diversos autores (Favazza, 1980; Waters, 1990; Volkan, 1993) manifiestan que el impacto psicológico de la inmigración

estaría determinado por múltiples factores. En la revisión de la literatura señalada se distinguen nueve factores: primero, si la inmigración es temporal o permanente; segundo, el grado en la toma de decisión de emigrar, y el tiempo para elaborar la partida; tercero, la posibilidad de visitar el país de origen, los que pueden realizar visitas frecuentes y sin trabas sufren menos que aquellos a los que no les está permitido el “reabastecimiento emocional”; cuarto, la edad en que la emigración aconteció, los niños de adultos impactados por la emigración estarían más vulnerables por la realidad psíquica de la madre y las fantasías inconscientes, sin embargo las fantasías referentes a la decisión de emigrar influenciarían tanto a adolescentes como a adultos. Quinto, la razón de la emigración, si la realidad externa consistió en escapar de penurias económicas, persecución política, conflicto étnico, o si fue un movimiento hacia nuevas oportunidades y horizontes. En términos kleinianos sería si la emigración se produce en repudio a los objetos primarios, o si es la manifestación de un yo con capacidad aloplástica (Klein, 1955). Grinberg & Grinberg escriben:

El trasladarse a otro país puede ser el resultado de una vivencia persecutoria de la que se intenta huir. Por lo tanto, no se trataría de un “dirigirse hacia” lo desconocido sentido como lo bueno o lo mejor, sino ‘escaparse de’ lo conocido, experimentado como malo o perjudicial (1996, p. 65).

Sexto, la capacidad intrapsíquica de separación y autonomía previa a la emigración afectaría la separación que involucra la inmigración; séptimo, la recepción y clima de aceptación o rechazo del país de acogida; octavo, la magnitud de las diferencias culturales entre el país de origen y el de acogida. Finalmente, la profesión o tarea que el sujeto desempeñaba en el país de origen tiene impacto, ya que la posibilidad de mantener la identidad laboral o profesional, en términos de Lichtenstein aseguraría la “continuidad interna en el cambio” (1963, p. 186).

Esta extensa lista de factores podría dar la impresión de que no toda inmigración es igual, sin embargo, Akhtar (1995) señala la semejanza entre el proceso inmigratorio y el proceso de separación-individuación que se despliega en la mayoría de adultos emigrados y, siguiendo a Mahler, propone la inmigración como la “tercera individuación” (Akhtar, 1991). Las tareas madurativas de la subfase de reaproximación y el inicio de constancia objetal involucran cuatro dimensiones con sus correspondientes temas que afectan psicológicamente al inmigrante: el impulso y afecto, cuyo tema sería “del amor u odio a la ambivalencia”; el espacio intrapsíquico e interpersonal, que refiere a “de cerca y lejos a la distancia óptima”; la temporalidad, que implica “de ayer o mañana a hoy”; y la afiliación social, cuyo tema sería “de tuyo a mio a nuestro” (Akhtar, 1994)

El viaje intrapsíquico “del amor u odio a la ambivalencia” implica que los objetos buenos idealizados deben ser integrados con los objetos malos, como así también las buenas y malas imágenes de sí mismo. En este proceso de síntesis, las imágenes parciales del self y de los objetos se integran en objeto total y representaciones del self, transformándose en más reales (Kernberg, 1975, p. 27).

Igual que el infante durante la subfase mahleriana de reaproximación que desea estar cerca de la madre y al mismo tiempo alejado de ella, y el adolescente temporalmente regresado (Blos, 1967), el inmigrante es vulnerable a escindir el self y las representaciones objetales bajo las presiones amorosas y agresivas (Kernberg, 1975). A su vez, las capacidades adaptativas yoicas se ven exigidas por el cambio drástico del medio externo, en tanto que los cambios que dicta la nueva cultura sobre el comportamiento provocarían una desregulación del impulso. A decir de Grinberg & Grinberg:

El individuo se enfrenta con miedos primarios: miedo a la pérdida de las estructuras ya establecidas y la pérdida de la

acomodación a pautas prescritas en el ámbito social. Ello genera graves sentimientos de inseguridad, incrementa el aislamiento y vivencia de soledad y, fundamentalmente, debilitan el sentimiento de pertenencia a un grupo social establecido (1996, p. 66).

Así, una mujer emigrada de una cultura tradicional, como serían las mujeres de zonas rurales de países latinoamericanos, podría encontrar el cambio de rol de la mujer en Estados Unidos incómodamente estimulante, y experimentar “una suerte de descubrimiento de su propia identidad” a partir del contacto con otros roles femeninos lo que puede ser vivido como libertad y autonomía (Godoy, 2007). En tanto que una mujer emigrada de una cultura que valoriza la afiliación grupal sobre la autonomía, podría enfrentarse a anhelos simbióticos y deseos de sumisión.

El inmigrado, como el infante en la subfase de ejercitación, entra a la nueva cultura con defensas y funciones adaptativas, sin embargo las ansiedades confusionales producto de las dos lenguas, las dos culturas y los dos deseos impactan su yo y la regresión es frecuente. Es así que el mecanismo de disociación predomina y tiñe los sentimientos del inmigrante sobre sus dos lugares, el de origen y el de acogida, como metáfora de los objetos y las representaciones de sí mismo. La mujer emigrada de una cultura tradicional puede caracterizar a la cultura norteamericana como despiadada, voraz, insensible con respecto al lugar que ocupa una mujer devenida madre, depositando entonces el cuidado, el amor, y reconocimiento en su cultura de origen. Esta escisión entre bueno y malo sufrirá constantes contradicciones, y el sujeto pasará bruscamente y con facilidad por sentimientos contradictorios, como sucede con el infante durante la subfase de reaproximación, y estas emociones pueden invertirse rápidamente. Así, un día el país de origen es idealizado, “exagerando sus encantos”, como la madre dadora idealizada, en tanto que el país de acogida es desvalorizado, “denigrado,

magnificando sus defectos” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 68), como la madre amenazante, lo cual puede revertirse al día siguiente.

Gradualmente, una síntesis entre estas dos representaciones acontece, en parte por la capacidad del sujeto de tolerar la separación progresiva y reconocerse independiente y autónomo, como por las experiencias de eficacia (Wolff, 1994, p. 73), y un balance positivo de los sentimientos amorosos sobre los agresivos al “recuperar las cargas libidinales de objeto necesarias para establecer vínculos nuevos” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 50). Como resultado de este proceso de síntesis, surge la capacidad de sostener la ambivalencia hacia ambos países, el de origen y el de acogida.

En tanto, la dimensión espacial refiere a la distancia óptima, y puede ser considerada desde una perspectiva interpersonal como también intrapsíquica. Mahler describe la distancia óptima como una posición “entre la madre y el niño que mejor le permite al infante desarrollar las facultades que necesita para individuarse” (Mahler et al., 1975, p. 291) y como una capacidad del yo para establecer una distancia óptima de las representaciones internas de la madre y de otros. Esto le permite al infante durante la subfase de ejercitación moverse lejos de la madre y volver a ella, revelando su necesidad de la madre como base de sus posibilidades de exploración. Durante la subfase de reaproximación, si la madre se mantiene emocionalmente disponible, el infante va desarrollando gradualmente la capacidad de distancia óptima. Reverberaciones de este tema se encuentran en la vida intrapsíquica e interpersonal del inmigrante, quien, como el infante durante la subfase de ejercitación, a veces se encuentra muy lejos de su cultura originaria, una distancia que por momentos puede disfrutar, y otras veces muy cerca de la nueva cultura, una distancia que puede hacerlo sentir devorado o desplazado por esta. El conflicto del “deseo de confundirse con los otros para no sentirse distinto (simbiosis), y el deseo de

diferenciarse para seguir sintiéndose el mismo, puede originar momentos confusionales por la mezcla de estos dos deseos, dos tipos de sentimientos, dos culturas.” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 130).

Pero tarde o temprano, la ansiedad de haber perdido el paisaje, clima, sonidos, comida, ritos y costumbres conocidos, inconscientemente percibidos como extensiones de la madre, impactan su organización yoica. Intentos de restitución del soporte egoico lo llevarán a rodearse de un clima que se asemeje al originario en un intento de restitución simbiótica con el país de procedencia. “El inmigrante, en su lucha por su autopreservación, necesita aferrarse a distintos elementos de su ambiente nativo (objetos familiares, la música de su tierra, recuerdos) para mantener la experiencia de “sentirse a sí mismo” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 127). Abundan ejemplos de esta experiencia en las canciones populares, como en "Esa musiquita" de Teresa Parodi: “Tanta soledad, tanta falta, tanta lejanía... tanta nada tanta despedida... como te acompaña y te mece como te acaricia como te devuelve a la vida... desde qué recuerdos la salva, mágica y sencilla llena de temblores dulzones esa musiquita”. Entonces surge el deseo de retornar, o los viajes de visita al país de origen, como el infante durante la subfase de reaproximación en su intento de buscar contacto con la madre después de la separación, pero no sin ambivalencia. El siguiente fragmento de Bergman (1980) referido al infante es totalmente aplicable al inmigrante:

...se mueve lejos, su mundo se expande, hay más para ver, más para escuchar, más para tocar, y cada vez que retorna a la madre trae consigo algo de su nueva experiencia. ... cada vez que regresa está levemente cambiado. La madre es el centro del universo al que regresa cuando los círculos de su exploración se ensanchan (p. 203).

A nivel intrapsíquico, el inmigrante fluctúa entre la distancia cercana y lejana de la representación de sí mismo como nativo

de su país y la nueva representación emergente como residente del país de acogida. Akhtar (1995) reconoce que la dificultad de negociar la distancia óptima entre ambas representaciones acarrea dos problemas: la retracción etnocéntrica y la asimilación contrafóbica. En la retracción etnocéntrica hay una idealización de la cultura de origen, los sujetos con esta retracción se rodean de objetos significativos asociados al país de origen: comidas, costumbres, sonidos, ritos, etc. Estos funcionarían como objetos transicionales a la manera de Winnicott (1953) que permitirán hacer próximo lo distante. En tanto que la asimilación contrafóbica es una caricatura de la subfase de ejercitación del infante, donde el inmigrante renuncia a la cultura de origen en un “como si” (Deutsch, 1945) e incorpora la cultura de acogida a través de la “identificación mágica” (Jacobson, 1964). Entonces, una resolución común la constituirían dos tipos de formaciones reactivas que emanan de la escisión entre el self y el mundo objetal. Una la constituiría la asimilación pragmática que enmascara la no asimilación, la relación entre estas dos estructuras sería semejante al falso y verdadero self postulado por Winnicott (1960a) y, la otra, comprendería las fases de alternancia entre proximidad y distancia a ambas culturas.

Según Grinberg & Grinberg:

El vínculo de integración espacial comprende la relación de las distintas partes del self entre sí, incluso del self corporal, manteniendo su cohesión y permitiendo la comparación y el contraste con los objetos. Tiende a la diferenciación self no-self: sentimiento de individuación (1996, p. 130).

La resolución de la dimensión espacial, de sentirse muy cerca o muy lejos de una u otra cultura, comienza cuando el “ambiente facilitador” en términos winnicotianos, tanto dentro de la propia familia como del lugar de acogida en general, provee contención a la agresión y amplio sustento amoroso. Las manifestaciones de esta resolución incluirán un aumento de confianza en la procedencia

puesta de manifiesto en el mundo externo, laboral o social, juntamente con un mayor despliegue de la nueva representación de sí mismo en el hogar. Esto llevará a un incremento de la “continuidad del desarrollo personal” (Erikson, 1956, p. 102) y a la instalación de ritmos más realistas de reabastecimiento que se manifiestan en llamadas telefónicas y en viajes al país de origen.

También es válido destacar que el proceso de separación-individuación contiene elementos de duelo, con cada movimiento hacia la autonomía y hacia la consolidación de la identidad se incrementa la pérdida de la omnipotencia infantil, de la simbiosis, y de la simplificación yoica a través de los mecanismos de disociación y proyección. Estas pérdidas se compensan a través del narcisismo secundario de las capacidades yoicas, de la autonomía, del concepto de un sí mismo más realista, y de relaciones objetales profundas. Es posible entonces trazar un paralelismo entre el proceso de inmigración hasta aquí descrito, con sus secuencias de pérdida y reparación y el proceso de duelo.

Ante el dolor mental (Freud, 1926, p. 169) producido por la separación, los objetos perdidos se encuentran hipercatetizados, este mecanismo lleva a la idealización del pasado del inmigrante *melancolía* (Freud, 1917). Así la dimensión temporal propuesta por Akhtar (1995) es un factor importante en el proceso de adaptación del emigrado. El inmigrante se convence que si no se hubiera ido su vida sería maravillosa, o no presentaría dificultades (Akhtar, 1991, 1994). La fantasía del paraíso perdido denota que no ha podido renunciar a los objetos primarios a través del trabajo de duelo, ni de identificación yoica, lo cual resulta en una fractura temporal de la psiquis fijándolo en el pasado. La no elaboración del duelo se puede manifestar en planes de retornar algún día, en fantasías de vivir su jubilación o finalizar su vida en su tierra natal. Este deseo puesto en el futuro como fantasía idílica compromete el presente del

inmigrante despojándolo del compromiso real con su presente. La integración temporal, en términos de Akhtar (1995) “de ayer o mañana a hoy”, une y establece continuidad entre las distintas representaciones del self en el tiempo, y “otorga la base del sentimiento de mismidad” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 130).

El proceso de desidealización progresiva de los objetos amados perdidos permitirá al inmigrante vivir más en el presente. Esto implicará renunciar a la hipercatetización de los objetos del pasado, no a estos, con los que el inmigrante necesita inevitablemente mantener un diálogo interno para un buen funcionamiento psíquico (Erikson, 1950b, 1956; Lichtenstein, 1963) y una adaptación activa a la realidad. Es así como el pasado y el futuro enriquecerá el presente del inmigrante. En palabras de Grinberg & Grinberg:

El inmigrante necesita rodearse de objetos familiares que le sean afectivamente significativos, para sentirse acompañado por ellos y reconocer, a través de ellos, su continuidad con su propio pasado. Es corriente que las casas de los inmigrantes estén profusamente ornamentadas con objetos típicos de su cultura de origen. El arte, la artesanía, la música nativa, pinturas, caros al inmigrante, tiene por objeto afianzar los tres vínculos de su sentimiento de identidad: acentúan la diferenciación con los lugareños, evidencian la existencia de un pasado (en esa tierra donde el que emigró dejó su biografía) y hacen presente relaciones con personas ausentes que le ayudan a sobrellevar el sentir que en el sitio en el que está no tiene raíces, no tiene historia, no tiene abuelos (abolengo), no tiene recuerdos propios (1996, p. 131).

En este proceso el inmigrante tiene que renunciar a parte de su individualidad para poder integrarse al ambiente que lo recibe, lo que implica tener que desprenderse de símbolos valorados de su cultura originaria. El emigrado experimenta durante un tiempo considerable una disociación entre “lo mio” y “lo tuyo”. Las costumbres, comidas, lenguaje, valores son vividos desde este quiebre, y la resolución de esta disociación le permitirá hacer el pasaje a “lo nuestro”. La capacidad de integrar mio-tuyo en nuestro es posible al dejar entrar en el espacio transicional (Winnicott, 1953) la cultura local. Cuando el inmigrante puede comenzar a disfrutar de las

costumbres, comidas y humor del país de acogida se anuncia un movimiento hacia la integración. A su vez, la modificación progresiva del superego en su encuentro con las prohibiciones, sanciones y normas de la cultura de acogida, ayudan a facilitar la mutualidad, esta situación es semejante a la modificación del superego durante la adolescencia (Erikson, 1956, 1959; Blos, 1967). Por otra parte, el encuentro del emigrado con una sociedad más permisiva o punitiva presenta una amenaza a la estabilidad egoica con el surgimiento de las correspondientes ansiedades. La capacidad de experimentar las nuevas fluctuaciones del ello con las retribuciones de su superyo originario, dará lugar a la movilización de nuevas defensas yoicas y a una modificación del superyo. Así las nociones del inmigrante de lo permitido y lo prohibido se modifican al entrar en mayor acuerdo con la cultura de acogida. Como el infante en la subfase de individualidad y constancia objetal, el inmigrante podrá integrarse socialmente con su entorno de manera real y discriminada. “El vínculo de integración social implica relaciones entre aspectos del self y aspectos de los objetos, que se establecen mediante los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva, y posibilitan el sentimiento de pertenencia” (Grinberg y Grinberg, 1996, p. 130).

El inmigrante siente, en los primeros tiempos, a la lengua madre como el idioma auténtico, llegando esta a ser idealizada y a crear la ilusión narcisista de que “es la única auténtica y la que mejor puede expresa las experiencias vitales”, en tanto que la lengua del país de acogida es “despreciada como pobre e insuficiente” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 110). A su vez, cabe notar que la vida del inmigrante transcurre en dos mundos lingüísticos: por un lado pronuncia y escucha su nombre en dos modalidades, y por otro regresa a la lengua originaria en el ámbito privado del hogar. Es importante destacar que diferentes representaciones del sí mismo

pueden permanecer bajo la influencia de las diferentes lenguas y expresar diferentes conflictos y aspiraciones. Amati-Mehler, Argentieri & Canestri (1993) manifiestan que ocasionalmente la nueva lengua representa un anclaje de supervivencia que permite el “renacimiento”, y otras veces puede ser la justificación para la mutilación del mundo interno del emigrante (p. 108).

Como el infante que en el proceso de individuación-separación desarrolla capacidades motoras y verbales que le permiten funcionar más autónomamente, la adquisición de la nueva lengua o una mayor fluidez en ella, constituye el vehículo privilegiado de la mutualidad. El proceso por medio del cual se hace el pasaje de la lengua madre al bilingüismo, a través del uso de la nueva lengua como introjecto (Kernberg, 1976), es de altísima importancia para la adaptación a la inmigración. La reparación se hace evidente cuando el inmigrante adquiere dominio de la nueva lengua, y esta comienza a ser usada espontáneamente en el humor, en sueños y en la vida cotidiana. Grinberg & Grinberg escriben:

Cuando el inmigrante siente que puede contener el nuevo idioma sin que este desplace a su lengua materna: siente que dentro de sí hace lugar, espacio, para más cosas distintas que lo enriquecen y con la que puede enriquecer a otros (1996, p. 112).

Ya que los mayores cambios ocurren en relación con el entorno social, el sentimiento de pertenencia es el que más se encuentra afectado por la inmigración. El emigrado ha perdido muchos de los roles que desempeñaba en su grupo familiar, de trabajo o profesional, de amistades, y de actividad comunitaria. Encontrar “su lugar” dentro de la nueva comunidad le permitirá integrarse al ambiente que lo recibe. El trabajo es de altísima importancia para la integración a la nueva comunidad, ya que le permite la propia continuidad en el tiempo y la integración social. Trabajar reafirma la autoestima y autonomía del inmigrante al permitirle reasumir una

de sus funciones adultas. En términos de Grinberg & Grinberg: “... trabajar significa poner en juego la capacidad creativa, con contenidos reparatorios para el propio sujeto y los objetos abandonados o perdidos” (1996, p. 98).

La capacidad del infante para explorar el ambiente, para establecer interacciones sociales, para consolarse a sí mismo y obtener consuelo en los demás en ausencia de la madre, se da como consecuencia de un proceso de separación-individuación durante el cual la madre es percibida como una persona diferente, mientras que el niño se da cuenta de su capacidad como entidad independiente y autónoma que puede funcionar con eficacia en ausencia de ella (Mahler et al., 1975). El inmigrante, como el infante mahleriano, consolida su sentimiento de identidad internalizando relaciones objetales que han sido asimiladas en el yo por identificaciones introyectivas auténticas y no por el uso de identificaciones proyectivas que darían lugar a un falso self en el sentido winnicotiano.

La inmigración, entonces, como “tercer proceso de separación-individuación” (Akhtar, 1995) implica reorganizaciones sucesivas de la disociación entre el self y las representaciones objetales, que reflejan la consolidación de un yo remodelado que da cuenta de identificaciones selectivas armoniosamente integradas con la nueva cultura. En palabras de Garza-Guerrero (1974, p. 425): “Esta resolución permitiría un paso más hacia la maduración, dando cuenta que aquello que en un inicio fue vivido como una amenaza a la identidad y a la autovaloración, culmina en una confirmación de la identidad y del self.”

3. Factores de Riesgo Psicosocial y Relación Temprana Mamá-Bebé

El mundo representacional de la madre y el contexto social se influyen mutuamente por lo que cabe tomar en cuenta los elementos contextuales que entran en la construcción de dicho universo en el período perinatal. Oiberman & Galíndez (2005) tomaron

en cuenta los sucesos significativos de vida (*life events*) para detectar situaciones que afectan a la madre, dando cuenta que la constelación familiar, de pareja y social son significantes de alto impacto. Tanto Zeanah (1993) como Barriguete Castellón (2003) manifiestan que la detección de factores de riesgo facilita focalizar ciertas poblaciones con tendencia a desarrollar desadaptación durante la relación temprana madre-infante. Varios trabajos (Garmezy, 1983; Pianta, Egeland, & Sroufe, 1990) señalan la influencia de riesgo contextual en el desarrollo del infante, particularmente indican que el estrés materno podría interferir en la interacción diádica.

Son varios los escenarios que han demostrado ser de riesgo, como por ejemplo la pobreza, la inmigración, e implican la necesidad de atención especial y esfuerzos para promover el desarrollo temprano armónico. Bautista Lozada (2002) afirma: “Las madres del siglo XXI tienen que enfrentar múltiples situaciones de riesgo psicosocial, como violencia, guerra, pobreza y marginación, todas ellas constituyen elementos importantes a valorar en este proceso de adquisición de la maternalidad” (Solís-Pontón, 2002, p. 181). Los factores de riesgo tienden a agruparse y ejercer sus efectos sinérgicamente. Así, por ejemplo, la posibilidad de presentar factores de riesgo socioeconómico, por ejemplo, precariedad laboral, desempleo, inmigración, incrementaría la posibilidad de existencia de otros factores de riesgo, como serían los factores de riesgo familiar por ruptura de pareja, familia monoparental, pérdida significativa de un familiar, o falta de sostén familiar o social.

Tanto Crittenden & Bonvillian (1984) como Miller-Loncar, Edwin-Loeta, Landry, Smith & Swank (1998) demostraron la generalización intercultural del soporte social y el comportamiento materno sensible en la construcción de un vínculo seguro. Factores

psicosociales tales como conflicto de pareja, escaso sostén social y estrés económico (Downey & Coyne, 1990) podrían interferir en la interacción diádica (Campos, Barret, Lamb, Goldsmith, & Stenberg, 1983; Field, 1987). A su vez, Huth-Bocks, Levendosky, Bogat & van Eye (2004a) manifiestan que factores de riesgo tales como pobreza, nivel socioeconómico bajo y violencia doméstica están directamente asociados con el estilo vincular a través de la percepción materna del infante (Huth-Bocks, Levendosky, Theran, & Bogat, 2004b). En tanto, Halpern (1993) señala que las dificultades en la relación de la díada podrían resultar del hecho que la situación de pobreza aumenta el riesgo de características negativas del bebé como factor de riesgo, como por ejemplo, bebé arrítmico, con temperamento difícil, problemático, irritable, colérico, o difícil de apaciguar. Brooks-Gunn, Duncan & Aber (1997) documentan que infantes nacidos en situación de marginalidad presentan mayor riesgo de características negativas, tales como escasa interacción, desregulación y labilidad. Por su parte, Reyes de Polanco (2000) señala que la realidad social y el factor económico marcan significativamente el mundo representacional materno, y manifiesta que en situación de marginalidad el dinero reviste un interés especial, domina la realidad psíquica y la fantasía materna, condicionando a la madre a representar un bebé pleno de bienestar y estabilidad económica, para otorgarle un lugar contrario a la realidad de carencia económica.

Otro factor de riesgo es la violencia doméstica, experiencia común en la vida de las mujeres, aún durante el embarazo, con un 20% de gestantes que la padecen (Gazmararian et al., 1996) Las investigaciones sobre el tema señalan que la mujer maltratada presenta mayores síntomas de trauma que la no golpeada (Houskamp & Foy, 1991; Kemp, Green, Hovanitz, & Rawlings, 1995; Saunders, 1994). Las mujeres maltratadas por su pareja durante el embarazo presentan compromiso psicológico que puede perturbar

su capacidad de tolerar y relacionarse de manera sensible con su infante (Zeanah & Scheeringa, 1997; Lieberman & Van Horn, 1998; Osofsky, 1999). A su vez, la experiencia de violencia doméstica puede activar o reactivar pensamientos y sentimientos no integrados, y promover atribuciones negativas hacia sí misma y el infante, las cuales impactan negativamente el vínculo madre-bebé (Zeanah et al., 1997; Lieberman, 1995; Silverman & Lieberman, 1999). Como señala la literatura revisada, la madre maltratada puede proyectar las experiencias inaceptables e intolerables en el infante, quien, a su vez se identificaría con tales proyecciones y se comportaría de acuerdo a estas, lo cual acarrearía dificultades en la relación diádica. Huth-Bocks, Levendosky, Theran, et al. (2004b) demostraron que las madres en situación de violencia perciben al infante tanto como víctimas, desde la necesidad de que el infante se identifique con su dolor, o como agresivo y violento identificándolo con la pareja abusiva.

Pajulo, Helenius & Mayes (2006) manifiestan el contenido negativo de las representaciones prenatales acerca del infante y la maternidad en madres con embarazo no planeado. Un estudio con 701 embarazadas comprobó que las primigestas presentaban un mayor porcentaje de embarazos no planificados, lo cual incrementa la posibilidad de tener sentimientos ambivalentes y negativos hacia el bebé (Speizer, Santelli, Afbale-Munsuz, & Kendall, 2004). Al considerar las preocupaciones y actitudes de las mujeres hacia sus embarazos se ha encontrado relaciones entre estas y el posterior desarrollo del bebé. En un estudio con 436 embarazadas primigestas Deave (2005) encontró correlación entre una actitud más positiva hacia el embarazo con mayor conciencia de los cambios que implica la maternidad e hijos con un mayor desarrollo cognitivo a los 2 años de edad.

Además, en un estudio de 400 gestantes con bajo sostén social y/o adicción Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius & Piha

(2001) encontraron que las representaciones maternas sobre el infante, sobre sí misma, sobre sí misma como madre y sobre su propia madre presentaban un alto contenido negativo. A su vez, Szewczyk Sokolowski, Hans, Bernstein & Cox (2007) en un estudio sobre representaciones maternas en madres de alto riesgo demostraron la asociación entre variables personales y contextuales. Las madres que experimentaban mayor conflicto con los padres de sus infantes tenían mayores posibilidades de presentar percepción distorsionada de sus infantes. Asimismo, hallaron que aquellas madres con nivel educativo alto presentaban representaciones más balanceadas de sus hijos. Los autores señalan que el nivel educativo medio y alto da mayor estabilidad, e indican que este factor podría ser un indicador de éxito frente a la adversidad, como sería la situación económica de riesgo.

Como se consignara anteriormente, la madre inmigrante atraviesa una doble crisis: una es la crisis biológica vital y la otra es la crisis dada por su condición de inmigrante. Las personas inmigrantes se ven enfrentadas a la separación de la familia de origen, a la precariedad laboral, a dificultades económicas, al abandono de la cultura de origen, y a la adaptación a normas y costumbres que no reconoce como propias (Achotegui, 2001). A su vez, Tizón et al. (1993) manifiestan que la inmigración es un factor de riesgo psicológico que implica un duelo que puede postergarse hasta la tercera generación. La maternidad se desenvuelve en una estructura cultural y familiar existente, que impone ciertas reglas que hacen al ejercicio de las funciones y roles de la madre, padre e infante. En situación de inmigración la transmisión de un código que structure la forma de ser madre se ve dificultada. Moro (2002) manifiesta que la maternidad en el contexto de la inmigración se produce en condiciones que a veces dificulta el embarazo y las interacciones precoces, debido a la soledad elaborativa de tener que enfrentar el cambio de hija a madre sin contar con las palabras y los rituales de

la cultura de origen debido a la separación de su grupo y de los miembros que aportaban una red que sostenía y reforzaba sus valores. La ausencia del sostén que constituye el tejido familiar fragiliza a la madre, que se ve confrontada a prácticas pre y postnatales diferentes y, que en ocasiones, pueden entrar en conflicto con las representaciones que tenga de ser madre, de que y como transmitir al hijo, así como el lugar que este ocupa en la familia (Moro, 1998). Sentirse ajena o aislada del grupo social puede generar desorganización, el no compartir las prácticas de crianza, rituales puede, asimismo, generar aislamiento social. En cada momento de reestructuración psíquica se hace necesario el suministro provisto por un otro, sea este el entorno sociocultural, que provea un adecuado “sostenimiento” en términos winicotianos. Considerando la maternidad como un nuevo momento constitutivo de la organización psíquica, será necesario para la madre y la díada contar con un sistema de sostén en que el otro, o los otros ejerzan de auxiliar o modelo. A partir de esta experiencia, la madre inmigrante podrá apropiarse del universo cultural de la sociedad de acogida sin desvalorar los propios modelos culturales, y así, establecer aspectos de la alteralidad, que apuntalarán su autonomía y empatía.

A pesar de los hallazgos, la extensa literatura revisada sugiere la necesidad de seguir indagando la asociación de factores psicosociales y psicoafectivos durante el embarazo y relación temprana de la díada. Pianta & Egeland (1990) detectaron una moderada correlación entre factores de riesgo psicosocial y psicoafectivos, confirmando la necesidad de indagar el efecto acumulativo y la interacción entre los mismos (Rutter, 1979). Szewczyk Sokolowski et al. (2007) manifiestan la necesidad de continuar investigando las asociaciones entre las variables personales y contextuales y las representaciones maternas sobre el infante y el impacto en la relación de la díada. Por su parte, Ammaniti et al. (2006) proponen la necesidad de indagar más allá de la evaluación de los múltiples

factores de riesgo contextuales para explorar su resonancia subjetiva.

Capítulo 6

Metodología

Se utilizó un estudio descriptivo correlacional de diseño no experimental con el propósito de realizar el seguimiento de la madre desde el periodo prenatal, tercer trimestre gestacional, para pesquisar su adaptación al rol materno hasta la observación de la relación de la díada, en el periodo postnatal al mes del parto, pasando por el encuentro con el bebé real y sus percepciones sobre el infante y sobre sí misma como madre, en el período postnatal a los 5-6 días del parto.

Ciertamente la posibilidad de recabar el proceso de maternaje durante la gestación y el periodo postnatal permite varias vías de acceso. Quizás la más abarcativa sea la de realizar una entrevista a la gestante en un momento determinado del embarazo, tercer trimestre gestacional, indagando sobre todos los ámbitos involucrados en el embarazo, futuro parto, sobre sí misma, su pareja, su madre, expectativas, temores y deseos relacionados con el embarazo. Completando con otra entrevista en el periodo postnatal indagando sobre el bebé real y la relación temprana de la díada. Esta se aparecía como una posibilidad tentadora en cuanto se lograría acceder a un cúmulo de información significativa, pero con una limitación importante, a saber, la dificultad para sistematizar el relato. Además, este tipo de acceso hubiera requerido de mucho más tiempo del que se disponía. Hubiera sido necesario la elaboración de un instrumento para enfrentar la tarea, basándose en otros instrumentos, específicamente algunas entrevista semi-estructuradas como la Entrevista para el Embarazo (Pregnancy Interview, PI; Slade et al., 1987), la Entrevista “R” (L’entretien “R”; Robert-Tissot et al., 1989), la Entrevista de Representaciones Maternas durante el Embarazo y la Entrevista de Representaciones Maternas después del

Nacimiento del Infante (Intervista sulle Rappresentazioni Materne in Gravidanza, IRMAG, y Intervista sulle Rappresentazioni Materne dopo la Nascita del Bambino, IRMAN; Ammaniti et al., 1995), el Modelo de Trabajo de la Entrevista del Niño (Working Model of the Child Interview, WMCI; Zeanah & Barton, 1995), o la Entrevista Clínica para Padres durante la Gestación (Colloquio per Genitorio in Gravidanza, CGG; Lis & Zennaro, 1997). En definitiva, se desestimó la posibilidad de utilizar el método cualitativo para abordar el proceso de maternaje y la relación temprana de la díada. Otra posibilidad hubiera sido utilizar un abordaje mixto o multimétodo, pero este enfoque presentaba retos que la investigadora no estaba en condiciones de enfrentar al no poseer entrenamiento considerable en ambos métodos, cuantitativo y cualitativo. Además, la revisión de la literatura, el planteamiento del problema y la limitación en cuanto al tiempo que se disponía, llevó a que se propusiera un estudio de metodología cuantitativa.

1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio utilizado para este trabajo de investigación es descriptivo correlacional de diseño no experimental donde se establecieron relaciones entre los factores de riesgo psicosociales y el desarrollo del rol materno, las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre su bebé, y la relación temprana mamá-bebé.

El modelo descriptivo mide y evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno con el fin de describir el mismo. Este estudio descriptivo busca especificar las características y los perfiles de los sujetos participantes de la muestra. Se propuso medir, evaluar y recolectar datos sociodemográficos, factores de riesgo psicosocial, rol materno, y las percepciones maternas para poder describir las asociaciones entre las variables mencionadas, el maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de

madres primíparas latinoamericanas inmigrantes residentes de la ciudad de Miami.

A su vez, se trata también de un estudio correlacional ya que mide el grado de relación entre dos o más variables y, por lo tanto, pretende comprender el comportamiento de una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, que se puede predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de sujetos en una variable a partir del valor de la variable relacionada. Es así, que el presente trabajo pretende establecer asociaciones entre las variables estudiadas: datos sociodemográficos, factores de riesgo psicosocial, rol materno, representaciones maternas y relación temprana de la díada; y medir el grado de asociación entre las mismas cuantificando las relaciones e indicando la tendencia. Es indicado señalar que este tipo de asociación no es de causa-efecto, pero si del grado de relación entre las variables (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2006). Es decir, que las variables correlacionen no significa que una cause a la otra, sino que este tipo de asociación permitiría establecer relaciones entre las variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales. En síntesis, el tipo de estudio que se utilizó para este trabajo de investigación es de diseño no experimental (donde no hay comparación de grupos), de tipo descriptivo (ya que evalúa dimensiones del fenómeno), y correlacional (en tanto mide la asociación entre las variables), cuya metodología de base es cuantitativa.

2. Hipótesis

En base a la revisión de la literatura realizada, a las preguntas y objetivos planteados se formularon las siguientes hipótesis

correlacionales que guiaron este estudio:

H1: Los factores de riesgo psicosocial estarán asociados entre sí en las madres inmigrantes latinoamericanas primíparas que cursan embarazo normal único residentes de la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, Florida, USA.

H2: A mayor número de sucesos significativos de vida adversos menor desarrollo del rol materno en las madres de la muestra.

H3: A menores factores de riesgo psicosocial las madres presentarán percepciones positivas sobre sí mismas como madre y sobre el bebé.

H4: El motivo de inmigración, nivel educativo, situación socioeconómica y red de sostén estarán asociadas en el desarrollo del rol materno y en el vínculo temprano diádico.

H5: Los factores de riesgo psicosocial estarán asociados con las vicisitudes del vínculo temprano.

3. Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Variables

Con el objetivo de verificar las hipótesis de trabajo, fue necesario definir conceptualmente y operacionalizar las cuatro variables a estudiar:

- La variable factores de riesgo psicosocial se definió conceptualmente como “cualquier característica o circunstancia detectable, ambiental o comportamental, que se asocia a las posibilidades de poder desarrollar o estar expuesto a un daño a la salud” (Oiberman et al., 1998). Esta variable se operacionalizó utilizando la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000).

- La variable rol materno se conceptualizó como “las dimensiones que conforman el desarrollo del rol materno” (Lederman, 1984), y fue operacionalizada a través del Cuestionario de Evaluación Prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, PSQ; Lederman & Lederman, 1984).
- La variable percepciones maternas se definió conceptualmente como “las percepciones y atribuciones de la madre acerca del infante, de sí misma, y de ella como madre” (Stern, 1995). Esta variable se operacionalizó utilizando la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987).
- La variable relación temprana mamá-bebé se definió conceptualmente como “el proceso de amoldamiento que consiste en una serie de intercambios entre la madre y su infante, que se influyen de una manera circular” (Spitz, 1965). Esta variable fue operacionalizada utilizando la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oberman, 2001).

4. Muestra

El universo de estudio lo constituyeron las madres primíparas inmigrantes latinoamericanas que cursaban embarazo normal único, con parto normal y bebé sano a término, residentes de la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, Florida, USA. La muestra de este trabajo fueron las madres inmigrantes latinoamericanas primíparas que cursaban embarazo normal único, con parto normal y bebé sano a término, residentes de la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, Florida, USA, que reciben servicios en el Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.) a través del programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years). Se empleó un muestreo no probabilístico dirigido realizando una cuidadosa y

controlada elección de los sujetos tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que serán especificados más adelante. En las muestras no probabilísticas o dirigidas la elección de los sujetos depende de cuestiones relacionadas con las características de la investigación (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 241). Considerando que este tipo de muestra selecciona sujetos “típicos con la vaga esperanza de que sean casos representativos de una población determinada” (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 262), se realizó una selección de los sujetos no dependiendo de la probabilidad sino de las características de la investigación a realizar.

Este tipo de muestra seleccionada podría constituirse en un inconveniente, ya que a los fines deductivos-cuantitativos la generalización de los resultados de los datos hacia la población constituye un fin en sí mismo. Para lo cual el muestreo no probabilístico constituye una desventaja, ya que no es posible calcular el error estándar, es decir, calcular con qué nivel de confianza se realiza la estimación. Además, es necesario mencionar que dado que las pruebas estadísticas inferenciales se basan en la teoría de la probabilidad, las pruebas estadísticas en muestras dirigidas tienen un valor limitado a la muestra en sí, pero no así a la población (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 262).

Desde la metodología cuantitativa, el muestreo no probabilístico es de utilidad para el diseño de estudio propuesto, que no requiere tanto una representatividad de la población, sino una cuidadosa y controlada elección de los sujetos participantes. Al realizar la selección de los sujetos, el mayor problema lo constituyó encontrar una muestra que pudiera permitir la indagación de los temas que guían esta investigación. A pesar que la lógica detrás de esta investigación no requiere el uso de una muestra representativa de la población, esto no implica que los resultados generados sean necesariamente no generalizables. Es así que se espera que la

información arrojada por la presente investigación no sólo sea descriptiva y compruebe las hipótesis correlacionales planteadas, sino que también genere nuevas hipótesis a ser puestas a prueba en poblaciones de diferente tradición étnica y cultural para contribuir al avance del conocimiento en el campo de la psicología perinatal y de la salud mental del infante.

Se delimitó la población a estudiar seleccionando los sujetos de la muestra, que quedó finalmente constituida por 45 madres inmigrantes latinoamericanas primíparas que cursaban embarazo normal único, con parto normal y bebé sano a término, residentes de la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, Florida, USA enroladas en el programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years) del Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.) de Miami. Dicho programa presta servicios a madres residentes en la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, durante la gestación, parto, puerperio y crianza hasta los 3 años del infante. Las madres inscritas en dicho programa reciben visitas mensuales de asistentes maternas (*coaches*) quienes ofrecen información respecto del desarrollo de la gestación, técnicas e información útiles durante el parto, lactancia, así como referente al desarrollo evolutivo, motor y cognitivo del bebé. Como parte del protocolo del programa se aplica la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (Edinburgh Depression Scale, EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) para detección de depresión materna prenatal y postnatal.

A efectos del presente trabajo se empleó un muestreo no probabilístico dirigido en base a una revisión exhaustiva de 200 fichas prenatales para preseleccionar aquellos sujetos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: madres inmigrantes latinoamericanas primigestas; embarazo único normal en el tercer trimestre gestacional; población no clínica, ausencia de patología

conocida; parto normal; bebé a término sano. A su vez se tomaron los siguientes criterios de exclusión: embarazo adolescente; diagnóstico conocido según DSMIV; embarazo patológico; parto prematuro; patología en el bebé.

Las justificaciones de los criterios de inclusión respondieron a una revisión lo más rigurosa posible de la literatura especializada. Se consideró como criterio de inclusión a las mujeres primíparas, porque según la literatura revisada, lo que ocurre a nivel representacional en una mujer que deviene madre por primera vez es totalmente diferente a lo que se esperaría en el caso del segundo embarazo (Negri, 1995; Piontelli, 2002; Raphael-Leff, 1991a, 1991b). Los procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en ocasión de la maternidad y guían el maternaje se cristalizan mayoritariamente cuando deviene el primer embarazo, esto es, la restructuración de las representaciones sobre sí misma, sobre otro en su interior (bebé intrauterino), sobre la propia madre, sobre sí misma como madre, pareja, etc. Esto no implica que los fenómenos que acontecen en otros embarazos, en mujeres múltiparas, carezcan de significado en el mundo interno de la gestante, sólo que los fenómenos intrapsíquicos que acontecen en una primera gestación llevada a término, las situaciones particulares de inexperiencia que vive la madre primigesta en su nuevo rol, así como también las cargas afectivas, e incluso culturales que son depositadas en el primer hijo son de especial significación (Soifer, 1971; Raphael-Leff, 1991a).

Según los intereses del presente estudio, se decidió homogenizar la muestra tomando en cuenta que fueran inmigrantes latinoamericanas que leyeran y escribieran en castellano para poder responder a los instrumentos de recolección de datos y poder conducir la investigación en este idioma. Además, son conocidas las situaciones que se producen en el proceso de maternalización

entre mujeres de culturas y sociedades occidentales (Raphael-Leff, 1995; Soulé, Gourand, Missonnier, & Soubieux, 1999). Las mujeres que conciben y dan a luz a sus hijos fuera de su cultura de origen, en condición de inmigración (legal, ilegal, forzada o voluntaria) se ven enfrentadas a situaciones particulares, situaciones legales, de asistencia social y sanitaria, de aislamiento social y familiar, de exclusión, etc. (Moro, 1994). Por estos motivos, además se decidió como requisito de inclusión mujeres embarazadas pertenecientes a la cultura latinoamericana inmigrantes establecidas en la ciudad de Miami.

Los otros criterios de inclusión se tomaron con la intención de mantener la muestra lo más libre de otros factores de riesgo de incidencia psíquica y física como sería embarazo adolescente, patología conocida según DSMIV, embarazo con anomalía, parto prematuro o dificultades en el mismo. La literatura revisada da cuenta que la presencia de patología materna según DSMIV impactaría la comprensión del desarrollo normativo y sería predictor de futura patología en el infante (Cicchetti, 1984; Cicchetti & Cohen, 1995; Seifer, 1995; Seifer, Sameroff, Anagnostopolou, & Elias, 1992; Seifer, Schiller, Sameroff, Resnick, & Riordan, 1996). Lyons-Ruth & Jacobitz (1999) indican que la presencia de depresión materna o bipolaridad no tratada resultarían en el desarrollo de estilo vincular desorganizado por parte del infante. En tanto que Campbell, Cohn, Flanagan, Popper & Meyers (1992) demostraron que la depresión postparto irrumpe en un período de alta sensibilidad para la interacción temprana madre-infante, como así también para la transición adecuada hacia la maternidad. Las investigaciones revisadas realizadas con población que presenta patología materna como depresión y patología neonatal, tales como bebé cólico (Maxted et al., 2005), bebé de bajo peso (Furman & O'Riordan, 2006), o prematuro (Connolly de González Rugna, 2004; Rech Viegas, 2004) señalan la bidireccionalidad y las vicisitudes en el vínculo

temprano.

Las madres seleccionadas presentaban una puntuación dentro de los parámetros normales de la Escala de Depresión Edinburgh (Edinburgh Depression Scale, EPDS; Cox et al., 1987). Se tomó la decisión de controlar este sesgo, delimitando la muestra a madres sin patología según DSMIV. Mantener la muestra libre de riesgo de salud vital o psíquica, permitiría lograr el control o validez interna del estudio, conteniendo la influencia de otras variables extrañas para así saber que son las variables independientes las que tienen efecto sobre las variables dependientes. Así, a través de los criterios de inclusión y exclusión se decidió controlar las posibles fuentes de invalidación interna que atentan contra la validez interna del estudio.

El total de la población relevada para su inclusión en el estudio estuvo compuesta por 180 sujetos, de los cuales 100 fueron excluidos por no responder a los criterios de inclusión. Así, se seleccionó una muestra incidental de 80 sujetos, para poder contar con reemplazos en caso de pérdida de sujetos. De los 80 sujetos seleccionados 60 consintieron voluntariamente a participar del estudio, 8 negaron su participación luego de haber firmado el consentimiento informado y 15 fueron descartados por no ser éste su primer embarazo. Este fue un problema inesperado, muchas mujeres primíparas consignadas como tal ya habían tenido otros embarazos que por un motivo u otro no habían llegado a término. Estas gestaciones fallidas suelen no ser contabilizadas por las mujeres como embarazos. A partir de esta situación, se consignó explícitamente el hecho de haber tenido otros embarazos fallidos como criterio de exclusión, con la intención de mantener homogénea la muestra y respetar la consistencia de criterio de inclusión. Así, de los 57 sujetos sólo se pudo efectivizar 45 por diversas razones (anexo 1).

5. Consentimiento de Participación

El carácter de participación fue voluntario y no se impuso ninguna sanción a las participantes que no accedieron a formar parte de la investigación, o que rescindieran su participación en el mismo. Las madres participantes firmaron un consentimiento informado por su inclusión en la investigación donde se encontraban explicitadas las condiciones generales de la misma, el procedimiento, los riesgos y beneficios de participar.

6. Procedimiento General de la Investigación

El procedimiento general fue estructurado en los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización para realizar el estudio al Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.).
- Se solicitó la aprobación y autorización del Departamento de Niños y Familia del Condado Miami-Dade (Department of Children and Families, DCF) para conducir la investigación con las participantes del programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years) que funciona en el Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.), organización adherida y regulada por dicha agencia estatal.
- Se contactó a las asistentes maternas (“*coaches*”) de habla castellana del programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years) que funciona en dicha institución.
- Se realizó la selección de la muestra.

- Se enviaron cartas de solicitud de participación voluntaria a los sujetos seleccionados.
- Se recolectaron los datos.
- Se realizó el análisis de los mismos.

7. Procedimiento para la Recolección de Datos

Durante la visita mensual de control las asistentes maternas del programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years) entregaban la carta de consentimiento informado voluntario de participación a los sujetos seleccionados. Una vez que cada gestante hubiese leído y aceptado participar en el estudio firmando la carta de consentimiento voluntario informado, completaba el cuestionario sociodemográfico.

La restante toma de datos fue realizada por la autora de este trabajo en tres etapas durante el período prenatal y postnatal. Respecto al momento del embarazo que se decidió realizar la primera toma de datos, administrando la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000) y el Cuestionario de Evaluación Prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, PSQ; Lederman & Lederman, 1984; Asenjo, Chamarro Lusa, García-Díez Muñoz, 2007), existen varias justificaciones. Primero, según la literatura especializada (Fraiberg, 1980; Cramer & Stern, 1988; Raphael-Leff, 1991b, 1991c, 1995, 1996; Brazelton & Cramer, 1990; Stern, 1995; Bydlowski, 1991, 1995, 1997, 1998, 2000), el tercer trimestre de gestación es un momento privilegiado para indagar sobre los contenidos mentales que le son accesibles a la madre. Además, la mayoría de los estudios revisados ubican sus evaluaciones en este momento, entre el séptimo y octavo mes de embarazo (Fava Vizziello & Stern, 1992; Fava

Vizziello et al., 1992; Piontelli, 2002; Fonagy et al., 1993; Ammaniti et al., 1995; Stern, 1995). Según la literatura, los contenidos del mundo interno de la madre sufrirían variaciones en cuanto a riqueza y especificidad durante el embarazo. Al inicio del embarazo, en el primer trimestre, los contenidos están relacionados con el nuevo estado, la aceptación de un cuerpo extraño dentro de su cuerpo, proceso que conlleva la sensación de ambivalencia, para durante el segundo trimestre darse cuenta que ese cuerpo cuya presencia es muy vívida no forma parte de ella, y posteriormente, durante el tercer trimestre, separarse de él realizando un proceso de duelo y separación. Hacia el final del embarazo, los contenidos están relacionados con los miedos a que el hijo no sea normal y a no poder soportar el dolor del parto. Tras estos miedos subyace la ambivalencia ante la separación de los cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y cuidada por la pareja, la familia y el sistema médico (Raphael-Leff, 1995). Soulé (1982) ha definido como “vacío de infante” (*blanc d'enfant*) a la representación de la gestante al inicio del embarazo. Sucesivamente el bebé comienza a tomar forma en el imaginario materno, hacia el segundo trimestre, con el inicio de la actividad intrauterina fetal, las representaciones van ganando en riqueza y especificidad, en un proceso creciente paralelo a la morfogénesis del bebé. También existe acuerdo general entre los estudios revisados que a partir del séptimo mes hasta el noveno, tercer trimestre gestacional, se produce un descenso relativo en la cantidad y calidad de representaciones maternas sobre el futuro bebé. En este periodo “las madres protegen intuitivamente al futuro bebé, y a sí mismas, de una discordancia potencial entre el bebé real y un bebé representado con demasiada especificidad” (Stern, 1995, p. 33). En términos generales la elección se basa en que aproximadamente en éste período la mujer embarazada ya ha elaborado una parte importante de sus representaciones sobre el bebé y sobre sí misma, al mismo tiempo que ya empieza a prever el encuentro

con su bebé real en el momento del parto. Así, en el periodo prenatal, tercer trimestre gestacional, se administró el Cuestionario de Evaluación Prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, PSQ; Lederman & Lederman, 1984, Asenjo et al., 2007) y la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000) en visita domiciliaria.

Respecto al periodo postnatal en que se decidió realizar la segunda toma de datos administrando la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) existen varias justificaciones. Primero, según la literatura especializada (Missio, 1993) entre el tercer y sexto día después del parto normalmente ya se han establecido los ritmos en la alimentación, la presencia del bebé activa y regula la producción de leche. Langer (1964) señala que el estado de replegamiento de la madre se agudiza al 3er día con la “bajada” de la leche y las ansiedades que surgen frente a la lactancia. Soifer expresa:

En este estado depresivo pueden predominar las fantasías de vaciamiento o de castración, concordes con la personalidad de la puérpera, siendo las más extremas las ansiedades de carencia materna y de autodesvalorización. Las vivencias personales depresivas inconscientes ponen en marcha los diversos mecanismos de defensa que actúan según las características personales de cada mujer (1971, p. 78).

El período perinatal es una oportunidad para indagar las ideas preconcebidas acerca del bebé utilizando el comportamiento del neonato como medio de comunicación (Brazelton, 1973, 1981; Nugent & Brazelton, 2006; Stern, 1977, 1991), así como las percepciones maternas sobre el bebé, que se encuentran relacionadas con el comportamiento objetivo del infante y, a su vez, condicionadas por las características y expectativas de la propia madre (Brazelton, 1982, 1984; Zeanah, Keener, & Anders, 1986; St. James-Roberts & Wolke, 1986, 1988; Wolke & St. James-Roberts, 1986, 1988). Además, la mayoría de los estudios revisados

(Brazelton & Cramer, 1990; Dayan, Andro, & Dugnat, 1999; Bydlowski, 2000) señalan que en este momento, la recién estrenada madre deberá hacer una especie de duelo por la pérdida del “bebé imaginario y fantaseado” para dar lugar al bebé real.

Si las representaciones de la madre son tan importantes que influyen con sus propias percepciones la conducta del neonato, las conductas de éste, a su vez, tienen una gran probabilidad de influir en las percepciones de ésta (Wolke, 1997). Así, en el periodo postnatal, entre el tercer y sexto día después del parto, se administró la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) en visita domiciliaria.

La tercera recolección de datos se realizó nuevamente en el periodo postnatal, a las 4-6 semanas después del parto, durante la consulta pediátrica en dependencias del Servicio de Pediatría del Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.). Se observó la interacción diádica administrando la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oberman, 2001) en dos instancias: al iniciar la consulta, cuando la madre entra con el bebé, lo coloca en la camilla y lo desviste; y al finalizar la consulta, cuando lo vuelve a vestir. Respecto al momento postnatal en que se decidió realizar la tercera recolección de datos, existen varias justificaciones. Revisando la literatura especializada se destacan las aportaciones de Bick (Tizón, 1991) en relación a la observación de bebés y las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé. Soifer manifiesta:

A lo largo del mes, de todos modos, en condiciones psicológicas normales, la mujer va emergiendo lentamente de su estado depresivo. Ya en la segunda semana tienden a desaparecer los estados de confusión y despersonalización y, por lo general, en la tercera semana, el yo se ha vuelto a integrar, reacomodándose a la nueva situación, si bien las ansiedades siguen vigentes (1971, p. 90).

8. Instrumentos y Materiales Utilizados

Los instrumentos y materiales utilizados para la recolección de datos fueron los siguientes:

1. Un cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 2), recoge datos descriptivos y demográficos de las participantes: edad, situación de pareja, nivel educativo, profesión en país de origen, ocupación a la que se dedica en país de acogida, estatus económico, país de origen, años de emigrada, motivo de inmigración, además de consignar si este era su primer embarazo.

2. La Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oberman et al., 2000) (anexo 3), es una entrevista semidirigida de aproximadamente 20-25 minutos de duración con protocolo de diseño óptico donde se consignó a modo de *checklist* los factores de riesgo psicosocial. Indaga siete dimensiones de riesgo psicosocial en la problemática materna:

- situación de pareja.
- embarazo en sí mismo, que incluye planificación del embarazo, deseo y aceptación del bebé, bebé imaginado, movimientos fetales, bienestar físico y emocional durante el mismo.
- sucesos significativos de vida, durante el embarazo y en años anteriores, clasificados en:
 - pareja, incluye separación durante el embarazo, violencia, problemas con pareja anterior y otros.
 - muertes, incluye de la pareja y de otros familiares o personas cercanas.
 - social, incluye desocupación, problemas económicos, violencia familiar, violencia barrial, problema policial, familiar preso, adicciones, abuso, violación y otros.

- problema actual, incluye accidentes, enfermedades, mudanzas, problemas familiares y otros.
- problemas maternos psicológicos asociados al embarazo, incluye temor a la salud propia, temor a la salud del bebé, presentimiento de parto prematuro, angustia u ansiedad, temor al parto y otros.
- conflicto materno infantil, incluye abandono, fallecimiento de los padres, violación o abuso en la infancia y otros.
- red de sostén familiar y social, que se valora en una escala Lickert de cuatro puntos oscilante entre los adjetivos “amplia-débil”.

Las propiedades psicométricas de la entrevista se mencionan en numerosos trabajos: Oiberman, Fiszlelew, Galíndez, et al. (1998); Oiberman, Vega, Galíndez, & Mercado (1998); Oiberman, Schoham, et al. (2000); Oiberman, Vega, et al. (2000); Oiberman, Schneider, et al. (2003); Oiberman & Galíndez (2005); Oiberman et al. (2008); Oiberman, Santos, & Misic (2011).

3. El Cuestionario de Evaluación Prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, PSQ; Lederman & Lederman, 1984a) (anexo 4), es un instrumento que cuenta con adaptación y validación española (Asenjo et al., 2007) y chilena (Farkas, Santelices, Aracena, & Pinedo, 2008). Este instrumento ha sido utilizado con población norteamericana (Lederman, 1984; Tulman & Fawcett, 2003), española (Asenjo et al., 2007) y chilena (Farkas & Santelices, 2008; Farkas, Santelices, Aracena, et al., 2008) en muestras primigestas y multíparas. Es un cuestionario autoadministrado de aproximadamente 20-25 minutos de duración que contiene 12 ítems (84 ítems en total) para cada dimensión, que se valoran en una escala Lickert de cuatro puntos oscilante entre los adjetivos “mucho-nunca”. Evalúa aspectos del embarazo en seis dimensiones:

- aceptación del embarazo, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales se encuentran la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, tolerancia al malestar, la aceptación a los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa.

- identificación con el rol materno, caracterizada por la motivación a la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno, la aceptación, protección y alimentación del bebé.

- calidad de la relación con la madre, que incluye la disponibilidad de la madre de la embarazada y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación al nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de la relación y crianza del bebé.

- calidad de la relación con la pareja, que incluye el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, la comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestra de confianza hacia ella.

- preparación al parto, caracterizada por las conductas preparatorias, como asistir a clases prenatales, leer libros, etc., o por los ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto, miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, caracterizado por la pérdida de control sobre el cuerpo y las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario, así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto.

- preocupación por el bienestar propio y del bebé, que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto.

Con respecto a las propiedades psicométricas, los autores indican una buena fiabilidad, con índices de *alfa* de Cronbach de .93 en aceptación del embarazo, .76 en identificación con el rol materno, .81 calidad de la relación con la madre, .87 calidad de la relación con la pareja, .76 preparación al parto y miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, y de .87 en preocupación por el bienestar propio y del bebé. En tanto, Asenjo et al. (2007) informaron índices de .56, .84, .91, .76, .79 y .85 respectivamente. Señalan que los valores indican una aceptable consistencia interna de los ítems del cuestionario, y consignan que el valor del coeficiente *alfa* de Cronbach para el conjunto de la escala indica la aceptable consistencia de la misma (Asenjo et al., 2007, p. 29).

4. La Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) (anexo 5) cuenta con adaptación y validación en castellano. Es una escala autoadministrada de aproximadamente 10-15 minutos de duración que consta de 43 ítems y se puntúa mediante una escala de 6 puntos que oscila entre los adjetivos “con mucha frecuencia-nunca”. Se utilizó para evaluar las percepciones maternas acerca del comportamiento neonatal y las percepciones maternas acerca de su propia eficacia y seguridad en su rol materno y en los cuidados del bebé.

El instrumento incluye una serie de subescalas para evaluar las reacciones emocionales negativas del infante y su conducta de alerta, así como las percepciones de las madres sobre la seguridad que tiene en sí mismas en el cuidado de su hijo. Las subescalas referentes al comportamiento del infante “alerta (A)” consta de 8 ítems, en tanto que la “inestable-irregular” (II) consta 15 ítems. La

subescala de 13 ítems “falta de seguridad en el cuidado del bebé (FSCB)” consta de 13 ítems. Asimismo, cuenta con una escala breve de 3 ítems para valorar las propias impresiones de la madre sobre sí misma “nivel general de seguridad (NGS)” y sobre el bebé “temperamento fácil (TF)”.

Con respecto a las propiedades psicométricas, los autores informaron índices de fiabilidad de *alfa* de Cronbach de las distintas subescalas referentes al comportamiento del infante de 0.92 para “inestable-irregular”, 0.83 “alerta” y 0.82 “temperamento fácil”. Con respecto a la subescala de las impresiones de la madre sobre sí misma reportaron índices de *alfa* de Cronbach de 0.93 en “falta de seguridad en los cuidados del bebé” y 0.81 en “nivel general de seguridad”.

5. La Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001) (anexo 6) no requiere video-filmación de secuencias y responde a la observación de las interacciones comportamentales, se centra en las conductas observables que se sitúan en diferentes registros. Esta técnica observa cuatro indicadores cuantitativos: función visual, función verbal, contacto corporal, y sostenimiento; y un indicador cualitativo, calidad de la relación. En cada indicador cuantitativo se registran las conductas que varían desde la función de mirar, acariciar, hablar, hasta conductas mutuas entre la madre y el bebé – de miradas, caricias y “conversaciones”. Cada comportamiento observado corresponde a cada función y se puntúa de acuerdo a 3 valores, asignando un valor escalar de 0-2 para las distintas funciones de cada uno. La ausencia de relación (ni el bebé ni la madre se relacionan) se puntúa con 0, la conducta realizada por un solo miembro de la díada recibe una puntuación de 1, y 2 puntos la conducta realizada por ambos miembros de la díada. Además observa tres indicadores cuantitativos: comunicación visual, comunicación corporal y comunicación verbal. En cada indicador se

registran cuatro dimensiones que se puntúan de acuerdo a 4 valores, asignando un valor escalar de 0-4 para las distintas dimensiones de cada indicador: ausencia de comunicación, se puntúa con 0; comunicación inadecuada, se puntúa con 1; comunicación buena, se puntúa con 2; y comunicación muy buena, recibe una puntuación de 3 a 4. El tiempo de observación osciló entre 10 a 20 minutos. Con respecto a las propiedades psicométricas, la autora informa índices de fiabilidad *alfa* de Cronbach 0.87 de función visual, 0.79 función corporal y 0.97 función verbal.

En anexo 1 se presenta cuadro de especificación de las variables e instrumentos trabajados.

9. Aplicación de los Instrumentos

Los instrumentos fueron aplicados por la autora de este trabajo en visitas domiciliarias, en un contexto de privacidad, con la sola presencia de la entrevistadora y la gestante/madre y su bebé. La observación de la relación temprana mamá-bebé fue realizada en dependencias del Servicio de Pediatría del Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.). La primera instancia de la observación, cuando la madre desviste al bebé, se realizó en presencia de la enfermera pediátrica, siempre la misma en todas las observaciones, de origen cubano y bilingüe que se comunicaba con la participante en castellano. La segunda instancia de la observación, cuando la madre viste al bebé, se realizó en presencia de la pediatra, siempre la misma médica, de origen afro-americano que se comunicaba con la participante en inglés.

Antes de realizar las entrevistas, la investigadora informaba a cada participante de la confidencialidad de los datos que se obtuvieran, incluso inaccesibles para otros profesionales que las asistieran. La entrevistadora se abstuvo, en cada una de los encuentros

con las participantes de dar otras consignas que las requeridas para la aplicación del instrumento y recolección de datos correspondiente. A continuación se procedía a administrar el instrumento correspondiente. Al finalizar cada entrevista, se acordaba con cada participante el día y hora del próximo encuentro de acuerdo a la conveniencia de la participante, y luego se agradecía su valiosa participación.

Se decidió que fuera la investigadora quien realizara la recolección de datos para respetar los lineamientos de confidencialidad. Además, dado que los sujetos participantes mantienen una relación con las asistentes maternas, se consideró que las participantes podrían responder a las asistentes maternas como se esperaba de ellas. Se decidió que se entrevistaría a los sujetos en contexto personal, propicio para la reflexión y contacto íntimo, considerados fundamentales para la exploración del proceso de maternaje y de los elementos representacionales de la madre (Stern et al., 1998; Piontelli, 2002). En lo que se refiere a su postura, la entrevistadora se desempeñó con cordialidad, respetuosa, sin dar consejos, sin intervenir, ni demostrar aprobación o desaprobación. Si se le dirigían preguntas en el transcurso de los encuentros, intentaba contestar con naturalidad, de la forma más breve posible, a fin de que la respuesta no interfiriera en algún sentido la respuesta de los sujetos en perjuicio de la investigación.

En el primer encuentro se administró primero la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000). La entrevistadora leía cada ítem de la misma, siguiendo una versión impresa donde se consignaba por escrito cada respuesta a modo de *checklist*. En ciertos momentos algunas de las participantes producían respuestas más extensas, explayándose más en profundidad sobre los ítems explorados. Estos comentarios fueron consignados por escrito, lo más fielmente

posible para luego ser presentados en la sección discusión. El promedio de la entrevista se prolongaba alrededor de 25 minutos, dependiendo de la locuacidad de cada participante. Luego se entregaba el Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984a; Asenjo et al., 2007) que la participante completaba. La administración del instrumento tomó aproximadamente un promedio de 20 a 25 minutos.

En el segundo encuentro se administró la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987). En el tercer encuentro se tomó la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001) en dependencias del Servicio de Pediatría del Instituto del Niño y Salud Familiar, Inc. (Institute for Child and Family Health, Inc.). La entrevistadora recibió a la mamá con su bebé en la sala de espera, y le informó sobre su rol observador no participativo durante la consulta pediátrica. Al finalizar este último encuentro, la entrevistadora agradeció a la madre su colaboración y la acompañó fuera del consultorio pediátrico.

10. La Entrevistadora/Observadora

La entrevistadora/observadora, autora de esta tesis doctoral, tuvo la tarea de administrar los instrumentos. Debido a los numerosos contactos con los sujetos, y a que los instrumentos se aplicaran persona a persona, fue posible acceder al mundo representacional de las gestantes/madres de un modo más fecundo. Dado que algunas de las participantes se extendían en sus respuestas, se obtuvieron datos menos sistematizables, pero ricos en contenido afectivo y llenos de significancia.

En este sentido, la entrevistadora se encontró inmersa en la red familiar sin la tarea de intervenir ni operar en ella, sólo con la tarea de observar, entrevistar y recoger datos. Durante este proceso, la presencia de la madre y el bebé despertaron en la entrevistadora

sentimientos, percepciones y emociones, donde se vió enfrentada a sentimientos contratransferenciales. Es decir, afectos y emociones producto del contacto con las participantes, sus historias, y sentimientos, así como con el mundo vincular naciente de la díada, y la recreación del trauma transgeneracional. En general estos sentimientos fueron en muchas ocasiones positivos, llenos de optimismo y alegría en cuanto se trataba de madres que reflejaban sentimientos y reportaban experiencias de la misma cualidad. En otras ocasiones, se vio enfrentada a emociones de enorme intensidad en el contacto con madres que experimentaban ambivalencia, desesperación, confusión, agobio, indiferencia, rechazo, etc. En algunos casos se daba una situación paradójal, ya que madres con dificultades socioeconómicas, con escasos recursos, mantenían una tonalidad positiva pese a la difícil realidad en la que estaban inmersas. En otros casos las madres expresaban su aceptación del embarazo con una actitud de indiferencia hacia al bebé. En tanto, otras presentaban denegación, o el deseo de encontrarse con su propia infancia. Los sentimientos más intensos a los que se enfrentó la entrevistadora fueron la incertidumbre, el rechazo, el afecto neutro y la total indiferencia de aquellas madres que se relacionan con el bebé como intermediario de la relación con la madre que las abandonó cuando niñas para emigrar a Estados Unidos.

Lo antedicho revela que el entrevistador/observador perinatal debe tomar en cuenta su inevitable implicancia en el proceso, ya que la presencia de la madre y su bebé despiertan emociones, percepciones y reacciones, dando cuenta que toda relación entrevistador/observador-entrevistado/observado en psicología perinatal es siempre una relación emocional (Lebovici, de Ajuriaguerra, & Diatkine, 1958). Bleger (1973) manifiesta que en toda entrevista se da una relación humana de índole particular, un vínculo con roles definidos donde una de las partes se constituye en entrevistado y la otra en entrevistador. Veccia (2003) manifiesta que durante el

curso de la entrevista, “el entrevistador acomete varias tareas simultáneas: escucha y observa mientras en el “fondo” de su mente aparecen asociaciones, pensamientos, fantasías, recuerdos, relacionados con lo que manifiestan los entrevistados” (p. 26). Es decir que el entrevistador debe tomar en cuenta que ante las respuestas y manifestaciones del entrevistado es invadido por emociones y pensamientos, y que si no tuviera una adecuada percepción de ellos no podría llevar adelante la tarea. Entonces, el entrevistador/observador debe trabajar con la idea de que está en interacción y que algo sucede entre él y el entrevistado/observado, tomando en cuenta su implicancia. Este enfoque contratransferencial alude a conceptos de Bion (1967) donde el entrevistador/observador actuaría como contenedor de las emociones y sentimientos tanto de la madre como del bebé. Grisolí cita la respuesta de Spitz a Diatkine ante el recabamiento de datos: “Tratamos de identificarnos. La empatía aumenta con el análisis personal. La minucia de la observación, la libertad interior, el control del equipo sirven de garantía” (2008, p. 11).

En el presente trabajo la entrevistadora utilizó como soporte para la tarea las aportaciones de Bick (1964, 1968) en relación a la observación de bebés y a las representaciones maternas. Asimismo, se guió por los lineamientos de Grisolí con respecto a la evaluación de la interacción madre-bebé (2008): observación no participativa manteniendo su neutralidad y sosteniendo el encuadre. Se mantuvo fiel a su rol de observador, considerando con atención, precisión, y minucia aquellas conductas, movimientos y mensajes gestuales del bebé, así como las conductas y mensajes tanto verbales como paraverbales de la madre, que tenían valor científico y se correspondían con los datos a recabar. Asimismo, igual que en un proceso psicodiagnóstico corriente, la entrevistadora hizo uso del encuadre como una herramienta valiosa durante la recolección de datos. Para lo cual siguió los lineamientos de Winnicott (1964b)

sobre el mismo, siendo estable, confiable y predecible. Además, es importante destacar que la toma de los instrumentos le valió de medio para obtener la distancia óptima necesaria para recoger los datos requeridos. A través de la disociación instrumental (Veccia, 2003) la entrevistadora pudo establecer un distanciamiento necesario para recabar los datos requeridos.

Por último, se considera válido presentar una reflexión sobre el rol del entrevistador/observador perinatal, ya que la experiencia de recolección de datos de la autora de esta tesis le permite señalar que esta dimensión agrega ciertas variables al rol del entrevistador/observador. Se podría decir que la presencia del entrevistador y su interés en la gestante/madre y en su bebé podrían recrear el sostenimiento materno en términos winnicotianos, la activación de los modelos de-estar-con en términos de Stern, o propiciar en términos klenianos ansiedades paranoides en la madre ante un objeto persecutorio que la evalúa, la observa y podría cuestionarla como madre.

El entrevistador/observador perinatal con el fin de efectivizar su rol y, por sobre todo su objetivo de trabajo, necesita saber esperar, contener las emociones que el encuentro con la madre y el bebé suscitan, tomar conciencia de la realidad imaginaria y simbólica en la que ha sido colocado, y recoger los datos con rigor científico haciendo uso de los instrumentos de medición. Estas cualidades en el desempeño del rol coinciden con el *estilo personal del terapeuta* (EPT; Fernández Alvarez, 1998; Fernández Alvarez, García, & Scherb, 1988), constructo multidimensional presente en todo proceso terapéutico que describe un conjunto de funciones integradas: instruccional, expresiva, de involucración, atencional y operativa, que expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en acción en su ejercicio profesional (Castañeiras, Ledesma, García, & Fernández Alvarez, 2008). Dimensiones

que se vinculan con las estudiadas por Vega (2006), quien al evaluar el estilo personal del terapeuta neonatal detectó:

Flexibilidad, cercanía, alta carga de involucración, apertura y espontaneidad aparecen como dimensiones coincidentes en los terapeutas que trabajan en neonatología, independientemente de las adscripciones teóricas declaradas. El EPT conforma una unidad que se manifiesta en el quehacer terapéutico, y es moldeado por él (p. 111).

11. Procedimiento para el Análisis de Datos

El manejo de los mismos se realizó adhiriendo a la regla ética de confidencialidad. Los datos fueron introducidos en una plantilla electrónica para posteriormente realizar el análisis estadístico de los mismos en el programa SPSS.

Se realizaron pruebas no paramétricas dado el tamaño reducido de la muestra ($N = 45$). En el primer momento del análisis de datos con el objeto de evaluar los datos sociodemográficos se utilizó estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias para las variables categóricas, y se realizó análisis de las medidas de tendencia central, moda, media, mediana y desvío para las variables cuantitativas.

Con el objetivo de evaluar los factores de riesgo psicosocial, se utilizó estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias para las variables categóricas, y se realizó análisis de las medidas de tendencia central, moda, media, mediana y desvío para las variables cuantitativas. Con el objetivo de examinar la asociación entre sí de los factores de riesgo psicosocial se utilizó métodos estadísticos no paramétricos, *Chi* cuadrado y el coeficiente de contingencia de Pearson.

En un primer momento, con el objetivo de evaluar el desarrollo del rol materno, se realizó análisis de las medidas de tendencia central, moda, media, mediana y desvío. Con respecto al objetivo de evaluar la posible relación entre las dimensiones del Cuestionario

de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984), el cual arroja datos cuantitativos, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Con el objetivo de indagar la relación entre el desarrollo del rol materno y los factores sociodemográficos: motivo de inmigración, nivel educativo y situación socioeconómica, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA). Asimismo, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) con el objeto de detectar diferencias en el desarrollo del rol materno en función de la red social y familiar. En tanto, con el objetivo de explorar la asociación entre sucesos significativos de vida (*life events*) y el desarrollo del rol materno se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA).

Con el objetivo de evaluar las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé, se realizó un análisis de las medidas de tendencia central, moda, media, mediana y desvío. Con el objetivo de evaluar la posible relación entre las dimensiones de la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987), se utilizó el coeficiente r de Pearson para variables cuyo nivel de medición es por intervalo. Con el objetivo de evaluar las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé en función del desarrollo del rol materno se realizó un análisis utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Con el objeto de comprobar si existían diferencias en las percepciones maternas sobre sí misma y sobre el bebé en función de los sucesos significativos de vida adversos y se realizó un análisis de varianza unidireccional *one way* (ANOVA).

Con respecto al objetivo de evaluar las dimensiones de la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001) se utilizó estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias. En tanto, con el objetivo de evaluar la posible relación entre las dimensiones de la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001) las cuales arrojan puntajes

cuantitativos se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Asimismo, se realizó un análisis correlacional dimensional entre la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) y la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001) utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Por otra parte, con el objetivo de examinar diferencias de medias entre grupos en las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé en función del vínculo madre-bebé se utilizó análisis de varianza unidireccional (ANOVA *Oneway*).

Con el objetivo de detectar asociaciones entre la relación temprana mamá-bebé y los factores sociodemográficos: motivo de inmigración, nivel educativo y situación socioeconómica, se utilizó la prueba *Chi* cuadrado y se realizaron tabulaciones cruzadas a través del coeficiente de correlación e independencia de atributos de Pearson. Asimismo, con el objetivo de detectar asociaciones entre la red de sostén social y familiar y la relación temprana mamá-bebé se realizó un análisis de tabulaciones cruzadas utilizando el coeficiente de contingencia de Pearson y la prueba *Chi* cuadrado. Con respecto al objetivo de evaluar la relación mamá-bebé en función de los factores de riesgo, en un primer momento se utilizó estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias; y por último, se realizaron tabulaciones cruzadas a través de la prueba de independencia de atributos *Chi* cuadrado.

PARTE II

TRABAJO EMPIRICO

Capítulo 7

Análisis de los Datos

1. Tratamiento de los Datos Obtenidos

En el caso de aquellos ítems de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo de Diseño Óptico en las que algunas participantes expandieron su respuesta más allá de la dimensión dicotómica o de selección múltiple, los mismos se consignaron textualmente y se presentarán en la sección descripción de los datos de los instrumentos. En el caso de los ítems que la gestante respondía por la opción *otra*, y aportaba un nuevo descriptor no incluido en la lista propuesta, se recogió y consignó la respuesta.

En este apartado se expondrán las descripciones, los perfiles de los sujetos de la muestra, y los datos de los análisis estadísticos de los instrumentos utilizados para la consecución de los objetivos y la comprobación de las hipótesis planteadas.

2. Análisis Descriptivo de Datos Sociodemográficos

La edad de las madres de la muestra oscila entre 22 y 39 años (gráfico 2). Las medidas de tendencia central revelaron una media de 29.8, desvío de 4.6, mediana de 29 y moda de 28 (tabla 1).

Tabla 1. Medidas de tendencia central de edad de las madres

	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Edad de las madres	29.80	29.00	28	4.600

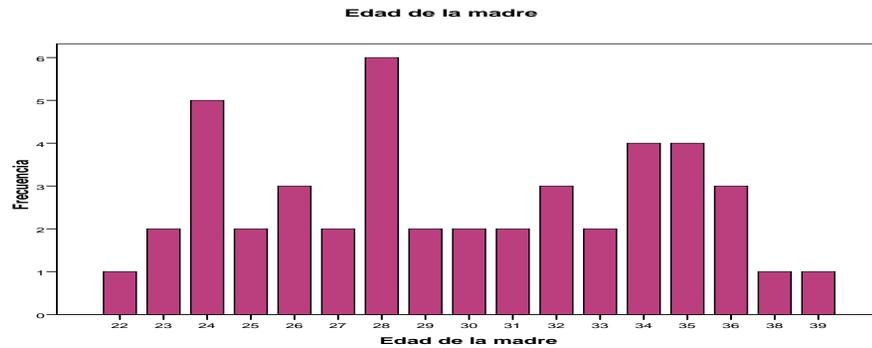


Gráfico 2. Edad de los sujetos de la muestra

La totalidad de las madres de la muestra reportan nivel educativo completo en alguno de los diferentes niveles (gráfico 3).

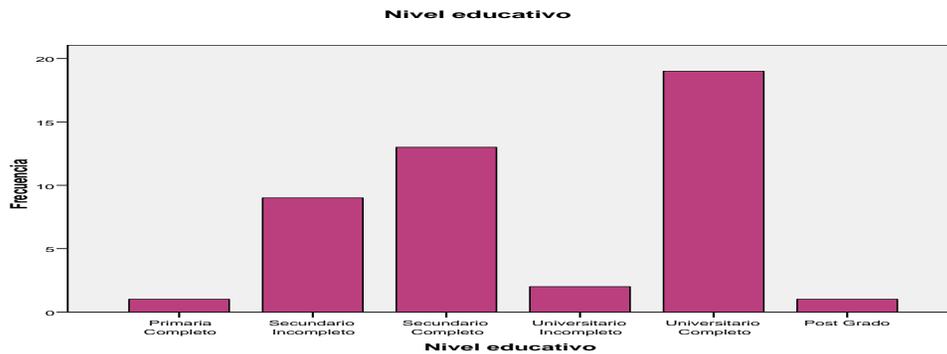


Gráfico 3. Nivel educativo

La profesión o actividad en país de origen reportada por las participantes se divide en 2 grupos: con profesión o actividad en país de origen (n = 23) y sin profesión o actividad (n = 22). Resulta interesante señalar que 21 gestantes que reportan actividad en país

de origen esta requiere formación profesional (gráfico 4).

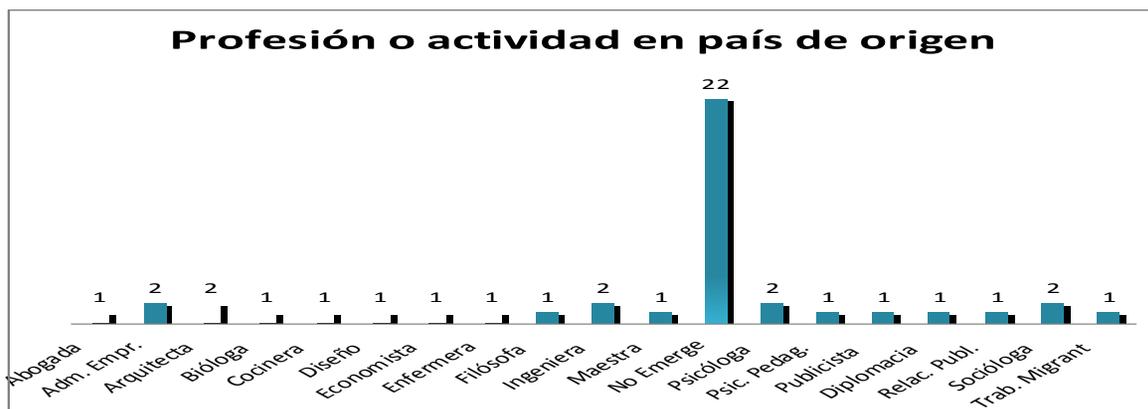


Gráfico 4. Profesión o actividad en país de origen

Con respecto a profesión o actividad en país de acogida los datos revelan 31 sujetos que la indican, en tanto 14 reportan *desocupación* (gráfico 5). Es válido señalar que 15 de aquellas que indican profesión o actividad en país de acogida mantienen el mismo nivel profesional reportado en país de origen, en tanto 3 se desempeñan, respectivamente, en actividades debajo de su nivel educativo o profesión, y en actividades a las que siempre quisieron dedicarse. Asimismo, 10 de los 31 sujetos que indican actividad en país de acogida no la reportan en país origen.



Gráfico 5. Profesión o actividad en país de acogida

En relación a estatus económico, 24 sujetos reportan medio y 21 bajo (gráfico 6).

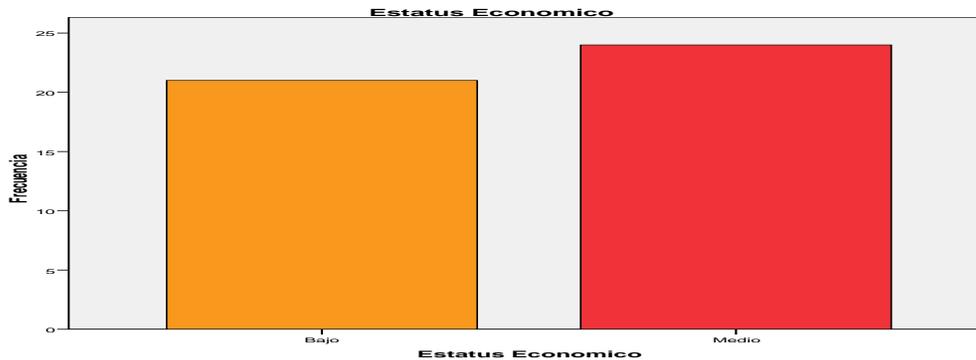


Gráfico 6. Estatus económico

Los sujetos de la muestra provienen de países del Caribe, Norte, Centro y Sur América (gráfico 7).

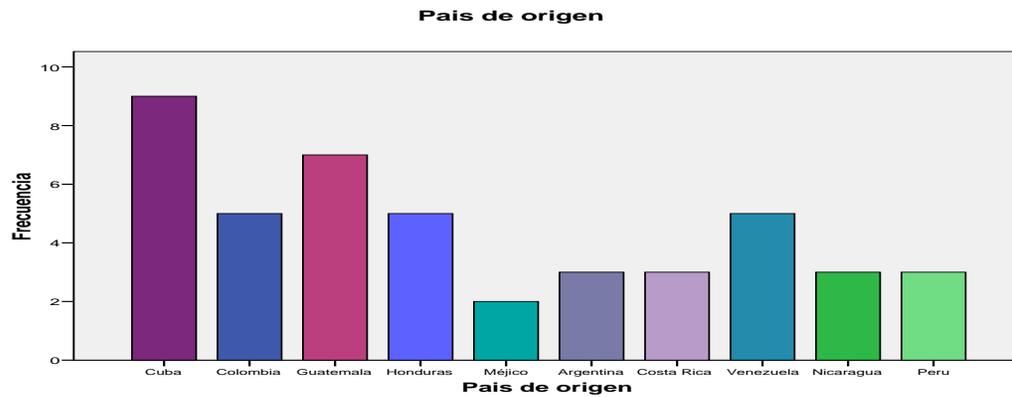


Gráfico 7. Participantes según país de origen

En relación al motivo de emigración (gráfico 8), el análisis revela una mayor frecuencia de sujetos cuyo motivo es *económico* (n = 38), y una menor frecuencia que indica *situación laboral de la pareja* (n = 7). Se señala que el total de la muestra (N = 45) ha consignado emigración por razones que indican búsqueda de un mejoramiento en el nivel de vida ya sea en el área económica o laboral.

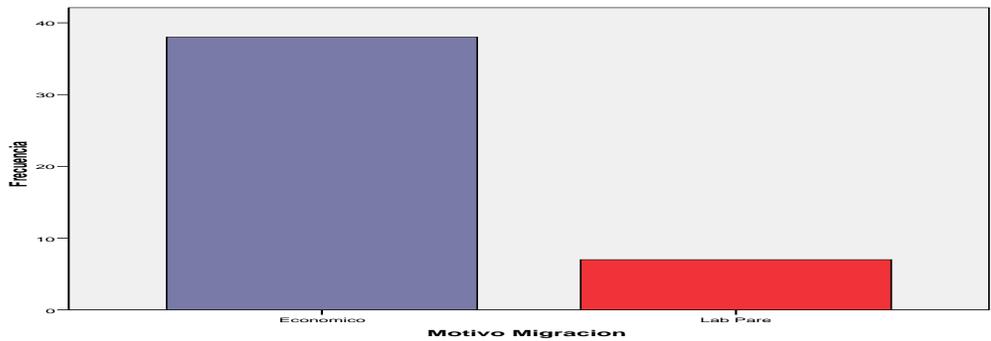


Gráfico 8. Motivo de emigración

En relación a los años de emigración, las medidas de tendencia central indicaron: media 4.47 y desvío 1.72 (tabla 2). Los datos señalan una mayor frecuencia de sujetos ($n = 13$) con 5 años de emigración (gráfico 9).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de años de emigración

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años de migrada	1	9	4.47	1.727

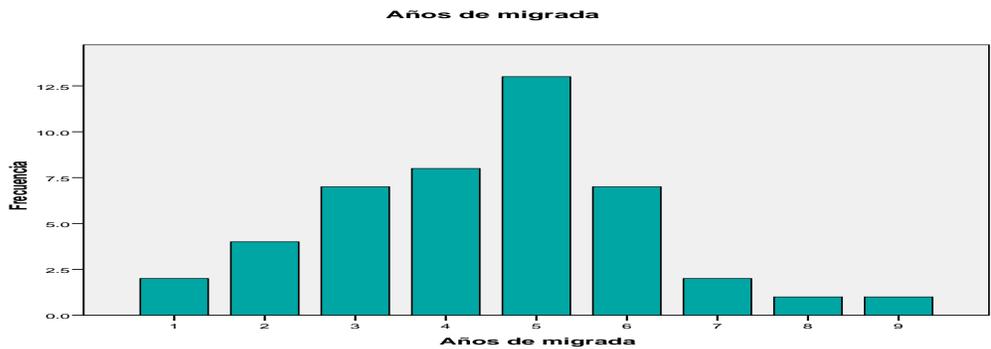


Gráfico 9. Años de emigración

3. Análisis de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial

A continuación se presentan detallados los resultados de los análisis estadísticos descriptivos de las dimensiones de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000).

Con respecto a situación de pareja, los datos señalan una mayor frecuencia de sujetos con *situación de pareja estable conviviente* (n = 27), y una menor frecuencia con diversas conflictivas (n = 18) (gráfico 10).

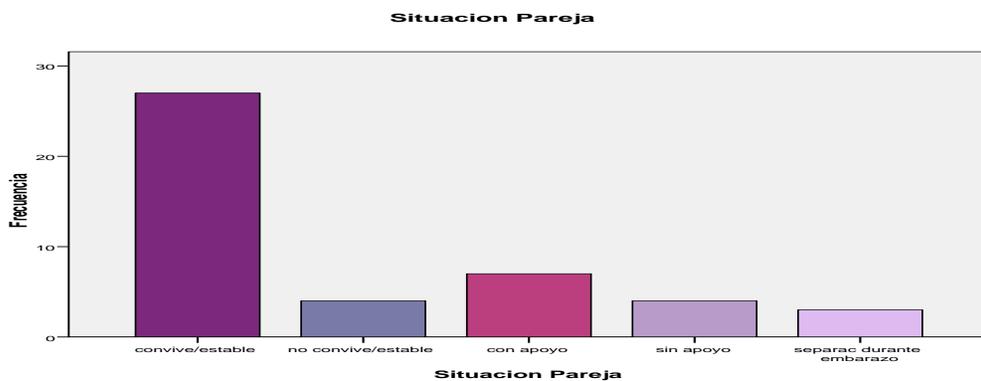


Gráfico 10. Situación de pareja

La dimensión embarazo en sí mismo como suceso significativo de vida incluye planificación del embarazo, deseo y aceptación del bebé, bebé imaginado, movimientos fetales y bienestar físico y emocional durante el mismo.

Con respecto a planificación del embarazo, los datos señalan frecuencia casi pareja de sujetos con embarazo no planificado (n = 24) y planificado (n = 21). Se repiten las mismas frecuencias tomando en cuenta el ítem “*llegó, vino sin avisar*” (gráfico 11).



Gráfico 11. “llegó, vino sin avisar”

Con respecto a aceptación del embarazo, los datos señalan mayor frecuencia con aceptación ($n = 26$), y menor con no aceptación al principio ($n = 19$) (gráfico 12). Es válido destacar que ninguna de las madres de la muestra indicó rechazo al embarazo, se aprecia inicialmente un rechazo que es temporario para después tornarse en aceptación.

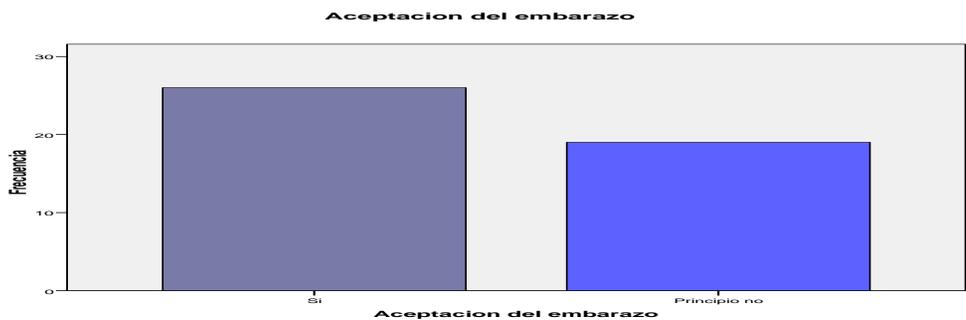


Gráfico 12. Aceptación del embarazo

Una vez pasada la no aceptación del embarazo al principio (primer trimestre gestacional) el total de las madres de la muestra

(N = 45) manifestaron haberse imaginado el bebé durante el embarazo y percibir los movimientos fetales.

Con respecto a bienestar físico y emocional, la totalidad de los sujetos (N = 45) reportaron sentirse físicamente bien. Con respecto al bienestar emocional, una mayor frecuencia de sujetos reportan sentirse bien (gráfico 13).

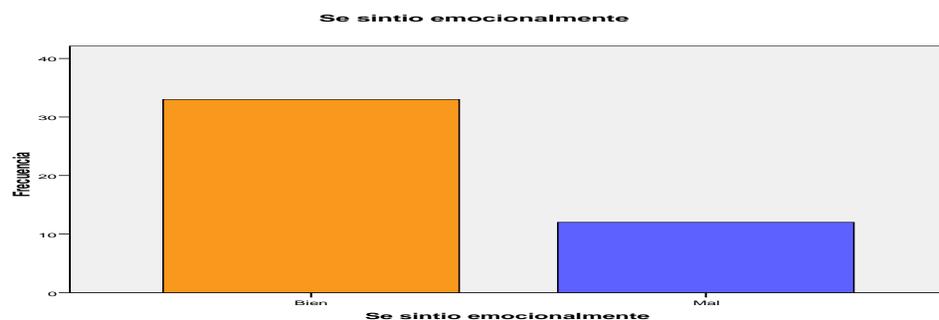


Gráfico 13. Bienestar emocional

A los efectos de mayor claridad se presenta esquematizadamente la dimensión embarazo en sí mismo dando cuenta de las frecuencias (tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias de embarazo en sí mismo

Aceptación del embarazo		Planificación del Embarazo		Se Sintió			
Si	No al Principio	Si	No	Físicamente		Emocionalmente	
				Bien	Mal	Bien	Mal
26	19	21	24	45	0	33	12

Con respecto a los sucesos significativos de vida, se tiene en cuenta los mismos durante el embarazo y en años anteriores, distribuidos de la siguiente manera: pareja, muertes, problemática social, problema actual, problemas maternos psicológicos asociados

al embarazo y parto, y conflicto materno infantil.

La dimensión sucesos significativos de vida en relación a la pareja (gráfico 14), incluye *separación durante el embarazo, violencia, problemas con pareja anterior y migración interna*. Los datos indican una frecuencia casi pareja de sujetos con emergencia (n = 23) y sin (n = 22) de esta problemática.

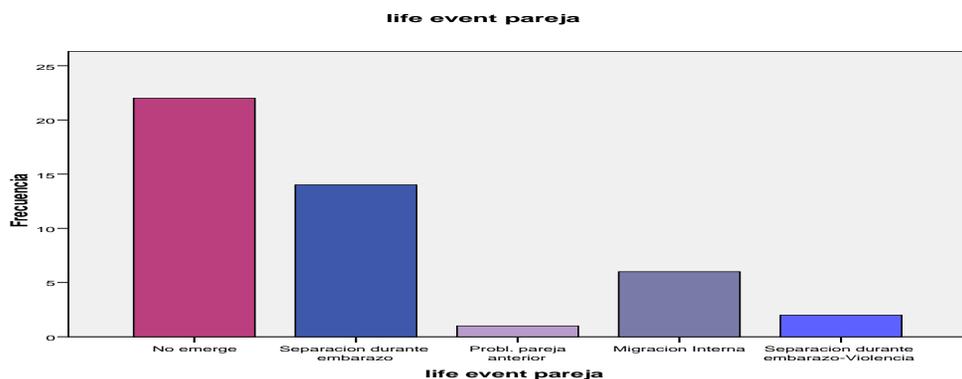


Gráfico 14. Pareja como suceso significativo de vida

Se observa una mayor frecuencia de ocurrencia de esta conflictiva en el primer trimestre gestacional, *separación durante el embarazo* emerge como la principal problemática. La segunda situación reportada, *migración interna de la pareja* por motivos laborales surge a lo largo de todo el periodo gestacional. Como se aprecia 22 de los sujetos deben encarar la gestación y responsabilidad del futuro hijo sin la presencia de la pareja por diversos motivos (tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias de situación de pareja por trimestre gestacional

	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	Años Anteriores	Total
Separación durante embarazo	14				14
Problema pareja anterior				1	1
Migración interna	1	3	2		6
Separación durante embarazo- Violencia familiar	2				2
Total	17	3	2	1	23

Muertes como suceso significativo de vida emerge en *otros familiares* (gráfico 15), refiere a figuras de crianza: 6 casos indican abuela materna y 1 caso indica padre, quien las crió desde los primeros años de vida cuando la madre emigró a Estados Unidos.

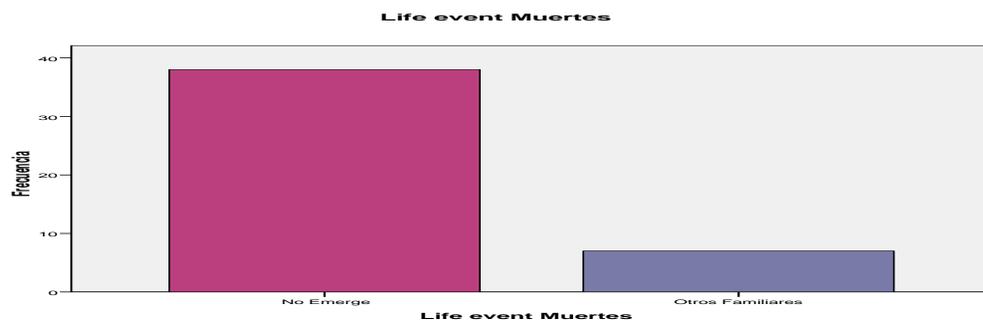


Gráfico 15. Muertes como suceso significativo de vida

Problemática social emerge en 30 sujetos, *desocupación* y *problema económico* son los temas sociales que exhiben mayor frecuencia (gráfico 16).

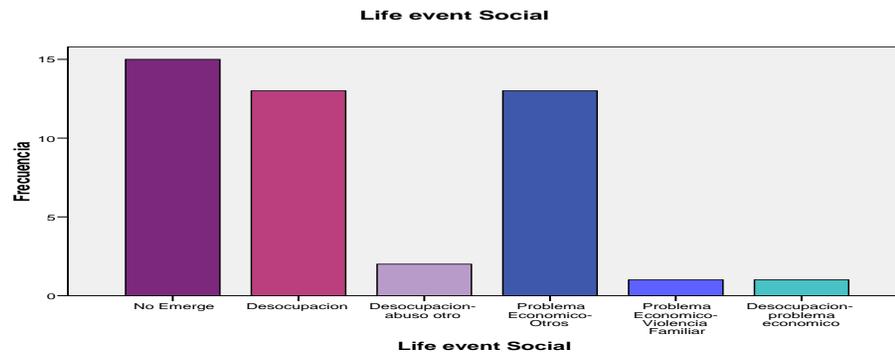


Gráfico 16. Problema social emergente

Problemática social de diversa índole emerge con mayor frecuencia en el segundo trimestre gestacional (tabla 5).

Tabla 5. Frecuencias de problema social por trimestre gestacional

	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	Años Anteriores	Total
Desocupación	4	6		3	13
Desocupación-Abuso- Otros	1	1			3
Problema económico-Otros	2	8		3	13
Problema económico-Violencia familiar	1				1
Desocupación-Problema económico	1				1
Total	9	15		6	30

Los datos indican emergencia de problema actual en 28 sujetos, los tres ítems con mayor respuesta se presentan solos y combinados: *otros*, el ítem con mayor frecuencia, se encuentra combinado con *mudanza-problema familiar*, y con *mudanza* (gráfico 17). El segundo trimestre gestacional es el momento de mayor emergencia de esta problemática (tabla 6).

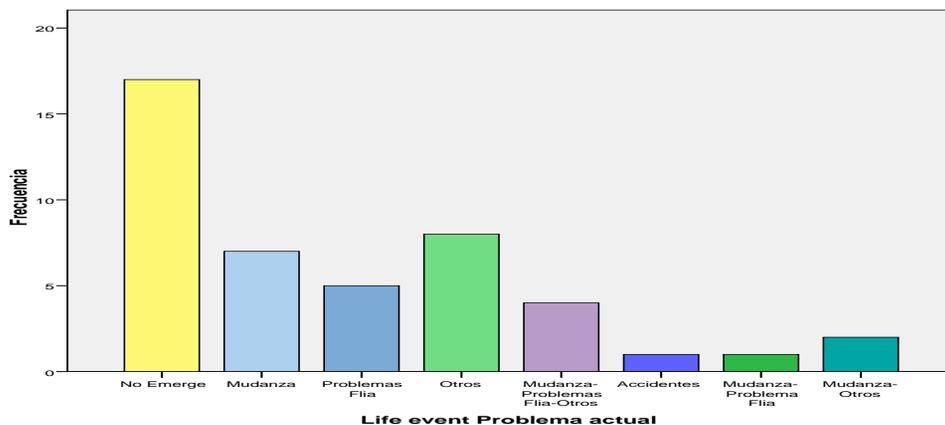


Gráfico 17. Problema actual como suceso significativo de vida

Tabla 6. Frecuencias de problema actual por trimestre gestacional

	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimester	Total
Mudanza		1	6	7
Problema Familiar		4	1	5
Otros	2	4	2	8
Mudanza-Problema familiar- Otros	2	2		4
Accidentes	1			1
Mudanza-Problema familiar- Otros		1		1
Mudanza-Otros		2		2
Total			9	

La dimensión problemas maternos psicológicos asociados al embarazo incluye *embarazo y parto en sí mismo* como suceso significativo de vida. *Embarazo en sí mismo*. Se observa como la segunda temática emergente de las gestantes (n = 18) (gráfico 18).

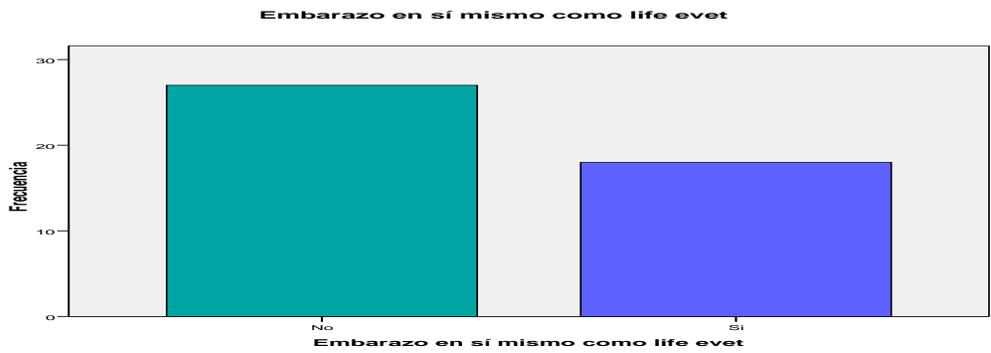


Gráfico 18. Embarazo en sí mismo como suceso significativo de vida

Con respecto a *problemas físicos durante el embarazo*, emerge en 2 sujetos quienes indican contracciones (gráfico 19).

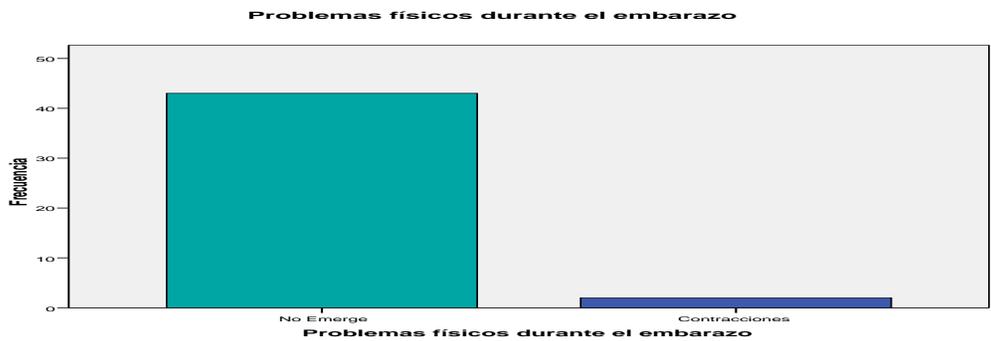


Gráfico 19. Problemas físicos durante el embarazo

En tanto, *parto en sí mismo* emerge como la temática más significativa en 29 de las gestantes (gráfico 20).

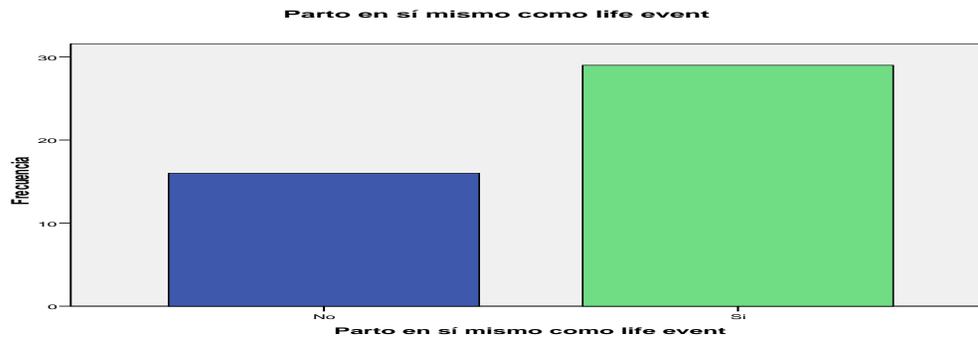


Gráfico 20. Parto en sí mismo como suceso significativo de vida

El estresor psicológico principal para estas madres resulta ser el *temor por la salud del bebé*, seguido por *angustia*, *temor a la salud propia*, *presentimiento de parto prematuro*, y por último, *temor al parto* (tabla 7).

Tabla 7. Frecuencias de Problemas Psicológicos Maternos

	Frecuencia
Temor salud bebé	25
Angustia	14
Temor salud propia	11
Presentimiento parto prematuro	11
Temor al parto	9
Otros	4

Se observa que los ítems con mayor frecuencia, *temor a la salud del bebé*, *angustia* y *presentimiento de parto prematuro*, se presentan solos y en combinaciones diversas con otros ítems. En tanto, *temor a la salud propia* y *otros* se reportan en combinación (gráfico 21).

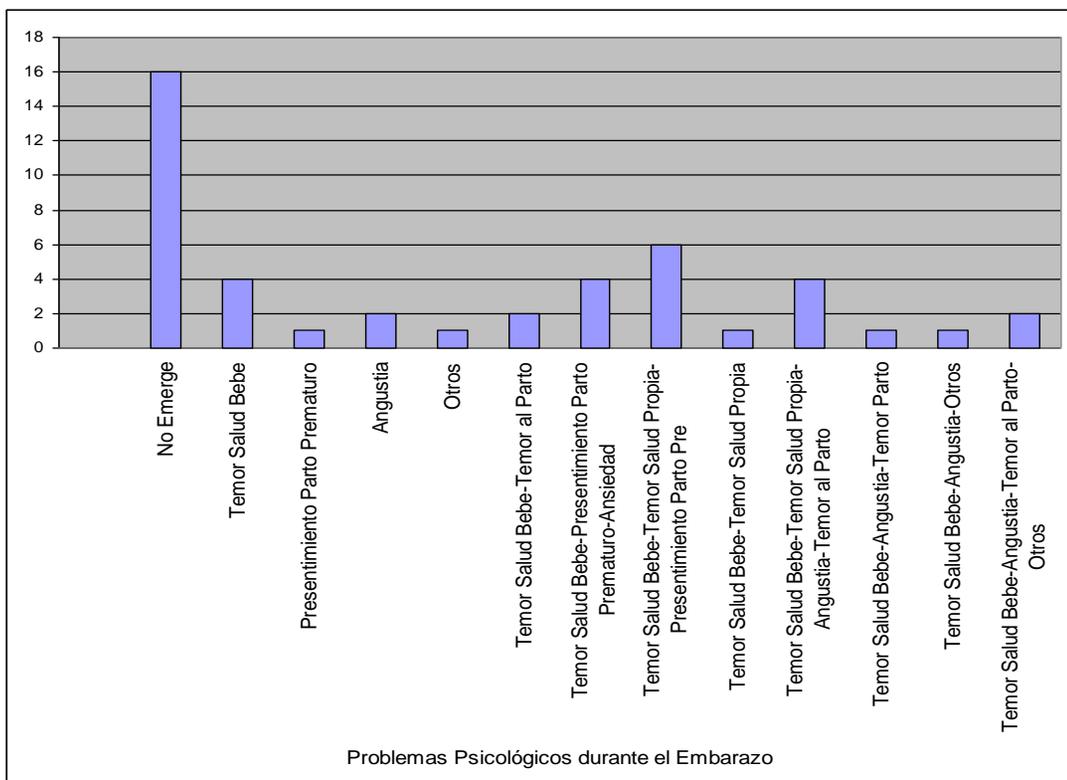


Gráfico 21. Problemas psicológicos maternos

Los datos indican emergencia de conflicto materno infantil, que hace referencia a situaciones negativas vividas en la infancia resignificadas a raíz del embarazo, en 16 gestantes que han sufrido distintos tipos de carencias infantiles durante los primeros años de crianza. El ítem que exhibe mayor frecuencia es *abandono*, el cual se observa solo o en combinaciones diversas con otros ítems,

criada por familiares, muerte de padre y otros (n = 15) (gráfico 22).

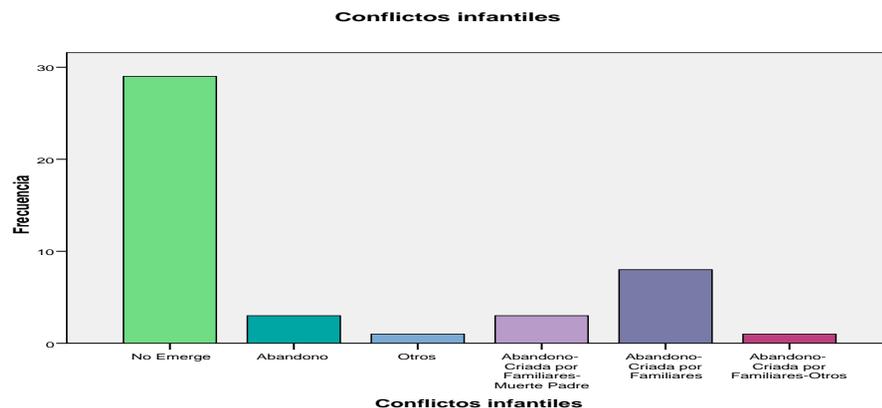


Gráfico 22. Conflicto materno infantil

A modo de síntesis, se presentan esquematizadamente los sucesos significativos de vida emergentes en las madres de la muestra (tabla 8).

Tabla 8. Sucesos significativos de vida

Situación de Pareja	Muerte	Problema Social	Problema Actual	Problemas Psicológicos Maternos				Conflicto Materno Infantil
				Embarazo	Parto	Problema Físico	Problema Emocional	
23	7	30	28	18	29	2	12	16

Con respecto a la red de sostén, el análisis de los datos refleja la percepción de dos componentes: calidad y cantidad que se operacionalizan respectivamente con los reactivos “débil/fuerte” y “amplia/escasa”; pudiéndose diferenciar dos análisis de

componentes: combinado y separado. El análisis de los componentes combinados de la red de sostén familiar revela una mayor frecuencia de sujetos con red *escasa-fuerte*, seguido de *amplia-fuerte* (gráfico 23).

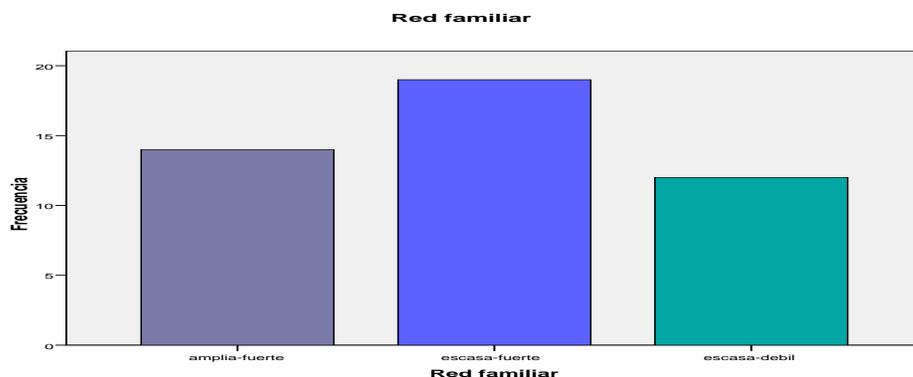


Gráfico 23. Red de sostén familiar

Al realizar una descomposición de los datos de la red de sostén familiar por calidad y cantidad, se observa que los componentes de calidad *fuerte* y de cantidad *escasa* presentan mayor frecuencia (tabla 9; gráfico 25).

Tabla 9. Red de sostén familiar por cantidad y calidad

Calidad		Cantidad	
Fuerte	Débil	Amplia	Escasa
33	12	14	31

Con respecto a la red de sostén social, el análisis de los componentes combinados revela mayor frecuencia de sujetos con red *amplia-fuerte*, seguido de *escasa-débil* (gráfico 24). Adicionalmente, tomando los componentes por separado, *fuerte* aparece con mayor frecuencia (tabla 10; gráfico 25).

Tabla 10. Red de sostén social por cantidad y calidad

Calidad		Cantidad	
Fuerte	Débil	Amplia	Escasa
32	11	26	14

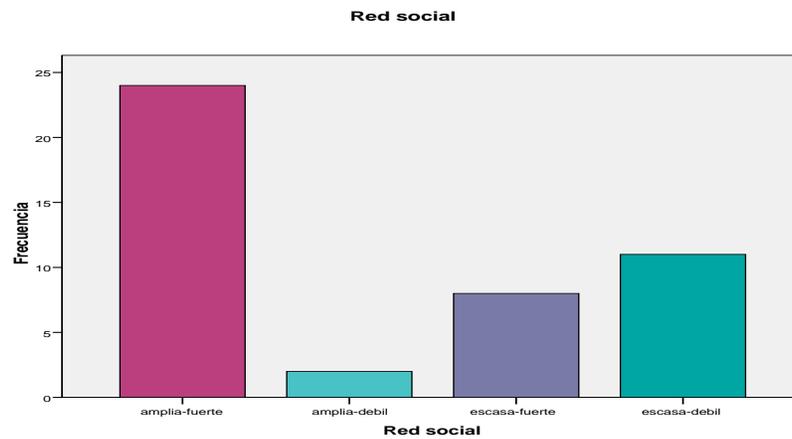


Gráfico 24. Red de sostén social

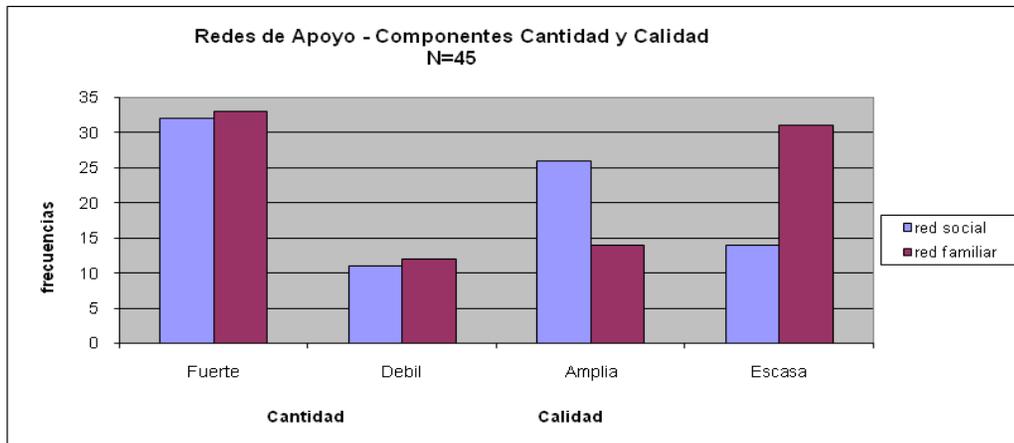


Gráfico 25. Redes de sostén familiar y social por componentes de calidad y cantidad

3.1. Análisis Correlacional de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial

Con el objetivo de examinar la asociación entre sí de los factores de riesgo psicosocial, se realizó un análisis interprueba de los sucesos significativos de vida utilizando la prueba *Chi* cuadrado y el coeficiente de contingencia de Pearson (tabla 11A-B, anexo 7). Las tablas de frecuencias observadas y esperadas (tabla 12-35) se presentan en anexo 7. El análisis reveló dependencia de atributos estadísticamente significativa entre los sucesos significativos de vida:

- situación de pareja y: problemas psicológicos durante el embarazo ($\chi^2 (48) = 72,232; p = 0,013; CC = 0,785$); conflicto materno infantil ($\chi^2 (20) = 63,347; p = 0,000; CC = 0,765$); problema social ($\chi^2 (20) = 58,164; p = 0,000; CC = 0,751$); problema actual ($\chi^2 (28) = 58,365; p = 0,001; CC = 0,751$); parto en sí mismo ($\chi^2 (4) = 16,963; p = 0,002; CC = 0,523$); embarazo en sí mismo ($\chi^2 (4) = 13,966; p = 0,007; CC = 0,487$);

- muertes y: problemas psicológicos durante el embarazo ($\chi^2 (12) = 22,162; p = 0,036; CC = 0,574$); conflicto materno infantil ($\chi^2 (5) = 17,349; p = 0,004; CC = 0,527$); parto en sí mismo ($\chi^2 (1) = 4,574; p = 0,032; CC = 0,304$);
- problema social y: problemas psicológicos durante el embarazo ($\chi^2 (60) = 97,971; p = 0,001; CC = 0,828$); problema actual ($\chi^2 (35) = 77,165; p = 0,000; CC = 0,795$); conflicto materno infantil ($\chi^2 (25) = 73,113; p = 0,000; CC = 0,787$); parto en sí mismo ($\chi^2 (5) = 32,870; p = 0,000; CC = 0,650$); embarazo en sí mismo ($\chi^2 (5) = 17,874; p = 0,003; CC = 0,533$);
- problema actual y: problemas psicológicos durante el embarazo ($\chi^2 (84) = 159,701; p = 0,000; CC = 0,883$); conflicto materno infantil ($\chi^2 (35) = 62,742; p = 0,003; CC = 0,763$); embarazo en sí mismo ($\chi^2 (7) = 23,525; p = 0,001; CC = 0,586$); parto en sí mismo ($\chi^2 (7) = 21,597; p = 0,003; CC = 0,569$);
- embarazo en sí mismo y: problemas psicológicos durante el embarazo ($\chi^2 (12) = 35,625; p = 0,000; CC = 0,665$); parto en sí mismo ($\chi^2 (1) = 16,552; p = 0,000; CC = 0,519$); conflicto materno infantil ($\chi^2 (5) = 14,582; p = 0,012; CC = 0,495$);
- parto en sí mismo y: problemas psicológicos durante el embarazo ($\chi^2 (12) = 45,000; p = 0,000; CC = 0,707$); conflicto materno infantil ($\chi^2 (5) = 13,698; p = 0,018; CC = 0,483$);
- problemas psicológicos durante el embarazo y conflicto materno infantil ($\chi^2 (60) = 93,583; p = 0,004; CC = 0,822$).

4. Análisis de la Variable Rol Materno

En este apartado se detallan los análisis descriptivos de la variable rol materno (tabla 36) evaluada a partir del Cuestionario de

Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984; Asenjo et al. 2007).

Con respecto a la dimensión aceptación del embarazo, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: 3.40 de media, 4 de mediana, 4 de moda y 0.68 de desvío. Los resultados indican una tendencia de aceptación alta del embarazo (gráfico 26).

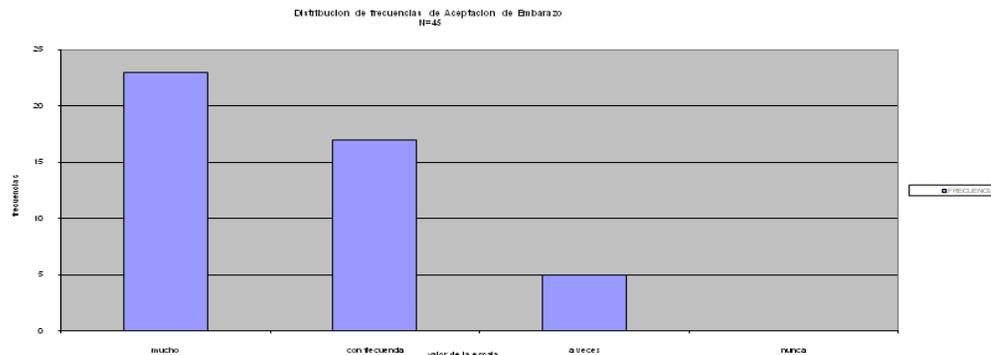


Gráfico 26. Aceptación del embarazo

Con respecto a la dimensión identificación con el rol materno, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: 3.80 de media, 4 de mediana, 4 de moda, y 0.40 de desvío. Los resultados indican una tendencia de identificación elevada con el rol materno (gráfico 27).

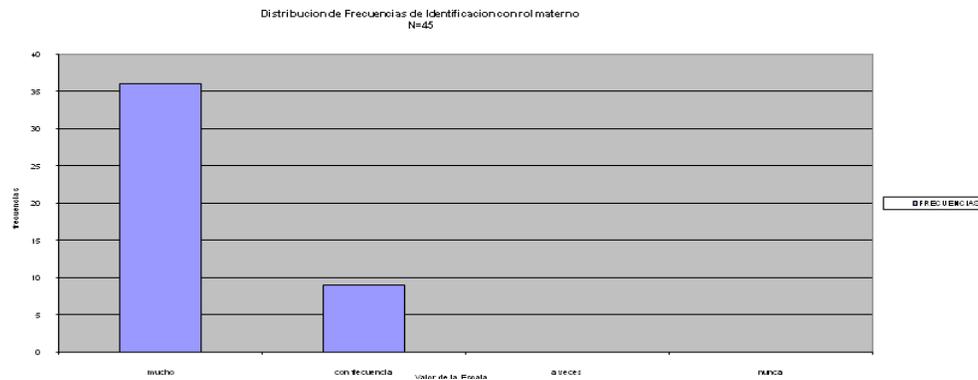


Gráfico 27. Identificación con el rol materno

Con respecto a la dimensión calidad de la relación con la madre, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central:

3.02 media, 3.00 de mediana, 3.00 moda, y 0.45 de desvío. Los resultados indican una tendencia media de calidad en la relación con la madre (gráfico 28).

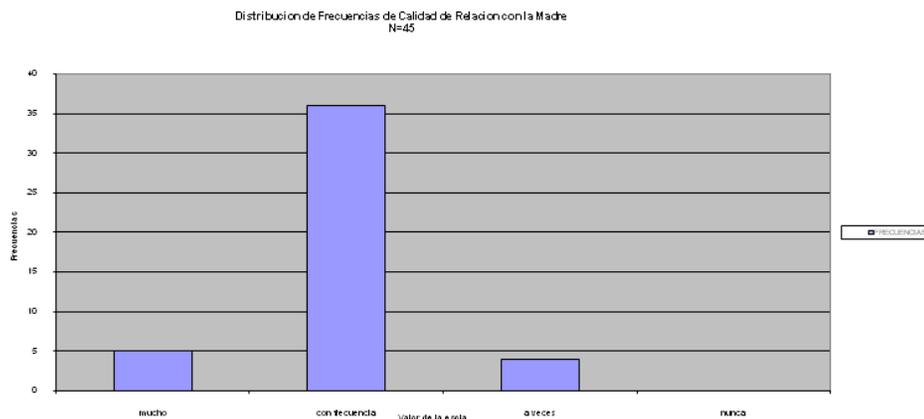


Gráfico 28. Calidad de la relación con la madre

Con respecto a la dimensión calidad de la relación con la pareja, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: media 2.51, mediana 3.00, moda 3.00, y 1.16 de desvío. Los resultados indican una tendencia de calidad media en la relación con la pareja (gráfico 29).

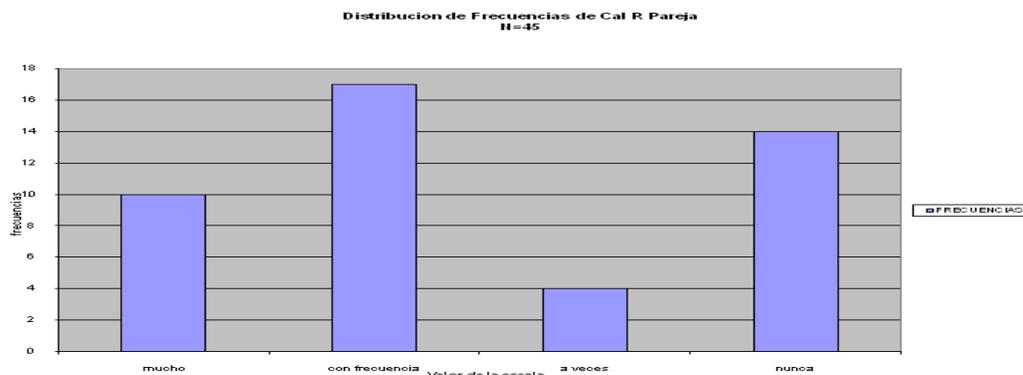


Gráfico 29. Calidad de la relación con la pareja

Con respecto a la dimensión preparación al parto, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: media 3.31, mediana 3.00, moda 3.00, y 0.63 de desvío. Los resultados indican una tendencia media alta a la preparación al parto (gráfico 30).



Gráfico 30. Preparación al parto

Con respecto a la dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: 2.57 media, 3.00 mediana, 3.00 de moda, y 0.58 de desvío. Los resultados indican una tendencia de preocupación media por el bienestar propio y del bebé (gráfico 31).

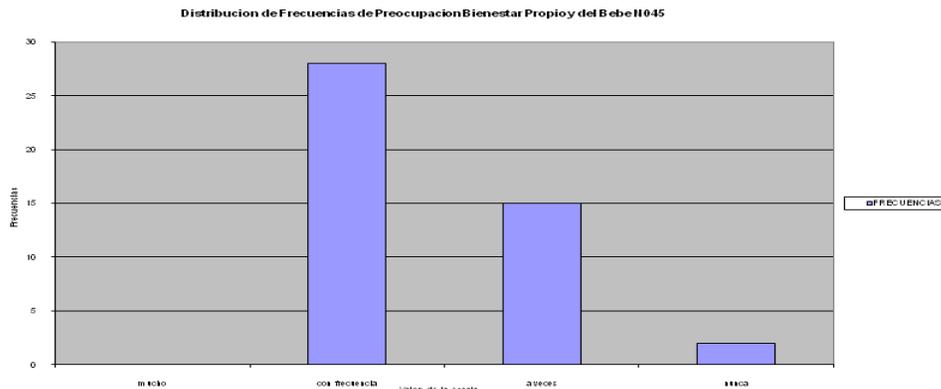


Gráfico 31. Preocupación bienestar propio y del bebé

Tabla 36. Medidas de tendencia central de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal

	Aceptación Embarazo	Identificación Rol Materno	Calidad Relación Madre	Calidad Relación Pareja	Preparación al Parto	Preocupación Bienestar Propio y Bebé
Media	3.40	3.80	3.02	2.51	3.31	2.57
Mediana	4.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Moda	4.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Desv. Típ.	0.68	0.40	0.45	1.16	0.63	0.58

5. Análisis Correlacional Dimensional del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984; Asenjo et al., 2007)

Con el objetivo de evaluar la posible relación entre las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ; Lederman & Lederman, 1984; Asenjo et al., 2007) se realizó un análisis de correlación r de Pearson para variables medidas en un nivel por intervalos (tabla 37). Se obtuvieron correlaciones significativas directas al 1% y 5%. Se destaca: aceptación del embarazo y calidad de la relación con la madre ($r = 0,663$; $p = 0,000$); calidad de la relación con la madre y calidad de la relación con la pareja ($r = 0,636$; $p = 0,000$); aceptación del embarazo y preparación para el parto ($r = 0,585$; $p = 0,000$); aceptación del embarazo y calidad de la relación con la pareja ($r = 0,521$; $p = 0,000$).

Tabla 37. Análisis correlacional dimensional del Cuestionario de Evaluación Prenatal

	Identificación Rol Materno	Calidad Relación Madre	Calidad Relación Pareja	Preparación al Parto	Preocupación Bienestar Propio y Bebé
Aceptación Embarazo	.265	.663(**)	.521(**)	.585(**)	.343(*)
Identificación Rol Materno	.079	.000	.000	.000	.021
Calidad Relación Madre		.029	.169	.373(*)	.198
Calidad Relación Pareja		.850	.267	.012	.192
Preparación al Parto			.636(**)	.381(**)	.298(*)
			.000	.010	.047
				.322(*)	.322(*)
				.031	.031
					.162
					.288

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

6. Análisis de la Relación entre la Variable Rol Materno y Datos Sociodemográficos

Con el objetivo de indagar la relación entre la variable rol materno y los datos sociodemográficos: motivo de inmigración, nivel educativo y situación socioeconómica, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA).

Los datos revelaron diferencias significativas en las dimensiones *aceptación del embarazo* [$F(1,888) = 4,774; p = 0,034$], *calidad de la relación con la pareja* [$F(1,888) = 5,151; p = 0,028$], *preocupación por el bienestar propio y del bebé* ($F(1,888) = 6,358; p = 0,015$) según motivo de inmigración. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo cuyo motivo de inmigración fue *económico* (tabla 38; gráfico 32).

Tabla 38. Comparación de los puntajes medios y desviaciones estándares de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal y motivo de inmigración

	Motivo de Inmigración				F	p
	Económico		Laboral Pareja			
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.610	0.467	4.000	0.000	4.774	0.034
Identificación Rol Materno	3.927	0.141	4.000	0.000	1.803	0.186
Calidad Relación Pareja	2.611	1.305	3.748	0.360	5.151	0.028
Calidad Relación Madre	3.489	0.372	3.645	0.197	1.161	0.287
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	2.888	0.559	3.454	0.449	6.358	0.015
Preparación al Parto	3.590	0.472	3.895	0.138	2.828	0.100

gl = 1

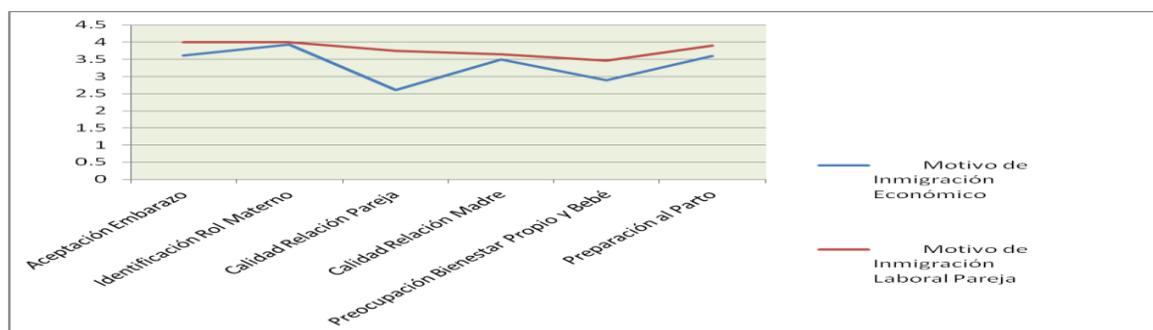


Gráfico 32. Motivo de emigración y dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal

Con respecto nivel educativo [F de Hotelling (1,963) = 2,120; p = 0,002] el análisis reveló diferencias significativas en las dimensiones *calidad de la relación con la pareja* [F (2,128) = 8,659; p = 0,000] y *calidad de la relación con la madre* [F de Hotelling (2,128) = 3,407; p = 0,012]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo con *secundario incompleto* (tabla 39 en anexo 8; gráfico 33).

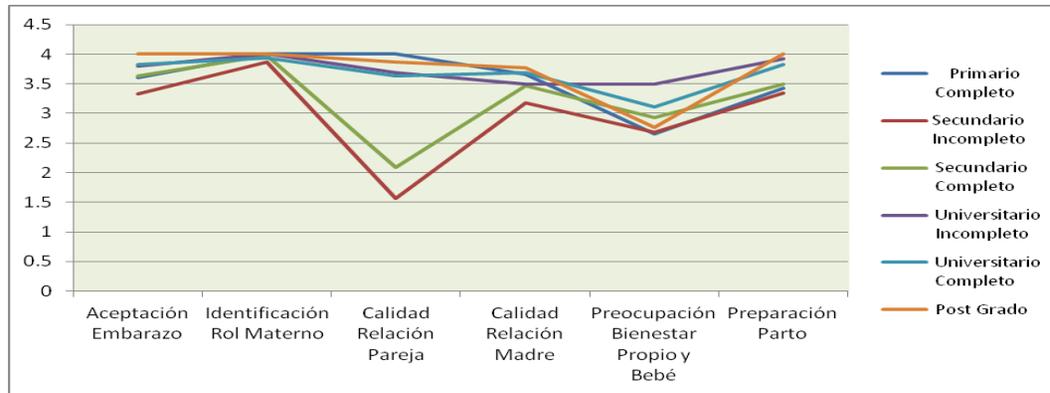


Gráfico 33. Nivel educativo y dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal

Con respecto al estatus económico [F de Hotelling (0,883) = 5,594 ; $p = 0,000$] se obtuvo diferencias significativas en las dimensiones *aceptación del embarazo* [F (5,594) = 8,604; $p = 0,005$], *calidad de la relación con la pareja* [F (5,594) = 28,338; $p = 0,000$], *calidad de la relación con la madre* [F (5,594) = 17,398; $p = 0,000$], y *preparación al parto* [F (5,594) = 5,913; $p = 0,019$].

Los puntajes más bajos se obtuvieron en el grupo con *estatus económico bajo* (tabla 40; gráfico 34).

Tabla 40. Comparación de los puntajes medios y desviaciones estándares de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal y estatus socioeconómico

	Estatus Socioeconómico					
	Bajo		Medio		F	p
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.476	0.491	3.841	0.338	8.604	0.005
Identificación Rol Materno	3.940	0.134	3.937	0.132	0.006	0.941
Calidad Relación Pareja	1.939	1.273	3.531	0.679	28.338	0.000
Calidad Relación Madre	3.312	0.388	3.689	0.198	17.398	0.000
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	2.881	0.463	3.059	0.661	1.071	0.307
Preparación al Parto	3.472	0.564	3.782	0.251	5.913	0.019

gl = 1

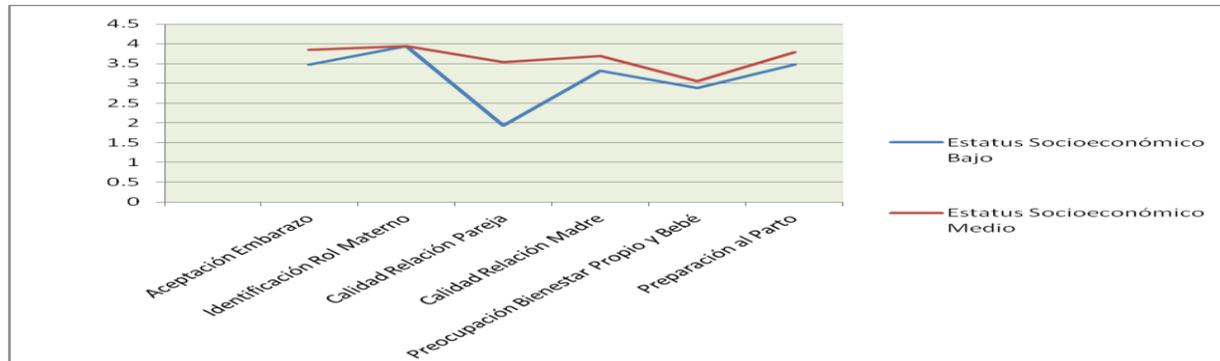


Gráfico 34. Estatus económico y dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal

7. Análisis Relacional entre la Variable Rol Materno y Red de Sostén Social y Familiar

Con el objetivo de detectar diferencias en el desarrollo del rol materno en función de la red de sostén familiar y social, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA). Los datos revelaron diferencias significativas en las dimensiones *aceptación del embarazo* [$F(3,920) = 9,360; p = 0,000$], *calidad de la relación con la pareja* [$F(3,920) = 17,019; p = 0,000$], *calidad de la relación con la madre* ($F(3,920) = 6,676; p = 0,003$) según la red de sostén familiar. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo *red de sostén familiar escasa-débil* (tabla 41; gráfico 35).

Tabla 41. Comparación de los puntajes medios y desviaciones estándares de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal y red de sostén familiar

	Red de Sostén Familiar						F	p
	Amplia-Fuerte		Escasa-Fuerte		Escasa-Débil			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.700	0.321	3.894	0.300	3.283	0.542	9.36	0.000
Identificación Rol Materno	3.946	0.106	3.947	0.133	3.916	0.162	0.223	0.801
Calidad Relación Pareja	3.203	1.066	3.362	0.920	1.395	0.926	17.019	0.000
Calidad Relación Madre	3.669	0.224	3.573	0.353	3.236	0.340	6.676	0.003
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	2.885	0.705	3.182	0.467	2.756	0.504	2.385	0.104
Preparación Parto	3.700	0.300	3.734	0.418	3.413	0.583	2.177	0.126

gl = 2

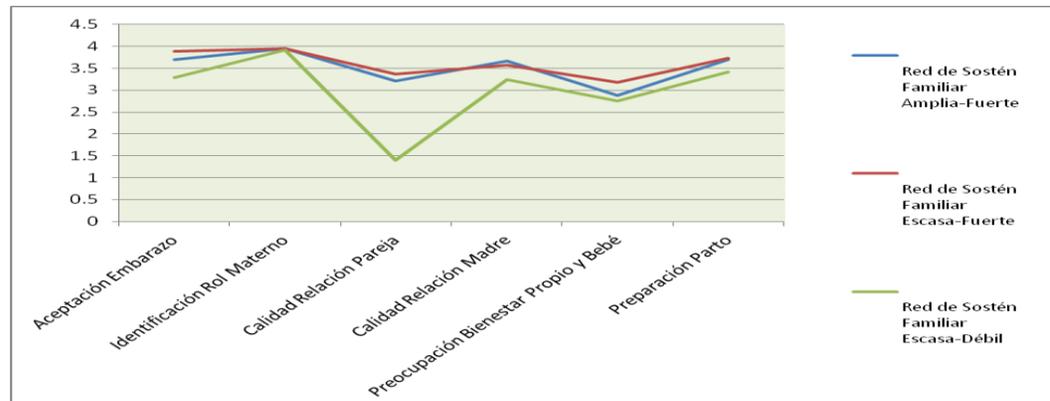


Gráfico 35. Red de sostén familiar y variable rol materno

Los datos revelaron diferencias significativas en las dimensiones *aceptación del embarazo* [$F(3,103) = 6,484; p = 0,001$], *calidad de la relación con la pareja* [$F(3,103) = 11,474; p = 0,000$], *calidad de la relación con la madre* ($F(3,103) = 6,399; p = 0,001$), y *preparación al parto* [$F(3,103) = 2,959; p = 0,043$] según la red de sostén social. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo red de sostén social *escasa-débil* (tabla 42; gráfico 36).

Tabla 42. Puntajes medios y desviaciones estándares de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal y red de sostén social

	Red de Sostén Social								F	p
	Amplia-Fuerte		Amplia-Débil		Escasa-Fuerte		Escasa-Débil			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.850	0.284	3.800	0.282	3.700	0.400	3.236	0.550	6.484	0.001
Identificación Rol Materno	3.937	0.132	3.875	0.176	3.968	0.088	3.931	0.161	0.288	0.834
Calidad Relación Pareja	3.447	0.880	1.935	1.322	2.905	1.189	1.420	0.967	11.474	0.000
Calidad Relación Madre	3.684	0.191	3.610	0.551	3.355	0.434	3.238	0.357	6.399	0.001
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.078	0.652	3.000	0.000	2.828	0.637	2.856	0.385	0.564	0.642
Preparación Parto	3.813	0.249	3.495	0.106	3.441	0.521	3.425	0.630	2.959	0.043

gl = 3

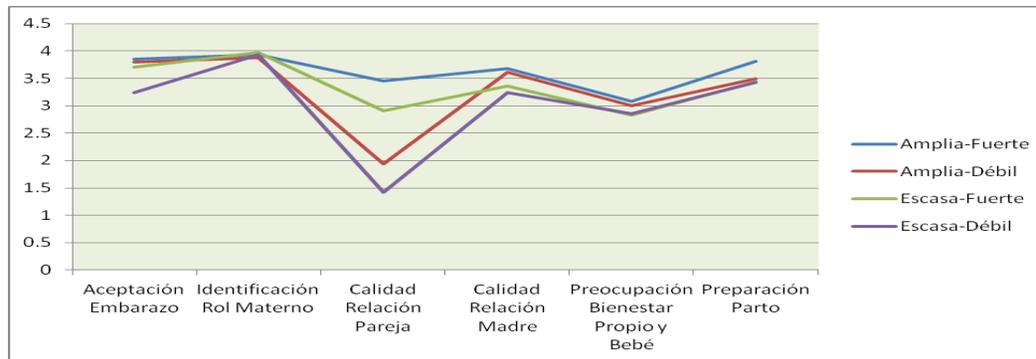


Gráfico 36. Red de sostén social y variable rol materno

8. Análisis Relacional de la Variable Rol Materno y Factores de Riesgo Psicosocial

Con el objetivo de explorar la asociación entre sucesos significativos de vida adversos y el desarrollo del rol materno, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA). Los datos revelaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la variable rol materno en función de los sucesos de vida adversos. Las tablas de valores medios y desviaciones estándares para los grupos se presentan en anexo 8.

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones entre los grupos de situación de pareja como suceso significativo de vida [*F de Hotelling* (11,194) = 15,624; $p = 0,000$]. Estas se presentaron en las dimensiones: *aceptación del embarazo* [*F* (15,624) = 4,567; $p = 0,004$], *calidad de la relación con la pareja* [*F* (15, 624) = 84,272; $p = 0,000$], *calidad de la relación con la madre* [*F* (15,624) = 5,688; $p = 0,001$], y *preocupación por el bienestar propio y del bebé* [*F* (15,624) = 2,786; $p = 0,039$]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por los grupos *separación durante el embarazo-violencia familiar* y *separación durante el embarazo* en la dimensión *calidad de la relación con la pareja*; por el grupo *separación durante el embarazo* en las dimensiones *aceptación del embarazo* y *calidad de la relación con la madre*; y por el grupo *migración interna* en la dimensión *preocupación por el bienestar propio y del bebé* (tabla 43 en anexo 8; gráfico 37).

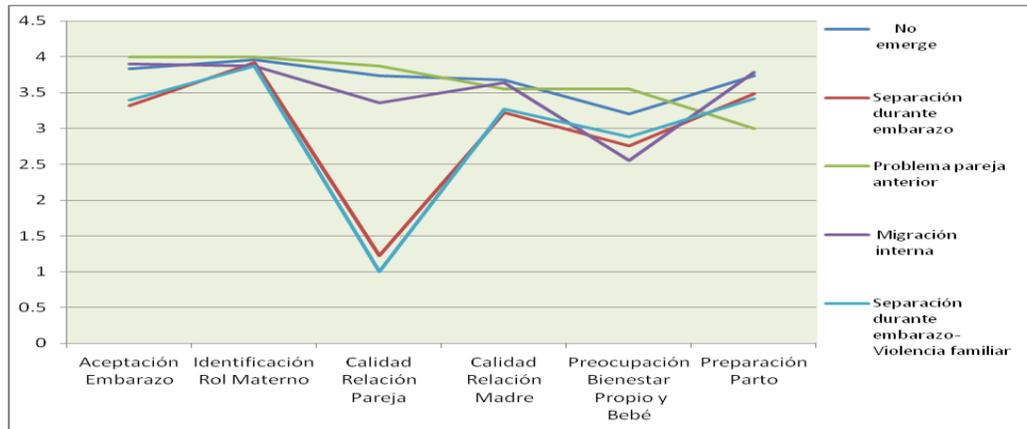


Gráfico 37. Diferencias de medias de problemática de pareja y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones de la variable rol materno entre ambos grupos de muerte como suceso significativo de vida [F de Hotelling (0,564) = 3,570; $p = 0,007$]. Estas se presentaron en las dimensiones *calidad de la relación con la madre* [F (3,570) = 4,382; $p = 0,042$] y *preparación al parto* [F (3,570) = 15,987; $p = 0,000$]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo *otros familiares* (tabla 44; gráfico 38).

Tabla 44. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de muertes con respecto al desarrollo del rol materno

	Muertes		Media	Desvío	F	p
	No emerge	Otros familiares				
Aceptación Embarazo	3.705	0.433	3.485	0.539	1.410	0.242
Identificación Rol Materno	3.947	0.118	3.892	0.196	1.005	0.322
Calidad Relación Pareja	2.907	1.225	2.141	1.438	2.196	0.146
Calidad Relación Madre	3.559	0.316	3.265	0.463	4.382	0.042
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	2.995	0.606	2.87	0.413	0.275	0.603
Preparación al Parto	3.737	0.334	3.098	0.627	15.987	0.000

gl = 1

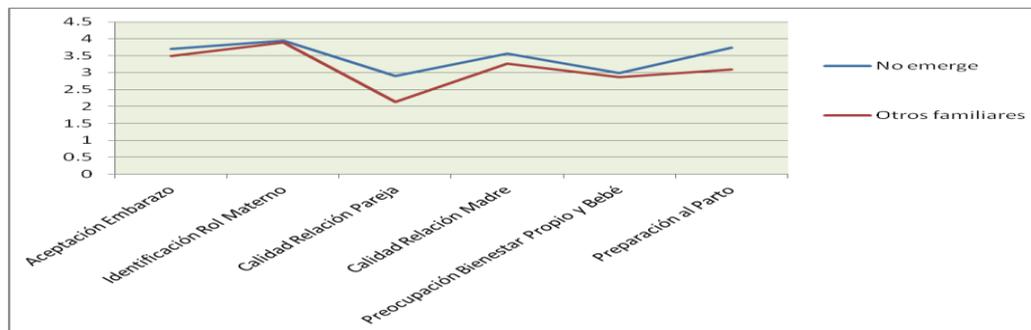


Gráfico 38. Diferencias de medias de muertes y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones entre los grupos de problema social como suceso significativo de vida [F de Hotelling (1,742) = 1,882; p = 0,007]. Estas se presentaron en las siguientes dimensiones: *aceptación del embarazo* [F (1,882) = 3,313; p = 0,014], *calidad de la relación con la pareja* [F (1,882) = 6,792; p = 0,000], y *calidad de la relación con la madre* [F (1,882) = 7,407; p = 0,000]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por los grupos *desocupación-abuso otro* y *desocupación-*

problema económico en la dimensión *calidad de la relación con la pareja*. En las dimensiones *aceptación del embarazo* y *calidad de la relación con la madre*, los puntajes más bajos fueron obtenidos por el grupo *desocupación-abuso otro* (tabla 45 en anexo 8; gráfico 39).

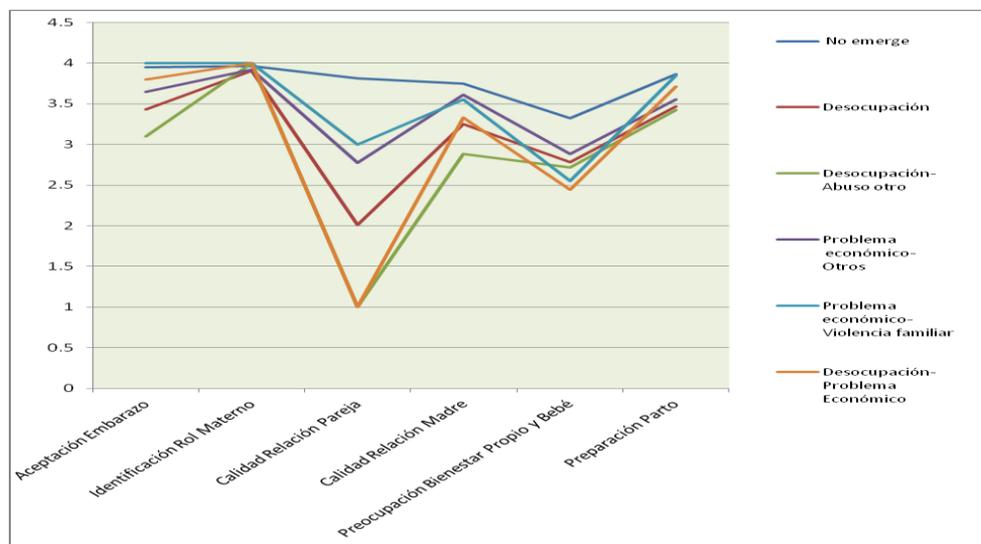


Gráfico 39. Diferencias de medias de problemática social y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones de la variable rol materno entre grupos de problema actual como suceso significativo de vida [F de Hotelling (2,665) = 1,925; $p = 0,002$]. Estas se presentaron en las dimensiones *aceptación de embarazo* [F (1,925) = 5,453; $p = 0,000$], *calidad de la relación con la pareja* [F (1,925) = 6,328; $p = 0,000$], y *calidad de la relación con la madre* [F (1,925) = 2,910; $p = 0,016$]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por los grupos *mudanza-problemas*

familiares-otros y *mudanza-problemas familiares* en la dimensión calidad de la relación con la pareja. En las dimensiones aceptación del embarazo y calidad de la relación con la madre, los puntajes más bajos fueron obtenidos por el grupo *mudanza-problemas familiares-otros* (tabla 46 en anexo 8; gráfico 40).

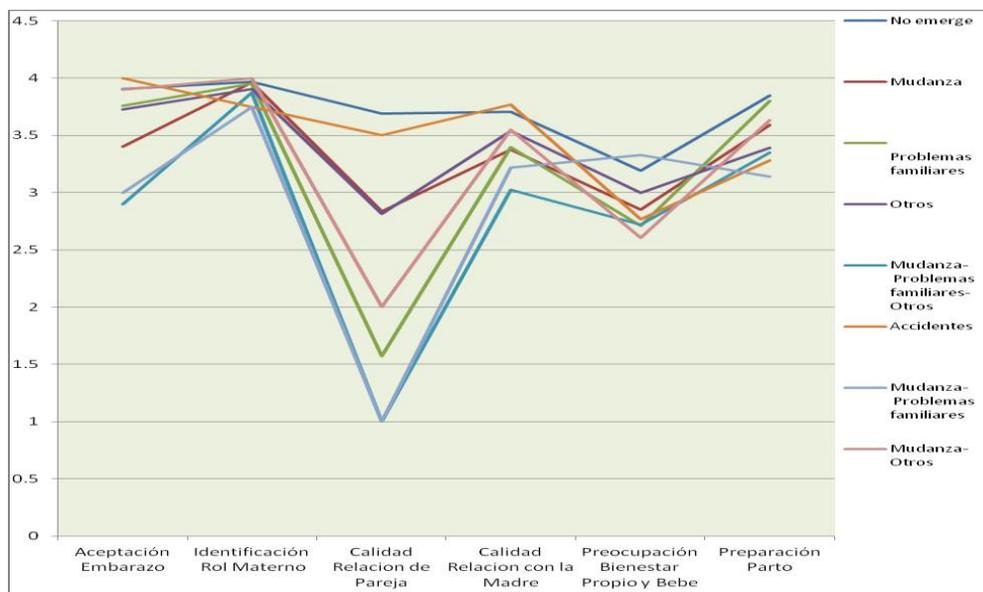


Gráfico 40. Diferencias de medias de problemática actual y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones de la variable rol materno entre ambos grupos de embarazo en sí mismo como suceso significativo de vida [F de Hotelling (0,519) = 3,284; $p = 0,011$]. Estas se presentaron en las dimensiones *aceptación de embarazo* [F (3,284) = 4,660; $p = 0,036$], *calidad de la relación con la pareja* [F (3,284) = 11,972; $p = 0,001$], *calidad*

de la relación con la madre [$F(3,284) = 6,993$; $p = 0,011$], y preocupación por el bienestar propio y del bebé [$F(3,284) = 10,215$; $p = 0,003$]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo con *embarazo como suceso significativo* (tabla 47, gráfico 41).

Tabla 47. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de embarazo en sí mismo con respecto al desarrollo del rol materno

	Embarazo en Sí Mismo				<i>F</i>	<i>p</i>
	No		Si			
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.785	0.346	3.500	0.541	4.660	0.036
Identificación Rol Materno	3.963	0.090	3.902	0.174	2.303	0.136
Calidad Relación Pareja	3.268	1.061	2.068	1.249	11.972	0.001
Calidad Relación Madre	3.620	0.283	3.353	0.395	6.993	0.011
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.180	0.577	2.669	0.434	10.215	0.003
Preparación al Parto	3.743	0.428	3.480	0.445	3.960	0.053

gl = 1

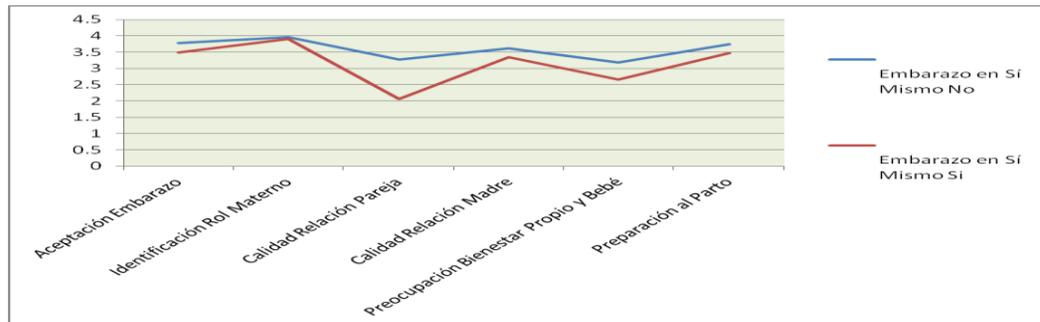


Gráfico 41. Diferencias de medias de embarazo en sí mismo como suceso significativo de vida y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones de la variable rol materno entre ambos grupos de parto en sí mismo como suceso significativo de vida [F de Hotelling (0,947) = 5,999; $p = 0,000$]. Estas se presentaron en las dimensiones *aceptación de embarazo* [$F(5,999) = 7,291$; $p = 0,010$], *calidad de la relación con la pareja* [$F(5,999) = 23,551$; $p = 0,000$], *calidad*

de la relación con la madre [$F(5,999) = 10,698; p = 0,002$], preocupación por el bienestar propio y del bebé [$F(5,999) = 8,736; p = 0,005$], y preparación al parto [$F(5,999) = 10,153; p = 0,003$]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo con parto en sí mismo como suceso significativo (tabla 48; gráfico 42).

Tabla 48. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de parto en sí mismo con respecto al desarrollo del rol materno

	Parto en Sí Mismo		Parto en Sí Mismo		<i>F</i>	<i>p</i>
	No	Si	Si	No		
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.9	0.242	3.544	0.492	7.291	0.010
Identificación Rol Materno	3.984	0.062	3.913	0.153	3.076	0.087
Calidad Relación Pareja	3.797	0.302	2.231	1.264	23.551	0.000
Calidad Relación Madre	3.723	0.178	3.397	0.374	10.698	0.002
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.292	0.652	2.801	0.456	8.736	0.005
Preparación al Parto	3.900	0.195	3.493	0.486	10.153	0.003

gl = 1

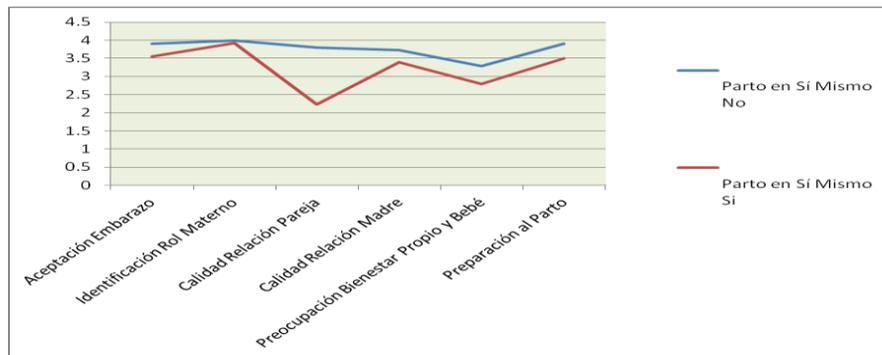


Gráfico 42. Diferencias de medias de parto en sí mismo y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones de la variable rol materno entre grupos de conflicto materno

infantil como suceso significativo de vida [F de Hotelling (5,771) = 6,233; $p = 0,000$]. Estas se presentaron en las dimensiones *aceptación de embarazo* [F (6,233) = 4,279; $p = 0,003$], *calidad de la relación con la pareja* [F (6,233) = 25,231; $p = 0,000$], *calidad de la relación con la madre* [F (6,233) = 9,625; $p = 0,000$], y *preparación al parto* [F (6,233) = 2,890; $p = 0,026$]. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo *abandono* en las dimensiones *aceptación del embarazo*, *calidad de la relación con la pareja* y *preparación al parto*; por el grupo *abandono-criada por familiares-muerte del padre* en las dimensión *calidad de la relación con la pareja*; y por el grupo *otros* en la dimensión *calidad de la relación con la madre* (tabla 49 en anexo 8; gráfico 43).

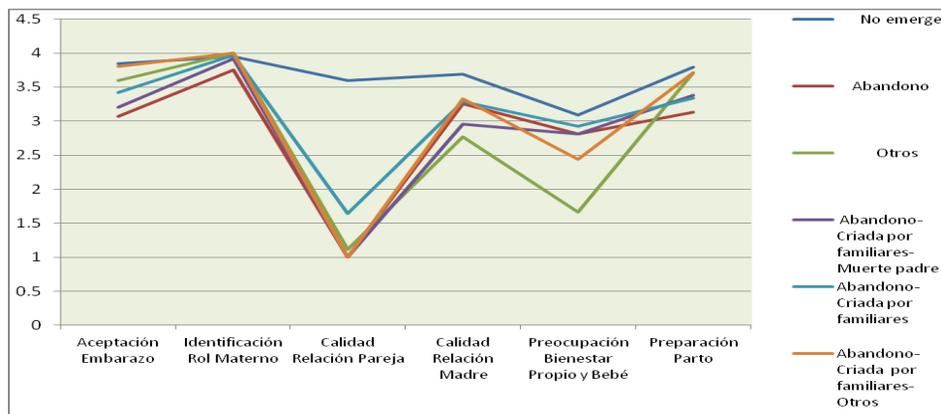


Gráfico 43. Diferencias de medias de conflicto materno infantil y dimensiones de la variable rol materno

El análisis indicó diferencias significativas en las dimensiones de la variable rol materno entre grupos de problemas psicológicos durante el embarazo como suceso significativo de vida [F de Hotelling (6,691) = 2,354; $p = 0,000$]. Estas se presentaron en las dimensiones *aceptación de embarazo* [F (2,354) = 6,559; $p = 0,000$], *calidad de la relación con la pareja* [F (2,354) = 4,204; p

= 0,001], *calidad de la relación con la madre* [$F(2,543) = 2,261; p = 0,033$], y *preparación al parto* [$F(2,354) = 3,688; p = 0,002$].

Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por los grupos *temor a la salud del bebé-angustia-temor al parto*, *temor a la salud del bebé-angustia-otros* y *otros* en la dimensión *calidad de la relación con la pareja*; asimismo por el grupo *otros* en la dimensión *preparación al parto*. En la dimensión *aceptación del embarazo* y *calidad de la relación con la madre* los puntajes más bajos fueron obtenidos por el grupo *temor a la salud del bebé- temor al parto* (tabla A-B 50 en anexo 8; gráfico 44).

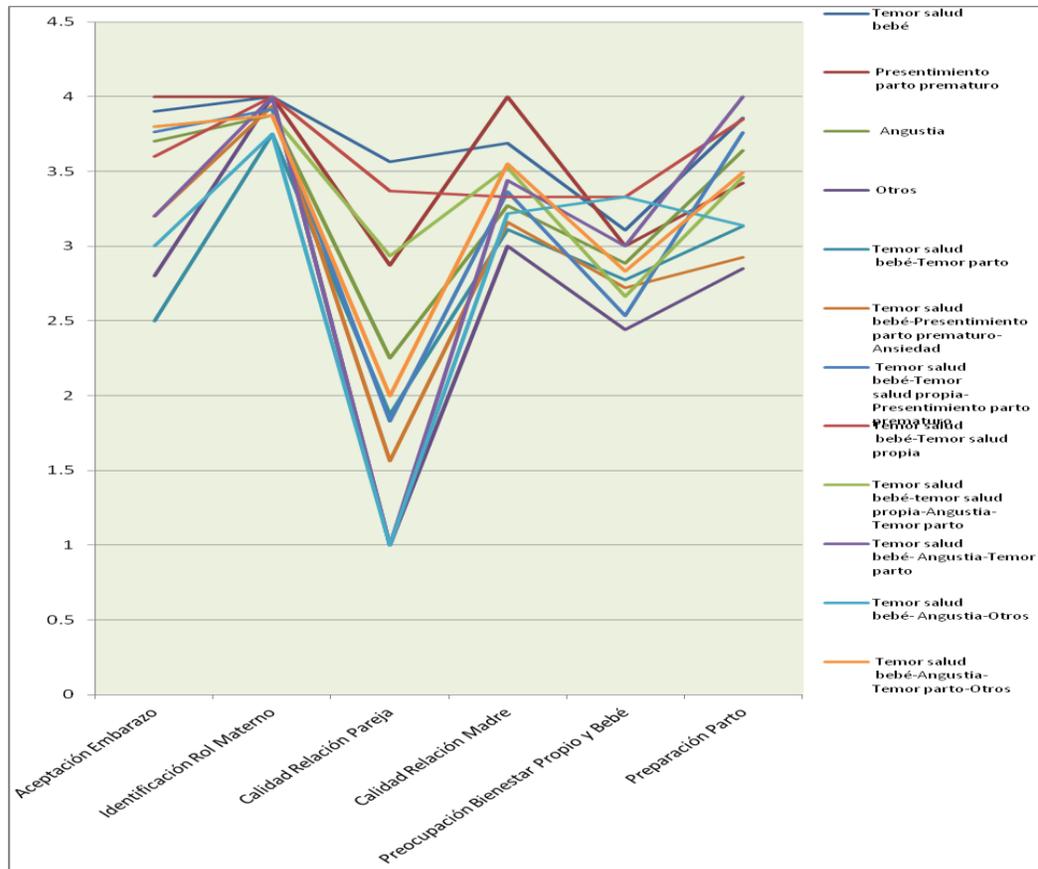


Gráfico 44. Diferencias de medias de problemas psicológicos durante el embarazo y dimensiones de la variable rol materno

9. Análisis de la Variable Percepciones Maternas

En este apartado se detallan los análisis descriptivos de la variable percepciones maternas con el objetivo de evaluar su distribución muestral (tabla 51). Por último, se describen las correlaciones realizadas entre las subescalas de la Escala Mamá-Bebé

Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987).

9.1 Resultados Descriptivos

Con respecto al comportamiento del infante alerta-interés, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: 3.57 media, 4.00 mediana, 4.00 moda, y 0.54 de desvío. Los resultados indican una tendencia media a percibir el comportamiento del bebé como alerta y con interés (gráfico 45).

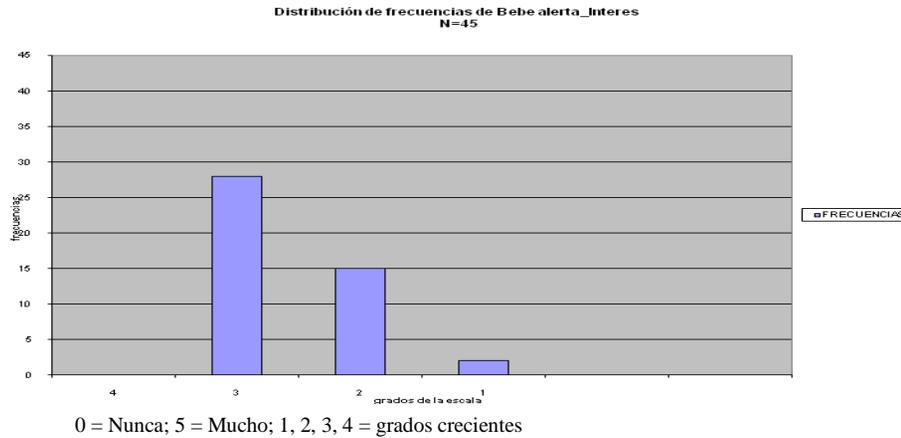


Gráfico 45. Percepciones maternas del comportamiento del bebé alerta-interés

Con respecto al comportamiento del infante inestable-irregular, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: 1.00 media, 1.00 mediana, 0.00 moda, y 1.02 de desvío. Los resultados indican una tendencia baja a percibir favorablemente el comportamiento del bebé (gráfico 46).

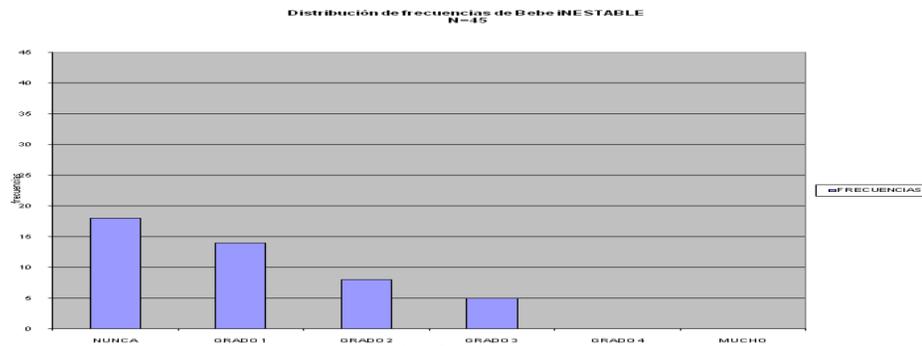


Gráfico 46. Comportamiento del infante inestable-irregular

Con respecto a falta de seguridad en el cuidado del bebé, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: 0.91 media, 1.00 mediana, 0.00 moda, y 1.01 de desvío. Los resultados indican una tendencia a percibir de manera favorable su capacidad de cuidar del bebé (gráfico 47).

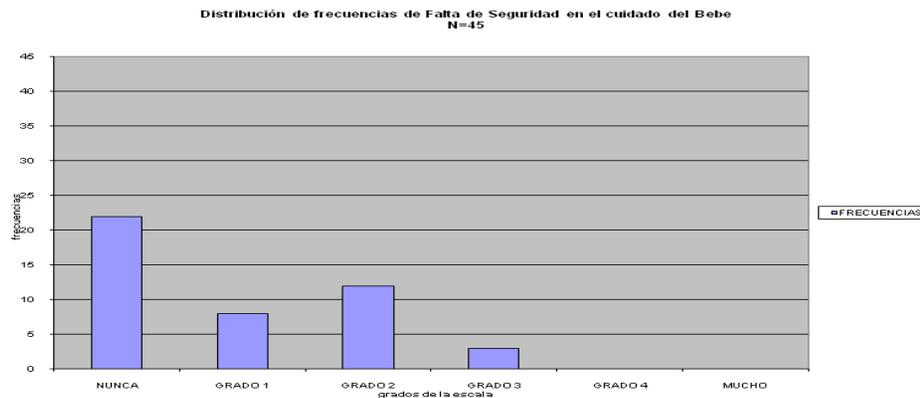


Grafico 47. Falta de seguridad en el cuidado del bebé

Con respecto a impresiones de la madre sobre sí misma, su nivel general de seguridad, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: media 1.70, mediana 2.66, moda 3.00, 1.61 de desvío. Los resultados indican que las madres perciben su nivel general de seguridad de manera muy favorable (gráfico 48).

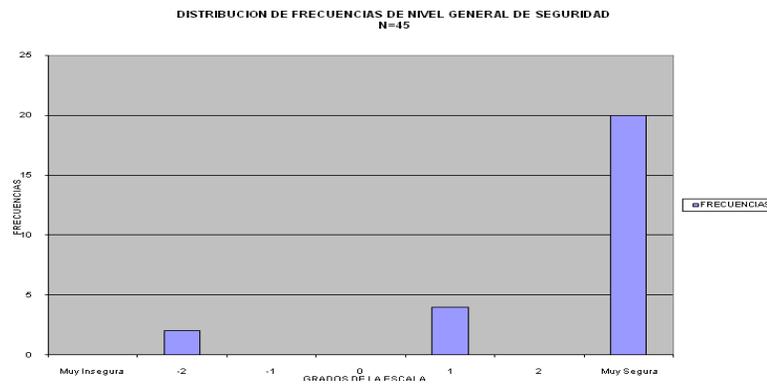


Gráfico 48. Nivel general de seguridad

Con respecto a impresiones de la madre sobre el bebé, el temperamento fácil, el análisis señala las siguientes medidas de tendencia central: media 1.46, mediana 2.00, moda 3.00, desvío 1.73. Los resultados indican una tendencia a percibir el temperamento del bebé como muy fácil (gráfico 49).

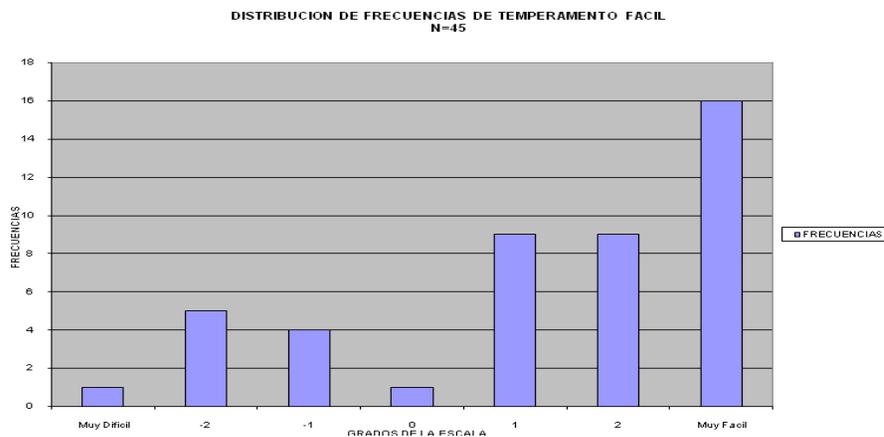


Gráfico 49. Temperamento fácil

Tabla 51. Medidas de tendencia central de percepciones maternas

	Bebé Alerta- Interés	Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	Nivel General de Seguridad	Temperamento Fácil	Bebé Inestable- Irregular
Media	35.778	0.9111	17.027	14.627	10.000
Mediana	40.000	10.000	26.600	20.000	10.000
Moda	4.000	0.000	3.000	3.000	0.000
Desv. tip.	0.5430	101.852	161.211	173.470	102.247

9.2. Análisis Dimensional de la Variable Percepciones Maternas

Con el objetivo de evaluar la relación entre las dimensiones de la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) se utilizó el coeficiente r de correlación de Pearson para variables cuyo nivel de medición es por intervalo (tabla 52). Se obtuvo correlaciones directas e inversas significativas al 1% entre las dimensiones de la prueba. Se destacan las siguientes correlaciones directas: percepción del temperamento fácil y nivel general de seguridad ($r = 0,840$; $p = 0,000$); percepción del comportamiento

inestable-irregular y falta de seguridad en el cuidado del bebé ($r = 0,814$; $p = 0,000$); percepción del comportamiento del bebé alerta-interés y temperamento del bebé fácil ($r = 0,557$; $p = 0,000$); percepción del comportamiento del bebé alerta-interés y nivel general de seguridad ($r = 0,515$; $p = 0,000$). Asimismo, se destacan las siguientes correlaciones inversas: percepción del temperamento fácil y falta de seguridad en el cuidado del bebé ($r = -0,831$; $p = 0,000$); percepción materna del comportamiento inestable-irregular del bebé y percepción materna del temperamento fácil del bebé ($r = -0,794$; $p = 0,000$); percepción materna de falta de seguridad en el cuidado del bebé y nivel general de seguridad ($r = -0,790$; $p = 0,000$).

Tabla 52. Correlaciones de las dimensiones de percepciones maternas

	Bebé Inestable-Irregular	Temperamento Fácil	Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	Nivel General de Seguridad
Bebé Alerta-Interés	-.481(**)	.557(**)	-.503(**)	.515(**)
	.000	.000	.000	.000
Bebé Inestable-Irregular		-.794(**)	.814(**)	-.709(**)
		.000	.000	.000
Temperamento Fácil			-.831(**)	.840(**)
			.000	.000
Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé				-.790(**)
				.000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral)

10. Análisis Correlacional de las Variables Percepciones Maternas y Rol Materno

Con el objetivo de evaluar las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé en función del desarrollo del rol materno, se realizó un análisis utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 53). Se obtuvo correlaciones directas e indirectas estadísticamente significativas al 1% y 5%. Se destacan las siguientes correlaciones directas: percepción materna de su nivel general de seguridad y calidad de la relación con la pareja ($r = 0,712$; $p = 0,000$); percepción materna del temperamento fácil del bebé y preparación al parto ($r = 0,682$; $p = 0,000$). Asimismo, se destacan las siguientes correlaciones indirectas: percepción materna de falta de seguridad en el cuidado del bebé y calidad de la relación con la pareja ($r = -0,689$; $p = 0,000$); percepción materna del comportamiento inestable-irregular del bebé y calidad de la relación con la pareja ($r = -0,659$; $p = 0,000$).

Tabla 53. Percepciones maternas en función del desarrollo del rol materno

	Bebé Alerta- Interés	Bebé Inestable- Irregular	Temperamento Fácil	Falta Seguridad en Cuidado del Bebé	Nivel General de Seguridad
	45	45	45	45	45
Aceptación Embarazo	.476(**)	-.553(**)	.666(**)	-.576(**)	.565(**)
	.001	.000	.000	.000	.000
Identificación Rol Materno	.036	-.329(*)	.266	-.266	.118
	.815	.027	.077	.077	.441
Calidad Relación Madre	.563(**)	-.637(**)	.498(**)	-.503(**)	.520(**)
	.000	.000	.001	.000	.000
Calidad Relación Pareja	.617(**)	-.659(**)	.590(**)	-.689(**)	.712(**)
	.000	.000	.000	.000	.000
Preparación al Parto	.365(*)	-.586(**)	.682(**)	-.583(**)	.600(**)
	.014	.000	.000	.000	.000
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	.070	-.352(*)	.190	-.227	.201
	.650	.018	.211	.134	.185

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

11. Análisis de la Variable Percepciones Maternas y Factores de Riesgo Psicosocial

Con el objetivo de evaluar si existían diferencias en la percepción materna sobre sí misma como madre (NGS; nivel general de seguridad de la madre), y sobre el bebé (temperamento fácil) en función de los sucesos significativos de vida adversos de la variable factores de riesgo psicosocial, se realizó un análisis de varianza unidireccional *one way* (ANOVA). Los datos revelaron diferencias

significativas en las percepciones maternas sobre sí misma y sobre el bebé en función de los sucesos de vida adversos. Las tablas de comparación de los valores medios y desviaciones estándares para los grupos se presentan en anexo 9.

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 6,442; p = 0,000$), entre los grupos de situación de pareja como suceso significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *problemas con pareja anterior* (tabla 54; gráfico 50). Se obtuvo diferencias significativas en la percepción materna sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 8,642; p = 0,000$), entre los grupos de situación de pareja como suceso significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *separación durante el embarazo-violencia familiar* (tabla 54 en anexo 9; gráfico 50).

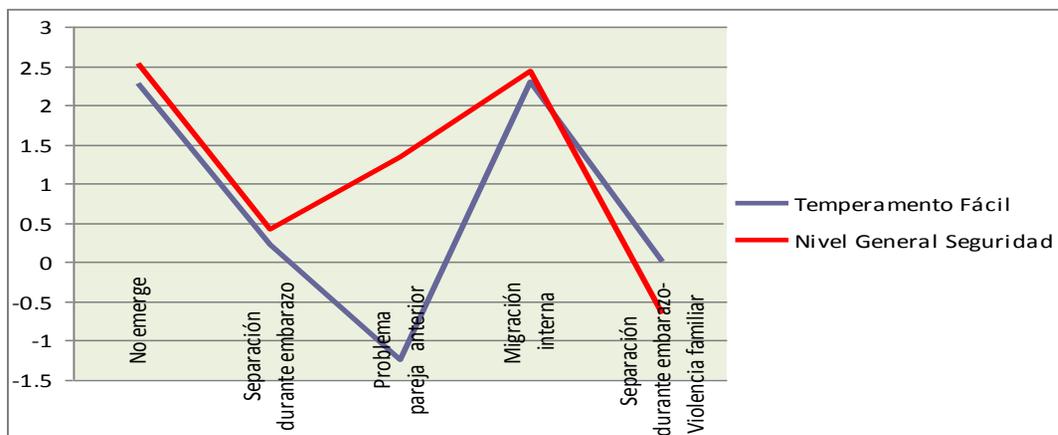


Gráfico 50. Diferencias de medias de los grupos de situación de pareja respecto a la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 7,431$; $p = 0,009$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 6,786$; $p = 0,003$), entre ambos grupos de muertes como suceso significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *otros familiares* (tabla 55; gráfico 51).

Tabla 55. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de muertes con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Muertes				<i>F</i>	<i>p</i>
	No emerge		Otros familiares			
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	1.745	1.594	-0.071	1.771	7.431	0.009
Nivel General de Seguridad	1.955	1.483	0.331	0.169	1.005	0.003

gl = 1

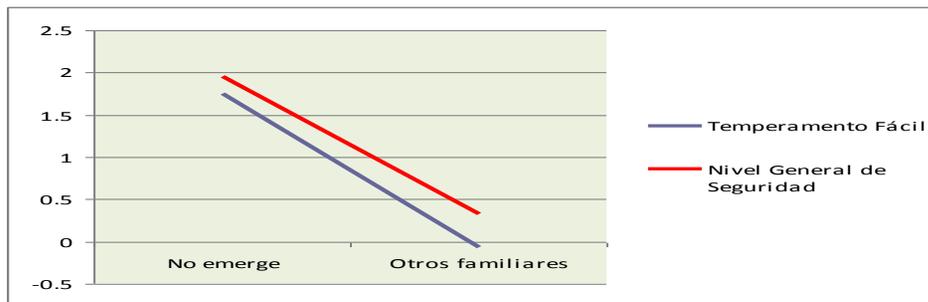


Gráfico 51. Diferencias de medias de los grupos de muertes como suceso significativo de vida respecto a la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 4,139$; $p = 0,004$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 4,328$; $p = 0,003$), entre los grupos de problema social como suceso significativo de

vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *problema económico-violencia familiar* (tabla 56 en anexo 9; gráfico 52).

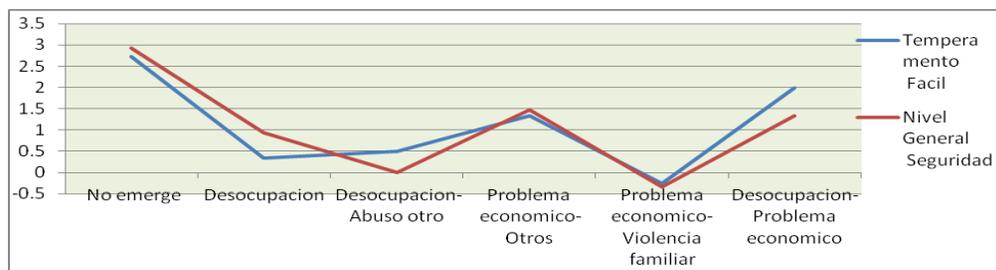


Gráfico 52. Diferencias de medias de los grupos de problema social respecto a la percepción materna sobre si misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 8,185; p = 0,000$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 6,673; p = 0,000$), entre los grupos de problema actual como suceso significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *mudanza-problemas familiares* (tabla 57 en anexo 9; gráfico 53).



Gráfico 53. Diferencias de medias de los grupos de problema actual respecto a la percepción materna sobre si misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 13,681$; $p = 0,001$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 9,086$; $p = 0,004$), entre ambos grupos de embarazo en sí mismo como suceso significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo con esta problemática (tabla 58; gráfico 54).

Tabla 58. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de embarazo en sí mismo con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	No		Si		<i>F</i>	<i>p</i>
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	2.150	1.304	0.430	1.818	13.681	0.001
Nivel General de Seguridad	2.246	1.533	0.887	1.398	9.086	0.004

gl = 1

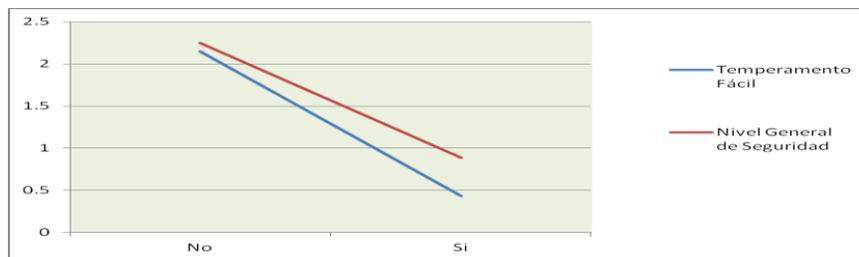


Gráfico 54. Diferencias de medias de los grupos de embarazo en sí respecto a la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 18,928$; $p = 0,000$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 23,517$; $p = 0,000$), entre ambos grupos de parto en sí mismo como suceso

significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo que reporta esta problemática (tabla 59; gráfico 55).

Tabla 59. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de parto en sí mismo con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Parto en Sí Mismo				<i>F</i>	<i>p</i>
	No		Si			
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	2.739	0.417	0.758	1.786	18.928	0.000
Nivel General de Seguridad	2.978	0.085	0.998	1.623	23.517	0.004

gl = 1

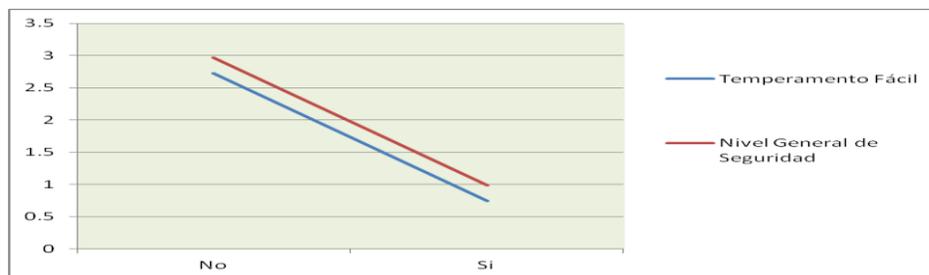


Gráfico 55. Diferencias de medias de los grupos de parto en sí mismo respecto a la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 14,887$; $p = 0,000$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 12,210$; $p = 0,000$), entre los grupos de conflicto materno infantil como suceso significativo de vida. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *abandono* (tabla 60 en anexo 9; gráfico 56).

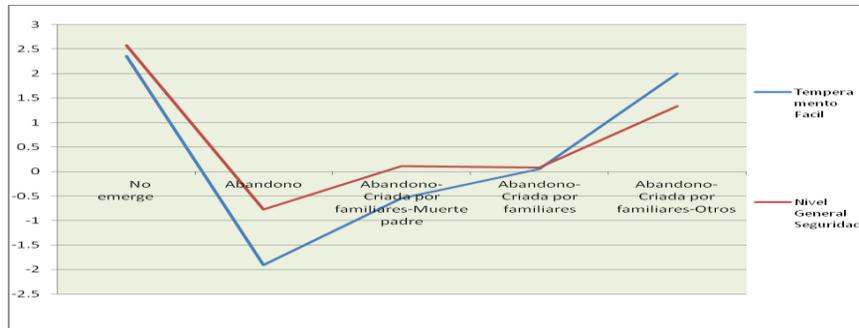


Gráfico 56. Diferencias de medias de los grupos de conflicto materno respecto a la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el bebé, temperamento fácil ($F = 3,400$; $p = 0,000$), y sobre sí misma, nivel general de seguridad ($F = 6,250$; $p = 0,000$), entre los grupos de problemas psicológicos durante el embarazo. Los puntajes más bajos de esta dimensión fueron los obtenidos por el grupo *temor a la salud del bebé-angustia-otros* (tabla A-B 61 en anexo 9; gráfico 57).

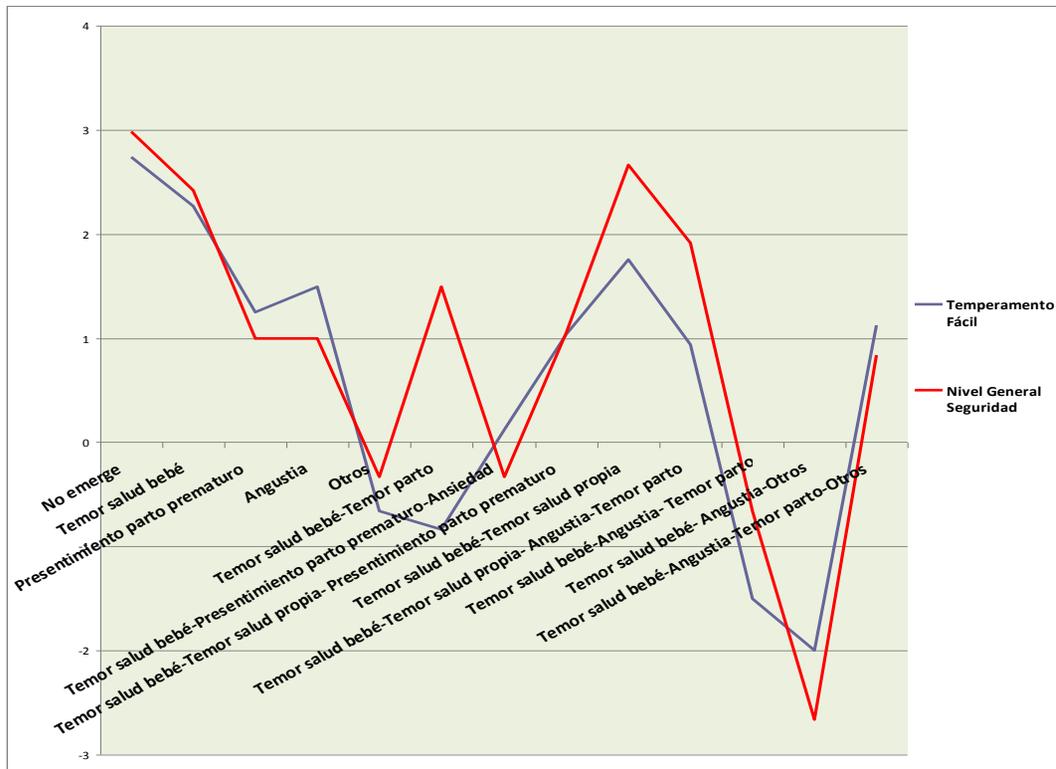


Gráfico 57. Diferencias de medias de los grupos de problemas psicológicos durante el embarazo respecto a la percepción materna sobre si misma y sobre el bebé

12. Análisis de las Dimensiones de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé

En este apartado se detallan los resultados del análisis descriptivo de las dimensiones de la prueba y, por último, se describen los resultados del análisis realizado a través de la prueba de coeficiente de correlación de Spearman.

12.1. Resultados Descriptivos

La función visual se basa en los comportamientos visuales que mantienen ambos miembros de la díada, los indicadores van de la mirada momentánea, no recíproca a la mirada mutua entre la madre y el bebé. Los resultados indican una tendencia alta de interacción visual (gráfico 58).

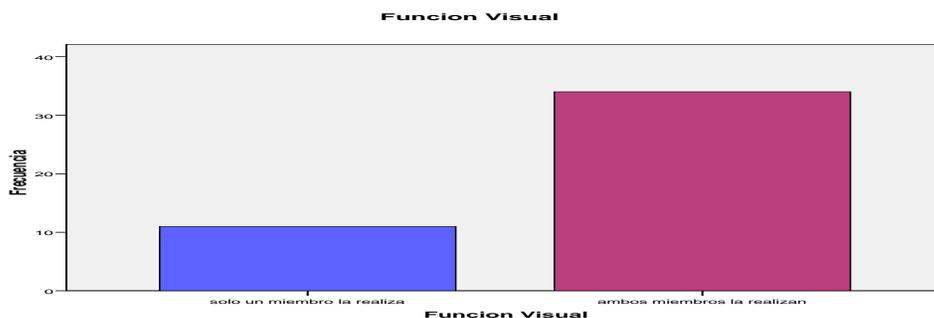


Gráfico 58. Función visual

La función corporal refiere a las conductas táctiles que mantienen ambos miembros de la díada. Estas pueden ser caricias, toque, abrazo, besos, juegos de exploración u otras expresiones táctiles ya sea por iniciativa de la madre o del bebé. Se toma en cuenta si ambos miembros de la díada “se tocan” realizando un intercambio de toques. Los resultados indican una tendencia alta de interacción corporal (gráfico 59).

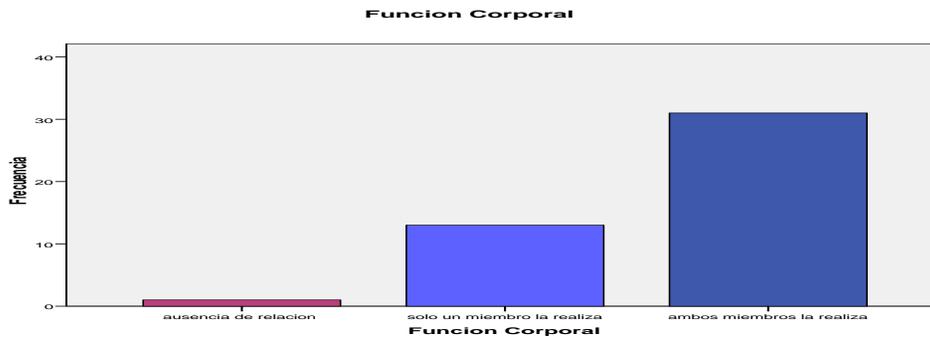


Gráfico 59. Función corporal

La función verbal se basa en las conductas verbales que mantienen ambos miembros de la díada. Se toma en cuenta lo que dice la madre (contenido), cómo lo dice (rasgos prosódicos), así como también desde el bebé los laleos y el balbuceo. Se toma en cuenta si ambos miembros de la díada “se hablan” a través de la palabra o de distintos sonidos. Los resultados indican una tendencia favorable en la función verbal diádica (gráfico 60).

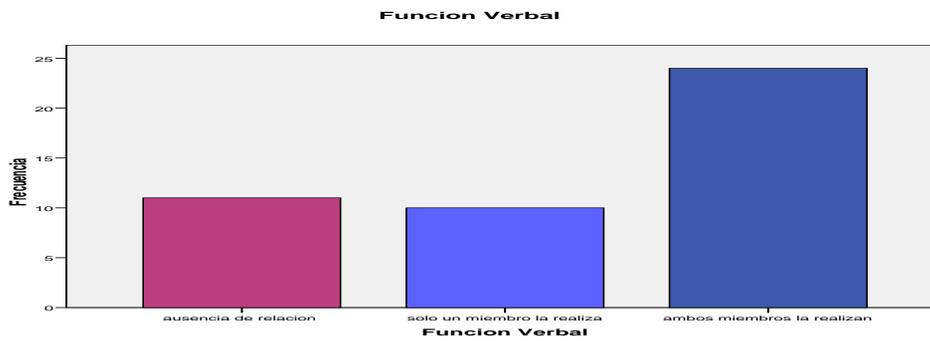


Gráfico 60. Función verbal

La función sostén se basa en las conductas posturales que mantienen ambos miembros de la díada. Se toma en cuenta de parte de la madre la respuesta positiva a sostener al bebé, y la disposición postural para el amoldamiento del bebé en sus brazos o cerca de su cuerpo. De parte del bebé, se toma en cuenta la respuesta positiva a acurrucarse en los brazos de la madre, y la actitud de la madre de sostenerlo en brazos. Los resultados indican una tendencia favorable en la función sostén (gráfico 61).

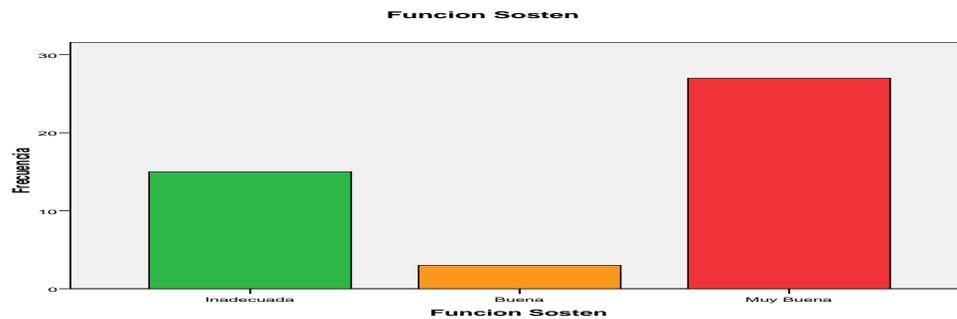


Gráfico 61. Función sostén

La comunicación visual se basa en la calidad de los comportamientos visuales que mantienen ambos miembros de la díada, refiere a los intercambios visuales en los cuales la madre y el bebé reciben y emiten mensajes con otro por medio del canal visual. Los resultados señalan mayor frecuencia de comunicación muy buena, seguido por inadecuada (gráfico 62).

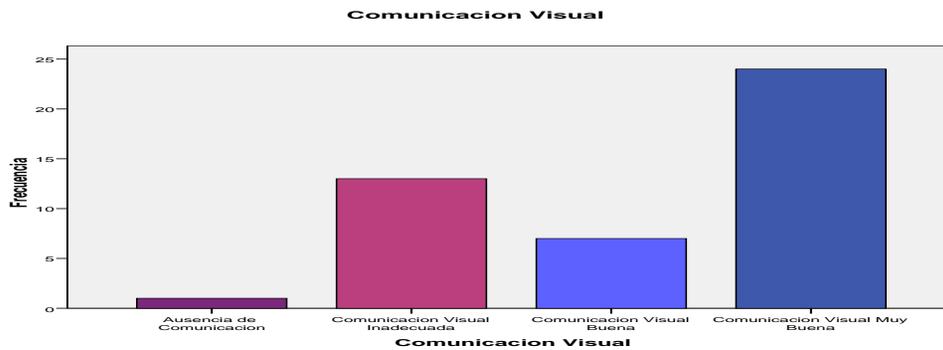


Gráfico 62. Comunicación visual

La comunicación corporal se basa en la calidad de los comportamientos corporales que mantienen ambos miembros de la díada. Refiere a los intercambios entre la madre y el bebé en los que ambos reciben y emiten mensajes por medio de movimientos y posturas. Los resultados indican mayor frecuencia de comunicación corporal muy buena, seguido por inadecuada (gráfico 63).

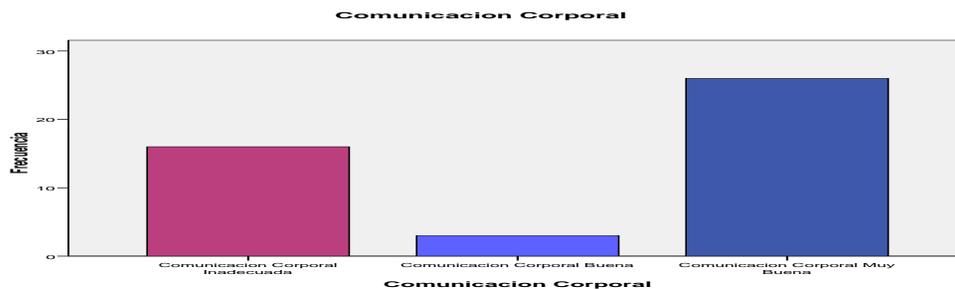


Gráfico 63. Comunicación corporal

La comunicación verbal se basa en la calidad de los intercambios verbales que mantienen ambos miembros de la díada, en los cuales la madre y el bebé reciben y emiten mensajes metaverbales. Los resultados indican mayor frecuencia de comunicación muy buena, seguido de forma pareja por inadecuada y ausencia (gráfico 64).

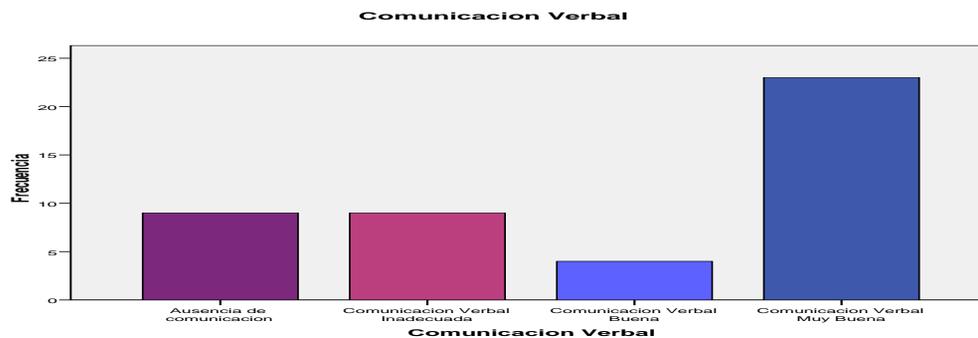


Gráfico 64. Comunicación verbal

12.2. Análisis Correlacional Dimensional de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé

El análisis de las dimensiones de la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001) se realizó utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Se obtuvo correlaciones significativas directas al 1% entre todas las dimensiones de la prueba (tabla 62). Se destaca la correlación entre comunicación corporal y función sostén ($\rho = 0,961$; $p = 0,001$); comunicación visual y comunicación corporal ($\rho = 0,944$; $p = 0,001$); comunicación corporal y comunicación verbal ($\rho = 0,932$; $p = 0,001$); comunicación verbal y función sostén ($\rho = 0,924$; $p = 0,001$); comunicación visual y función sostén ($\rho = 0,919$; $p = 0,001$); comunicación visual y

comunicación verbal ($\rho = 0,879$; $p = 0,001$); función verbal y comunicación verbal ($\rho = 0,879$; $p = 0,001$); función verbal y función sostén ($\rho = 0,840$; $p = 0,001$).

Tabla 62. Correlaciones de las dimensiones de relación temprana madre-bebé

	Función Corporal	Función Verbal	Com. Visual	Com. Corporal	Com. Verbal	Función Sostén
Función Visual	.741(**)	.728(**)	.756(**)	.727(**)	.738(**)	.760(**)
Función Corporal	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Función Verbal		.744(**)	.761(**)	.816(**)	.784(**)	.819(**)
Comunicación Visual		.000	.000	.000	.000	.000
Comunicación Corporal			.789(**)	.839(**)	.879(**)	.840(**)
Comunicación Verbal			.000	.000	.000	.000
				.944(**)	.879(**)	.919(**)
				.000	.000	.000
					.932(**)	.961(**)
					.000	.000
						.924(**)
						.000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

13. Análisis Correlacional Dimensional entre la Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS; Wolke & St. James-Roberts, 1987) y la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001)

El análisis se realizó utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, se detectaron correlaciones directas e indirectas significativas al 1%. Las correlaciones directas se obtuvieron entre las dimensiones de las percepciones maternas nivel general de seguridad, temperamento fácil y comportamiento del bebé alerta con interés en función de las dimensiones de la relación temprana. En

tanto, se obtuvieron correlaciones indirectas entre las dimensiones percepción materna sobre el comportamiento del bebé inestable-irregular, falta de seguridad en el cuidado del bebé y las dimensiones de la relación temprana (tabla 63).

Tabla 63. Correlaciones de las dimensiones de la variable percepciones maternas y relación temprana madre-bebé

	Función Visual	Función Corporal	Función Verbal	Com. Visual	Com. Corporal	Com. Verbal	Función Sostén
Bebé Alerta-Interes	.558(**)	.510(**)	.638(**)	.487(**)	.527(**)	.536(**)	.573(**)
	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000
Bebé Inestable-Irregular	-.634(**)	-.714(**)	-.722(**)	-.790(**)	-.779(**)	-.804(**)	-.794(**)
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	-.582(**)	-.628(**)	-.694(**)	-.719(**)	-.725(**)	-.773(**)	-.733(**)
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Temperamento Fácil	.563(**)	.539(**)	.689(**)	.743(**)	.701(**)	.763(**)	.728(**)
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Nivel General de Seguridad	.626(**)	.657(**)	.756(**)	.816(**)	.840(**)	.860(**)	.847(**)
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

** la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En función de los datos obtenidos se realizó un análisis de varianza ANOVA con el objetivo de examinar diferencias significativas entre grupos en las percepciones maternas en función del vínculo madre-bebé. Los datos revelaron diferencias estadísticamente significativas al 1% en las percepciones maternas en función del vínculo madre-bebé. Las tablas 64-70 presentan la comparación de los valores medios y desviaciones estándares para los grupos de vínculo madre-bebé.

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 24,285$; $p = 0,000$), *inestable-irregular* ($F = 34,956$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 25,692$; $p = 0,000$), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 32,421$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 31,628$; $p = 0,000$) entre los grupos de función visual. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de función visual cuando un solo miembro la realiza en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 64; gráfico 65).

Tabla 64. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de función visual con respecto a las percepciones maternas

	Función Visual				<i>F</i>	<i>p</i>
	Solo un miembro la realiza		Ambos miembros la realizan			
	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	3.520	0.401	4.121	0.334	24.285	0.000
Bebé Inestable-Irregular	2.578	0.617	1.083	0.759	34.956	0.000
Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	2.408	0.872	0.912	0.843	25.692	0.000
Temperamento Fácil	-0.514	1.844	2.102	1.12	32.421	0.000
Nivel General Seguridad	-0.121	1.547	2.292	1.127	31.628	0.000

gl inter-grupos = 1
gl intra-grupos = 43

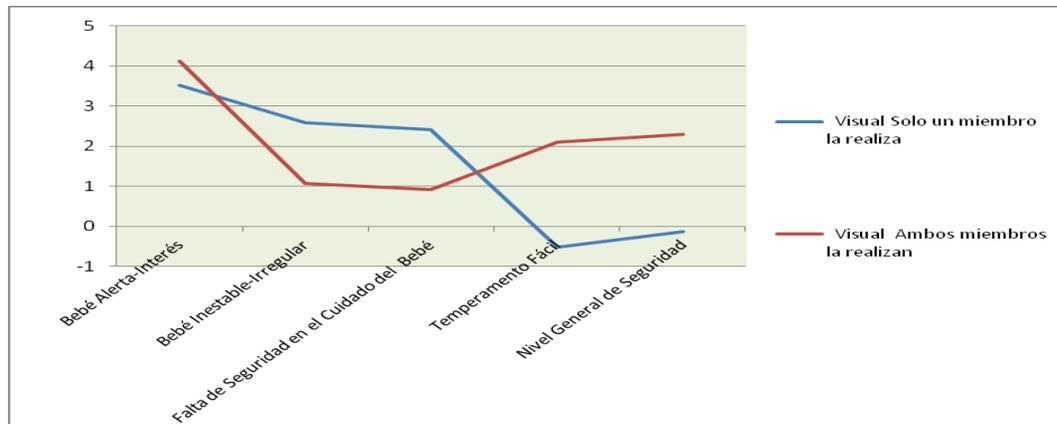


Gráfico 65. Percepciones maternas en función de los grupos de función visual

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 12,614$; $p = 0,000$), *inestable-irregular* ($F = 27,166$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 19,074$; $p = 0,000$), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 18,350$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 15,675$; $p = 0,000$) entre los grupos de función corporal. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de función corporal cuando un solo miembro la realiza en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 65; gráfico 66).

Tabla 65. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de función corporal con respecto a las percepciones maternas

	Función Corporal						F	p
	Ausencia de relación		Solo uno la realiza		Ambos miembros la realizan			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	4.370	0.000	3.565	0.339	4.133	0.365	12.614	0.000
Bebé Inestable-Irregular	2.060	0.000	2.550	0.666	0.966	0.651	27.166	0.000
Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	1.300	0.000	2.410	0.806	0.803	0.779	19.074	0.000
Temperamento Fácil	3.000	0.000	-0.365	1.636	2.179	1.133	18.350	0.000
Nivel General Seguridad	1.660	0.000	0.762	1.405	2.386	1.180	15.675	0.000

gl inter-grupos = 2
gl intra-grupos = 42

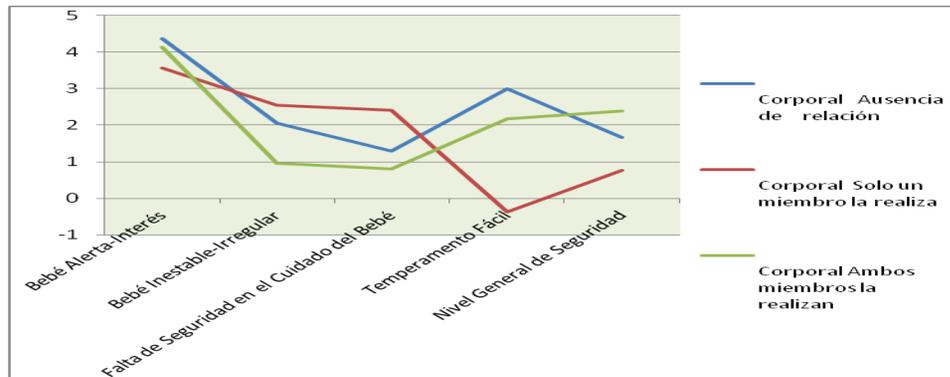


Gráfico 66. Percepciones maternas en función de los grupos de función corporal

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 16,502$; $p = 0,000$), *inestable-irregular* ($F = 24,994$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 20,807$; $p = 0,000$), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 18,915$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 22,941$; $p = 0,000$) entre los

grupos de función verbal. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de función verbal cuando hay ausencia de relación en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 66; gráfico 67).

Tabla 66. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de función verbal con respecto a las percepciones maternas

	Función Verbal						F	p
	Ausencia de relación		Solo un miembro la realiza		Ambos miembros la realizan			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	3.498	0.224	3.972	0.481	4.194	0.299	16.502	0.000
Bebé Inestable-Irregular	2.579	0.619	1.608	0.797	0.864	0.637	24.994	0.000
Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	2.436	0.832	1.510	0.829	0.651	0.716	20.807	0.000
Temperamento Fácil	-0.409	1.661	1.158	1.713	2.447	0.824	18.915	0.000
Nivel General Seguridad	-0.091	1.481	1.332	1.411	2.679	0.801	22.941	0.000

gl inter-grupos = 2
gl intra-grupos = 42

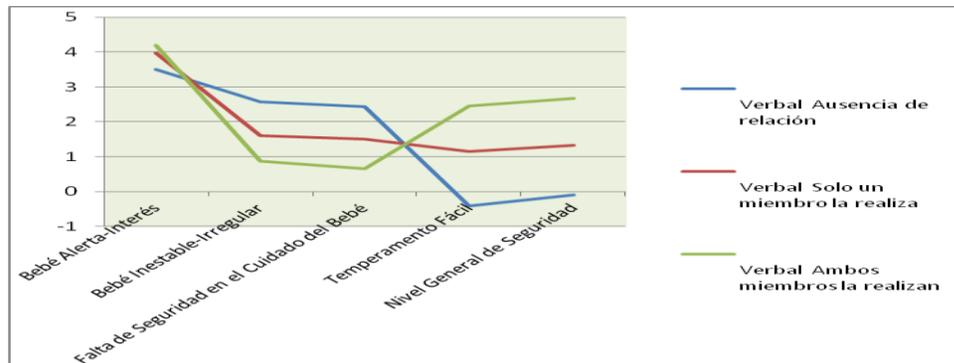


Gráfico 67. Percepciones maternas en función de los grupos de función verbal

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 5,427$; $p = 0,003$), *inestable-irregular* ($F = 25,390$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 17,977$; $p =$

0,000), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 23,897$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 29,748$; $p = 0,000$) entre los grupos de comunicación visual. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de ausencia de comunicación visual en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 67; gráfico 68).

Tabla 67. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de comunicación visual con respecto a las percepciones maternas

	Comunicación Visual								<i>F</i>	<i>p</i>
	Ausencia de Comunicación		Comunicación Inadecuada		Comunicación Buena		Comunicación Muy Buena			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	3.250	0.000	3.700	0.4771	3.944	0.516	4.162	0.265	5.427	0.003
Bebé Inestable-Irregular	3.200	0.000	2.354	0.678	1.910	0.900	0.750	0.422	25.390	0.000
Falta de Seguridad en el Cuidado del Bebé	3.230	0.000	2.258	0.776	1.545	0.966	0.588	0.6122	17.977	0.000
Temperamento Fácil	-3.000	0.000	-0.179	1.578	1.367	1.262	2.565	0.615	23.897	0.000
Nivel General Seguridad	1.660	0.000	-0.256	1.418	1.615	0.870	2.790	0.563	29.748	0.000

gl inter-grupos = 3

gl intra-grupos = 41

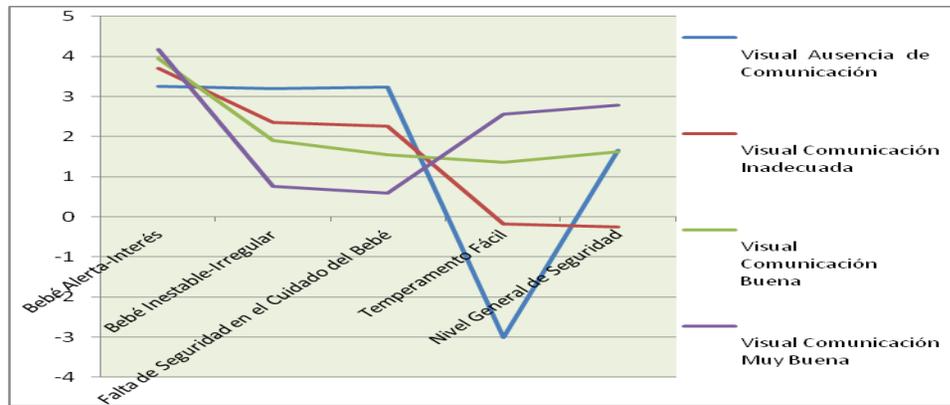


Gráfico 68. Percepciones maternas en función de los grupos de comunicación visual

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 9,750$; $p = 0,000$), *inestable-irregular* ($F = 32,288$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 25,153$; $p = 0,000$), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 22,777$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 38,782$; $p = 0,000$) entre los grupos de comunicación corporal. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de comunicación corporal inadecuada en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 68; gráfico 69).

Tabla 68. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de comunicación corporal con respecto a las percepciones maternas

	Comunicación Corporal						F	P
	Comunicación Inadecuada		Comunicación Buena		Comunicación Muy Buena			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	3.670	0.441	3.830	0.618	4.179	0.281	9.750	0.000
Bebé Inestable-Irregular	2.362	0.659	2.086	1.196	0.812	0.526	32.288	0.000
Falta de Seguridad en Cuidado del Bebé	2.252	0.773	1.766	1.116	0.622	0.667	25.153	0.000
Temperamento Fácil	-0.088	1.77	0.666	1.773	2.509	0.638	22.777	0.000
Nivel General Seguridad	0.020	1.428	1.553	0.692	2.755	0.586	38.782	0.000

gl inter-grupos = 2
gl intra-grupos = 42

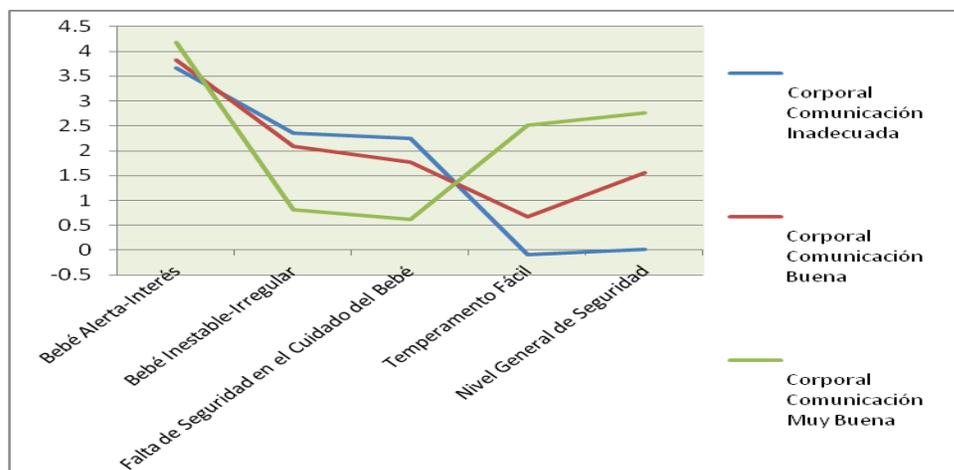


Gráfico 69. Percepciones maternas en función de los grupos de comunicación corporal

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 9,389$; $p = 0,000$), *inestable-irregular* ($F = 33,414$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 28,094$; $p = 0,000$), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 23,222$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 29,992$; $p = 0,000$) entre

los grupos de comunicación verbal. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de ausencia de comunicación verbal en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 69; gráfico 70)

Tabla 69. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de comunicación verbal con respecto a las percepciones maternas

	Comunicación Verbal								F	p
	Ausencia de Comunicación		Comunicación Inadecuada		Comunicación Buena		Comunicación Muy Buena			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	3.512	0.191	3.816	0.583	4.310	0.162	4.159	0.288	9.389	0.000
Bebé Inestable-Irregular	2.782	0.469	1.995	0.648	1.910	0.086	0.797	0.559	33.414	0.000
Falta de Seguridad en Cuidado del Bebé	2.747	0.399	1.768	0.720	0.880	0.520	0.580	0.674	28.094	0.000
Temperamento Fácil	-0.833	1.507	0.647	1.639	2.062	0.746	2.575	0.591	23.222	0.000
Nivel General de Seguridad	-0.371	1.501	0.665	1.126	2.247	0.875	2.825	0.491	29.992	0.000

gl inter-grupos = 3
gl intra-grupos = 41

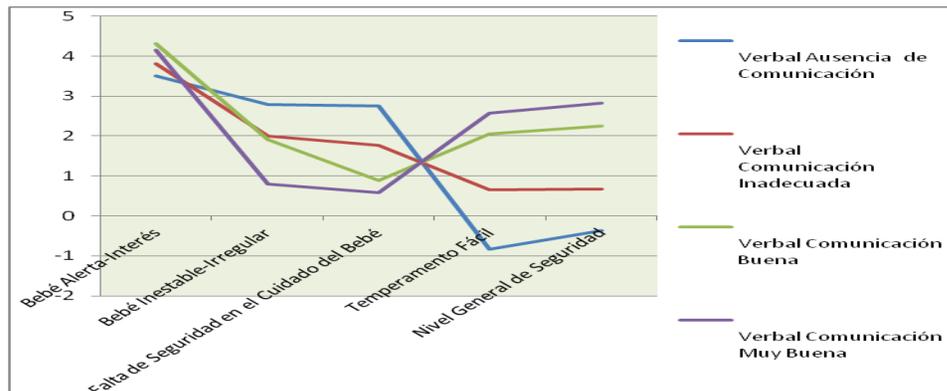


Gráfico 70. Percepciones maternas en función de los grupos de comunicación verbal

El análisis reveló diferencias significativas en la percepción materna sobre el *comportamiento del bebé alerta con interés*, ($F = 13,744$; $p = 0,000$), *inestable-irregular* ($F = 38,518$; $p = 0,000$), en su *falta de seguridad en el cuidado del bebé* ($F = 29,135$; $p = 0,000$), en el *temperamento fácil del bebé* ($F = 27,695$; $p = 0,000$), y en su *nivel general de seguridad* ($F = 46,167$; $p = 0,000$) entre los grupos de función sostén. Los puntajes más bajos fueron los obtenidos por el grupo de función sostén inadecuada en la dimensión *temperamento fácil* (tabla 70; gráfico 71).

Tabla 70. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de función sostén con respecto a las percepciones maternas

	Función Sostén						<i>F</i>	<i>p</i>
	Inadecuada		Buena		Muy Buena			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Bebé Alerta-Interés	3.598	0.448	3.996	0.332	4.181	0.276	13.744	0.000
Bebé Inestable-Irregular Falta de Seguridad	2.445	0.585	2.106	1.189	0.821	0.518	38.518	0.000
Cuidado del Bebé	2.285	0.778	2.123	0.771	0.625	0.654	29.135	0.000
Temperamento Fácil	-0.266	1.695	0.776	1.814	2.499	0.628	27.695	0.000
Nivel General Seguridad	-0.111	1.386	1.440	0.190	2.739	0.580	46.167	0.000

gl inter-grupos = 2
gl intra-grupos = 42

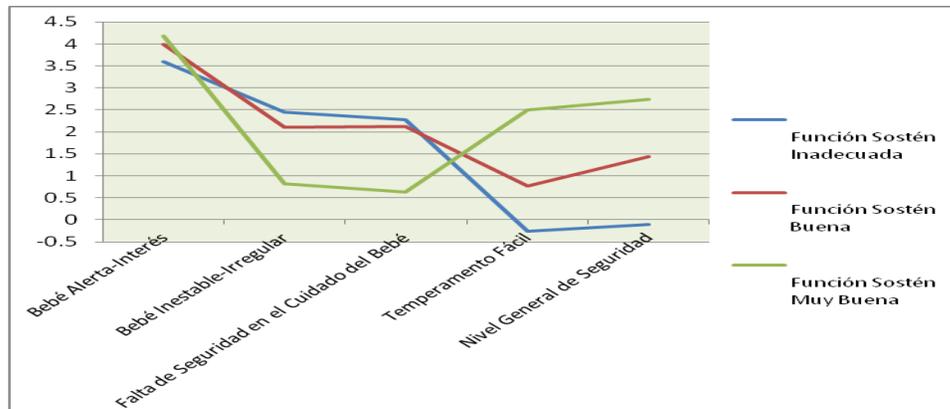


Gráfico 71. Percepciones maternas en función de los grupos de función sostén

14. Análisis de la Relación entre los Datos Sociodemográficos y la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé

Con el objetivo de detectar asociaciones entre los factores sociodemográficos: motivo de inmigración, nivel educativo, situación socioeconómica, y la relación temprana mamá-bebé se realizó un análisis de tabulaciones cruzadas a través del coeficiente de correlación e independencia de atributos de Pearson y la prueba *Chi* cuadrado (tabla 71). Las tablas de frecuencias observadas y esperadas (tablas 72-85) se presentan en anexo 10.

En función de motivo de emigración, el análisis reveló dependencia de atributos estadísticamente significativa con función verbal ($\chi^2 (2) = 7,253; p = 0,027; CC = 0.373$).

Con respecto al nivel educativo, el análisis reveló dependencia de atributos estadísticamente significativa entre las siguientes dimensiones del vínculo madre-bebé: comunicación verbal ($\chi^2 (15) = 29,090; p = 0,016; CC = 0.627$); función corporal ($\chi^2 (10) =$

24,946; $p = 0,005$; $CC = 0,597$); función verbal ($\chi^2 (10) = 24,009$; $p = 0,008$; $CC = 0,590$); función sostén ($\chi^2 (10) = 20,347$; $p = 0,026$; $CC = 0,558$); y función visual ($\chi^2 (5) = 17,511$; $p = 0,004$; $CC = 0,529$).

En función de estatus económico, el análisis reveló dependencia de atributos estadísticamente significativa en las siguientes dimensiones del vínculo temprano: comunicación verbal ($\chi^2 (3) = 19,670$; $p = 0,000$; $CC = 0,552$); función verbal ($\chi^2 (2) = 19,051$; $p = 0,000$; $CC = 0,545$); función corporal ($\chi^2 (2) = 17,443$; $p = 0,000$; $CC = 0,529$); función visual ($\chi^2 (1) = 16,639$; $p = 0,000$; $CC = 0,520$); función sostén ($\chi^2 (2) = 16,607$; $p = 0,000$; $CC = 0,519$); comunicación corporal ($\chi^2 (2) = 13,984$; $p = 0,001$; $CC = 0,487$); y comunicación visual ($\chi^2 (3) = 10,760$; $p = 0,013$; $CC = 0,439$).

Tabla 71. Relación temprana y datos sociodemográficos. Prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia

	Motivo de Emigración			Nivel Educativo			Estatus Económico				
	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.	χ^2	gl	p	Coef. Cont.	χ^2	gl	p	Coef. Cont.
Función Visual	2.682 (1)	0.101	0.237	17.511	5	0.004	0.529	16.639	1	0.000	0.520
Función Verbal	7.253 (2)	0.027	0.373	24.009	10	0.008	0.590	19.051	2	0.000	0.545
Función Corporal	3.744 (2)	0.154	0.277	24.946	10	0.005	0.597	17.443	2	0.000	0.529
Comunic. Visual	3.715 (3)	0.294	0.276	21.745	15	0.115	0.571	10.760	3	0.013	0.439
Comunic. Corporal	2.727 (2)	0.256	0.239	20.053	10	0.029	0.555	13.984	2	0.001	0.487
Comunic. Verbal	4.472 (3)	0.215	0.301	29.090	15	0.016	0.627	19.670	3	0.000	0.552
Función Sostén	2.368 (2)	0.306	0.224	20.347	10	0.026	0.558	16.607	2	0.000	0.519

15. Análisis de la Relación entre la Red de Sostén y la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé

Con el objetivo de detectar asociaciones entre la dimensión red de sostén, social y familiar, de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000), y las dimensiones de la Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé (Oiberman, 2001), que evalúa la relación temprana mamá-bebé, se realizó un análisis de tabulaciones cruzadas utilizando el coeficiente de contingencia y la prueba *Chi* cuadrado (tabla 86). Las tablas 87-100 presentan las frecuencias observadas y esperadas (anexo 10). El análisis reveló dependencia de atributos estadísticamente significativa entre red de sostén social y vínculo temprano en las siguientes dimensiones: comunicación verbal ($\chi^2 (9) = 35,610$; $p = 0,000$; $CC = 0,665$); comunicación visual ($\chi^2 (9) = 35,060$; $p = 0,000$; $CC = 0,662$); función sostén ($\chi^2 (6) = 27,573$; $p = 0,000$; $CC = 0,616$); función corporal ($\chi^2 (6) = 26,344$; $p = 0,000$; $CC = 0,608$); comunicación corporal ($\chi^2 (6) = 25,601$; $p = 0,000$; $CC = 0,602$); función verbal ($\chi^2 (6) = 23,905$; $p = 0,001$; $CC = 0,589$); y función visual ($\chi^2 (3) = 20,553$; $p = 0,000$; $CC = 0,560$).

Asimismo, el análisis reveló dependencia de atributos estadísticamente significativa entre red de sostén familiar y vínculo temprano: función corporal ($\chi^2 (4) = 28,573$; $p = 0,000$; $CC = 0,623$); función sostén ($\chi^2 (4) = 26,763$; $p = 0,000$; $CC = 0,611$); comunicación corporal ($\chi^2 (4) = 25,560$; $p = 0,000$; $CC = 0,602$); comunicación verbal ($\chi^2 (6) = 24,780$; $p = 0,000$; $CC = 0,596$); comunicación visual ($\chi^2 (6) = 24,732$; $p = 0,000$; $CC = 0,596$); función visual ($\chi^2 (2) = 22,660$; $p = 0,000$; $CC = 0,579$); y función verbal ($\chi^2 (4) = 19,885$; $p = 0,001$; $CC = 0,554$).

Tabla 86. Relación temprana y red de sostén social y familiar. Prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia

	Red de Sostén Social				Red de Sostén Familiar			
	X ²	gl	p	Coef. cont.	X ²	gl	p	Coef. cont.
Función Visual	20.553	3	0.000	0.560	22.660	2	0.000	0.579
Función Verbal	23.905	6	0.001	0.589	19.885	4	0.001	0.554
Función Corporal	26.344	6	0.000	0.608	28.573	4	0.000	0.623
Comunicación Visual	35.060	9	0.000	0.662	24.732	6	0.000	0.596
Comunicación Corporal	25.601	6	0.000	0.602	25.560	4	0.000	0.602
Comunicación Verbal	35.610	9	0.000	0.665	24.780	6	0.000	0.596
Función Sostén	27.573	6	0.000	0.616	26.763	4	0.000	0.611

16. Datos Descriptivos de Relación Madre-Bebé en Función de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial

Con el objetivo de evaluar la relación temprana madre-bebé en función de los factores de riesgo se utilizó en un primer momento del análisis estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias.

Los datos revelaron que las vicisitudes en el vínculo se observan ante embarazo no planificado, “*llego, vino sin avisar*”, (gráficos 92-98), donde se registra función sostén inadecuada en 14 de las díadas.

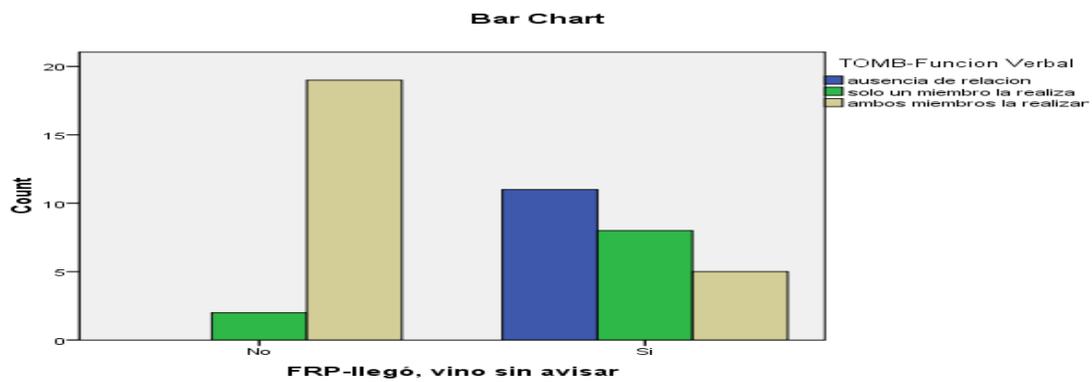


Gráfico 92. Planificación del embarazo y función verbal

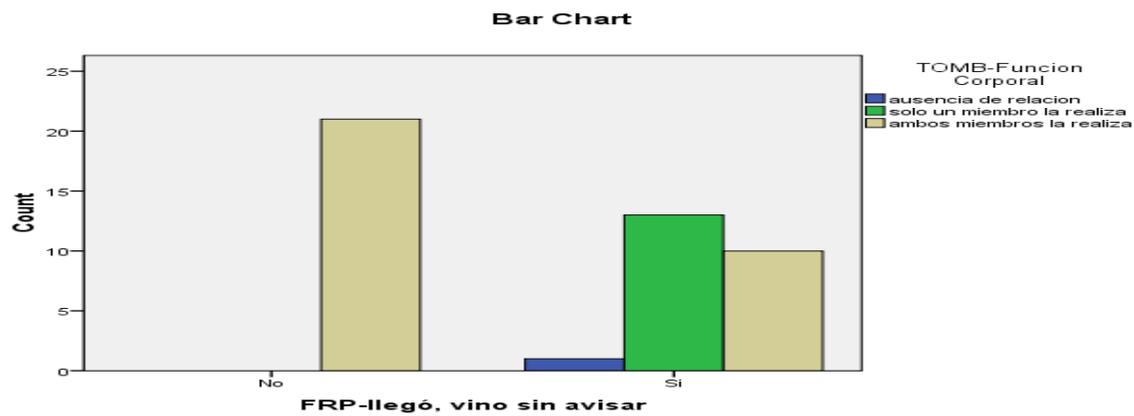


Gráfico 93. Planificación del embarazo y función corporal

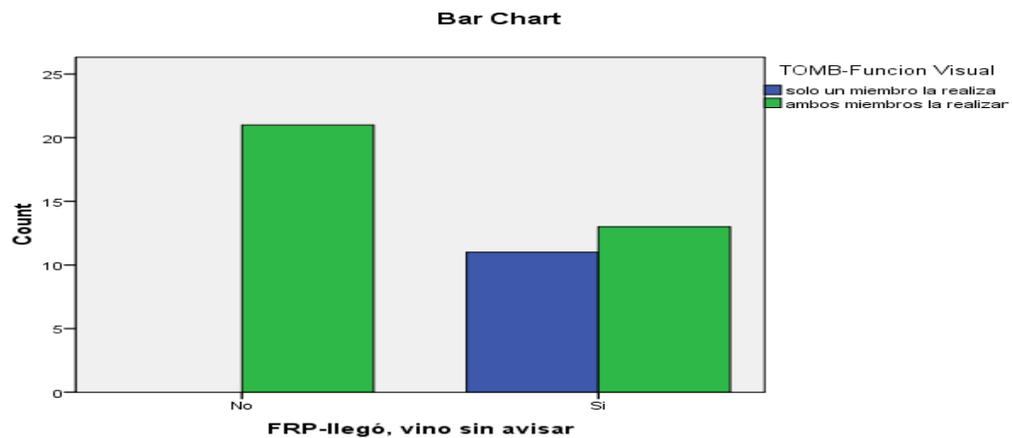


Gráfico 94. Planificación del embarazo y función visual

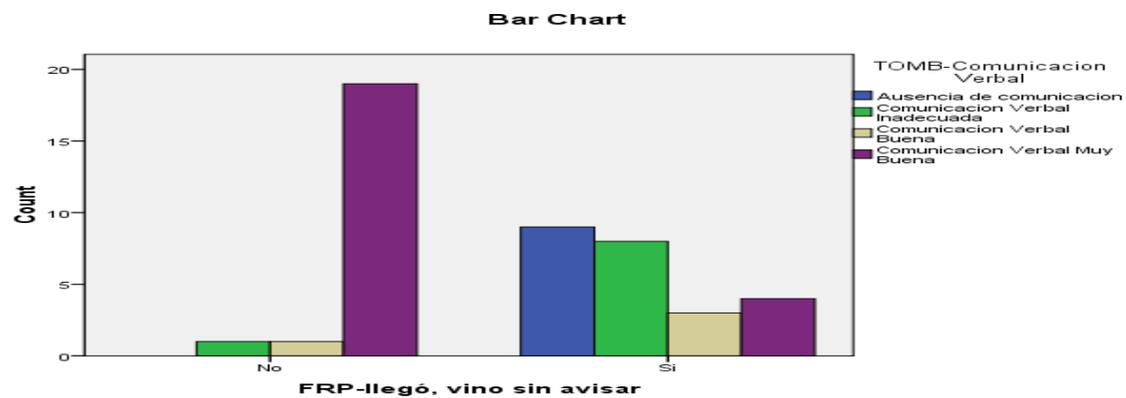


Gráfico 95. Planificación del embarazo y comunicación verbal

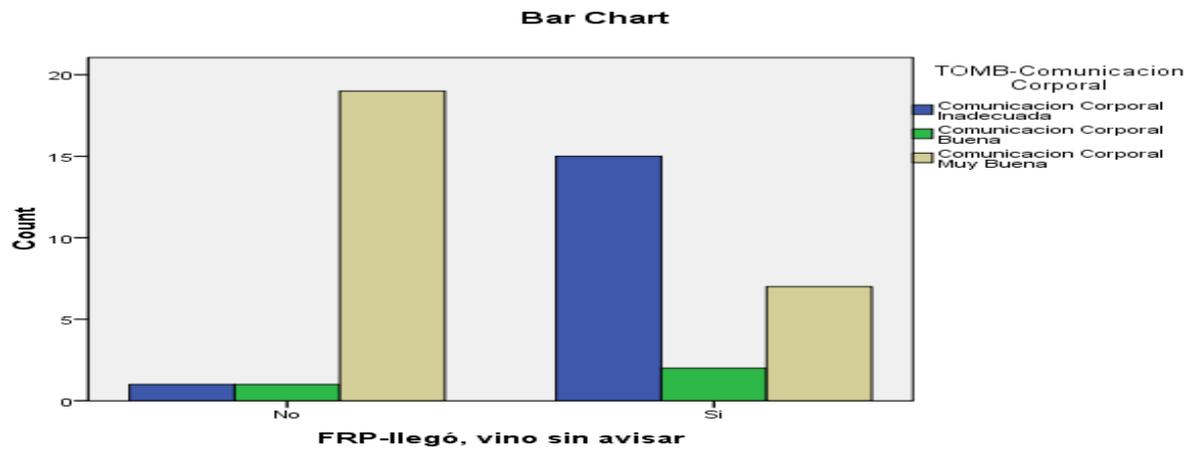


Gráfico 96. Planificación del embarazo y comunicación corporal

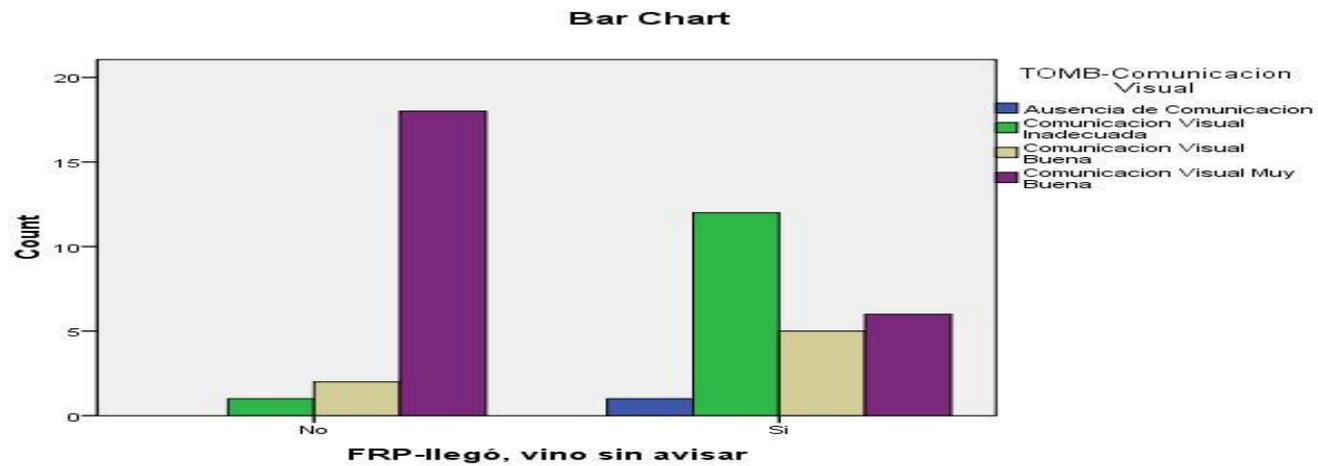


Gráfico 97. Planificación del embarazo y comunicación visual

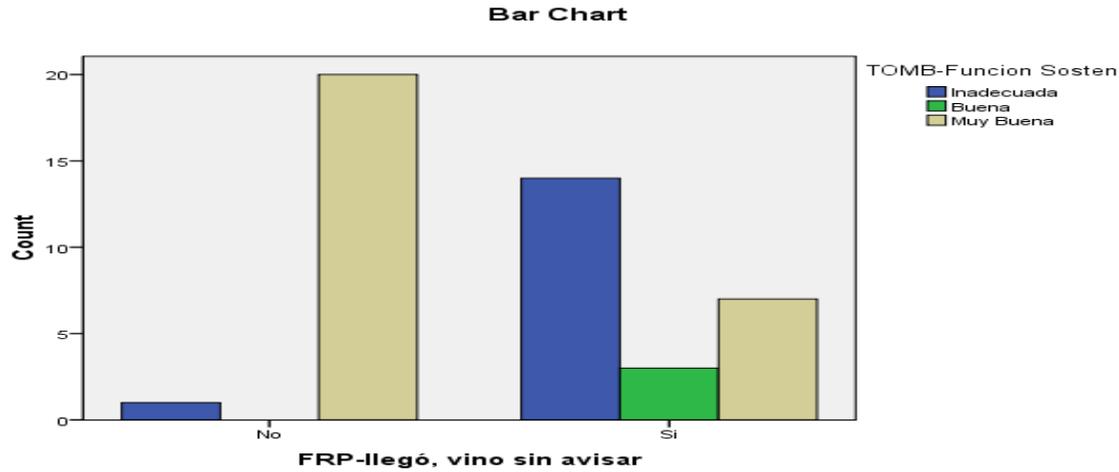


Gráfico 98. Planificación del embarazo y función sostén

Con respecto a emergencia de problemática con la pareja, se observa ausencia de relación ante *separación durante el embarazo* en función verbal, y ausencia de mutualidad en la interacción mayoritariamente en función corporal ante *separación durante el embarazo*, así como sostén inadecuado. Con respecto a comunicación, se detecta ausencia en registros verbal ante *separación durante el embarazo*. Ante *migración interna de la pareja* se presenta ausencia de respuesta mutua en la interacción verbal en 1 de las díadas (gráficos 99-105).

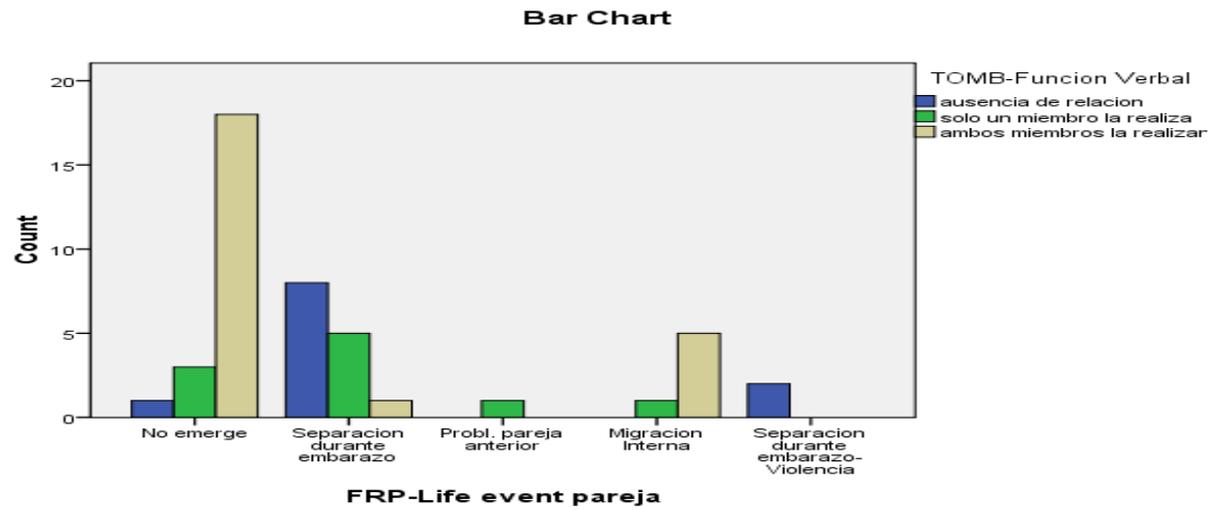


Gráfico 99. Problemática con la pareja y función verbal

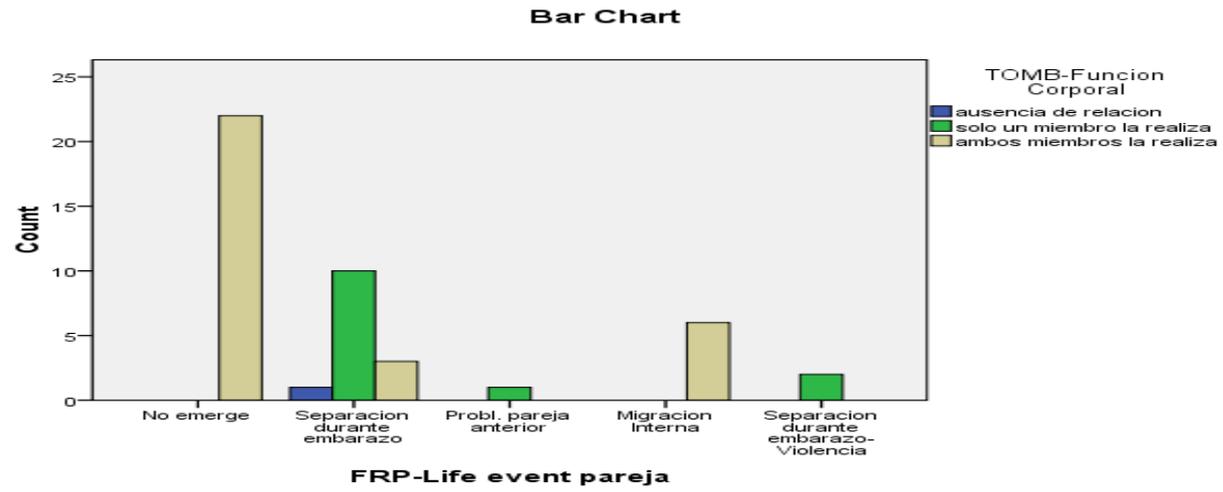


Gráfico 100. Problemática con la pareja y función corporal

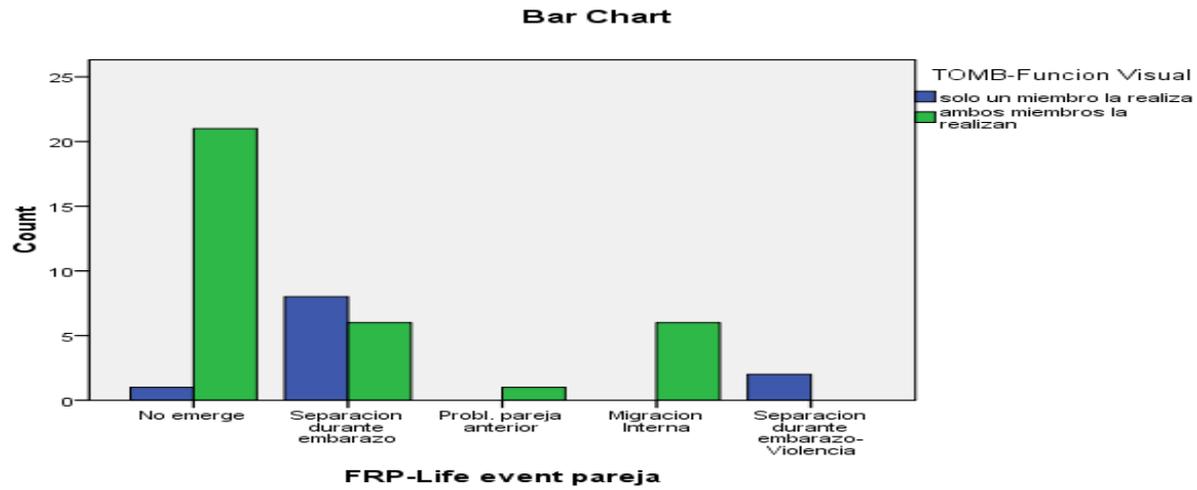


Gráfico 101. Problemática con la pareja y función visual

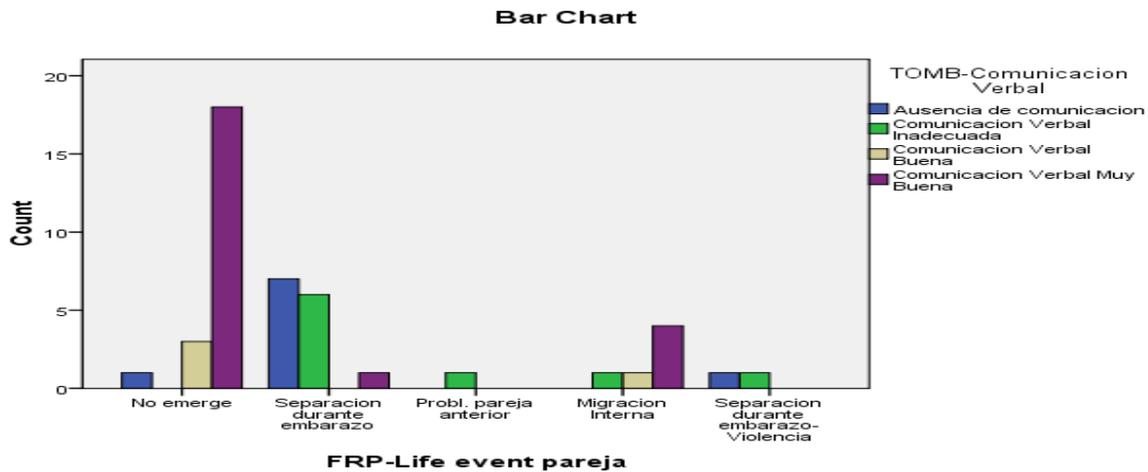


Gráfico 102. Problemática con la pareja y comunicación verbal

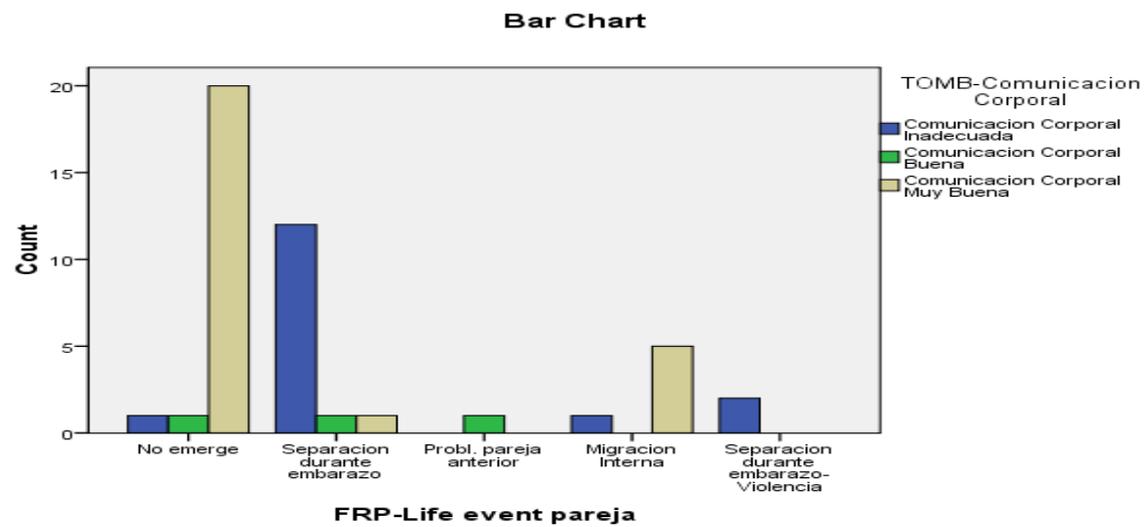


Gráfico 103. Problemática con la pareja y comunicación corporal

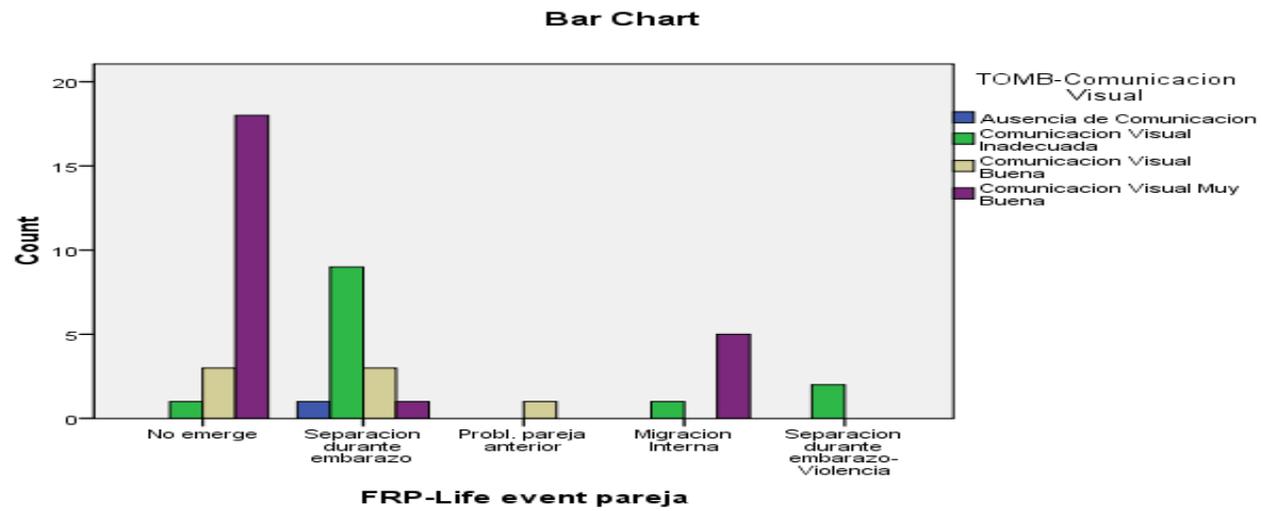


Gráfico 104. Problemática con la pareja y comunicación visual

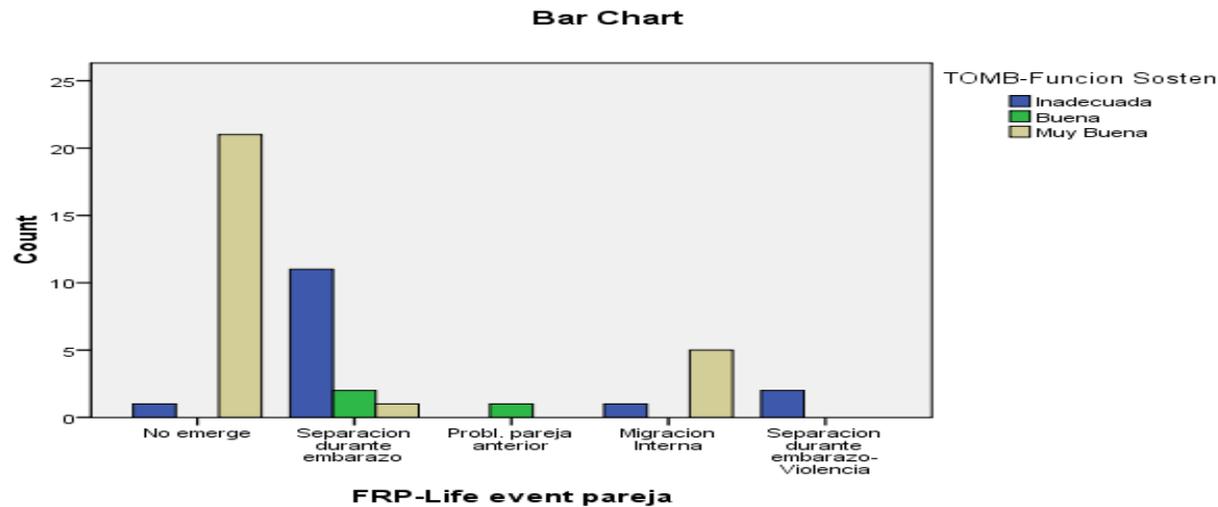


Gráfico 105. Problemática con la pareja y función sostén

Con respecto a problemática social, los datos indican alta frecuencia de díadas que mantienen interacción visual y corporal ante emergencia de esta problemática. Se registra función sostén muy buena ante ausencia de problema social, e igual frecuencia de sostén inadecuado ante emergencia de la misma. Se destaca ausencia de verbal función verbal en presencia de esta problemática (gráfico 105-111).

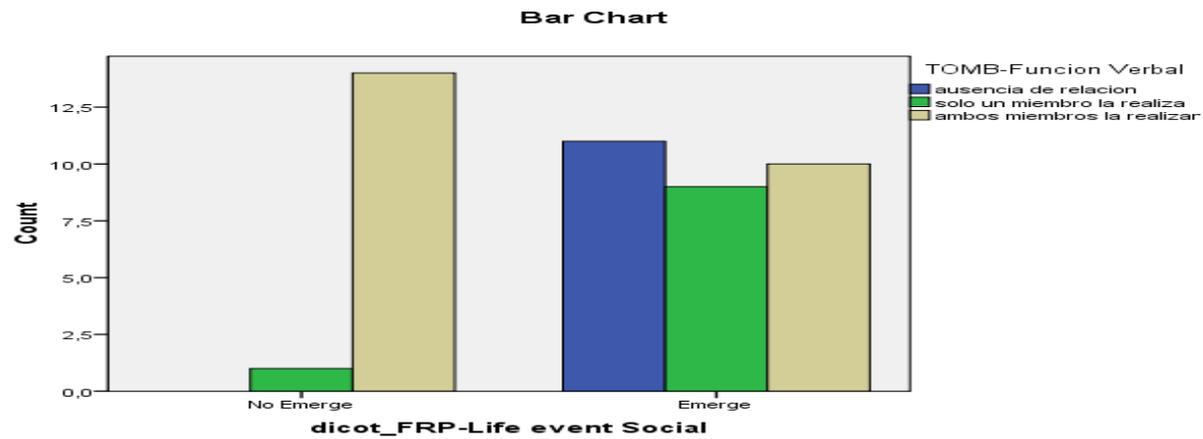


Gráfico 105. Problemática social y función verbal

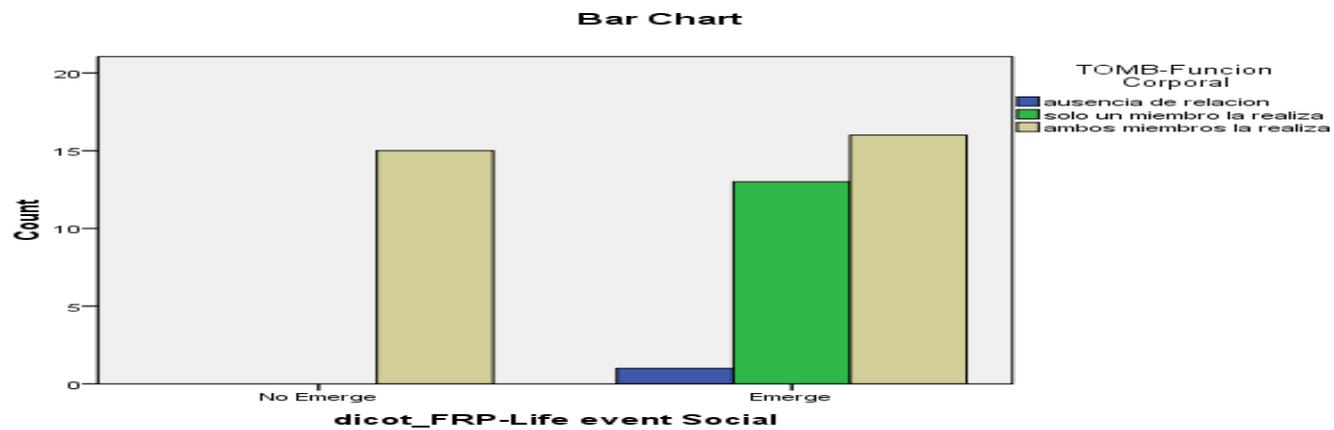


Gráfico 106. Problemática social y función corporal

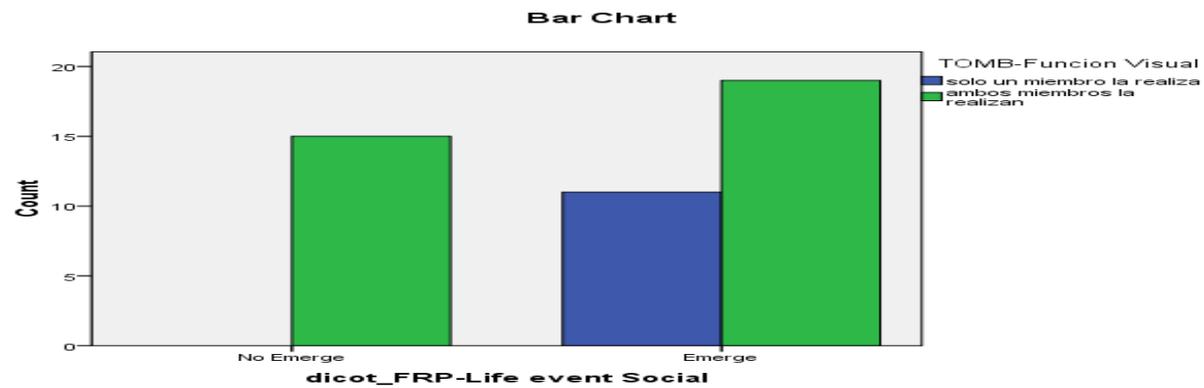


Gráfico 107. Problemática social y función visual

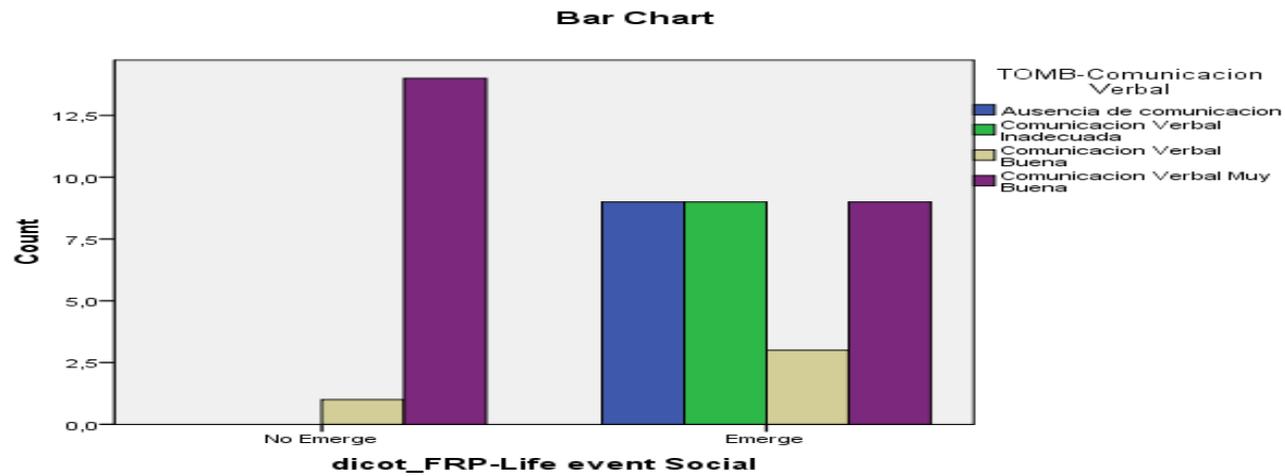


Gráfico 108. Problemática social y comunicación verbal

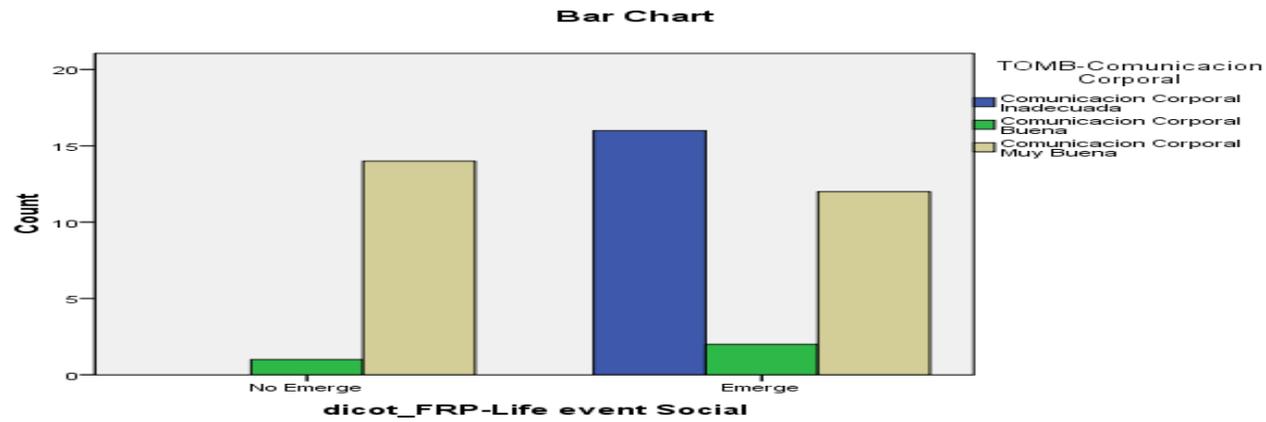


Gráfico 109. Problemática social y comunicación corporal

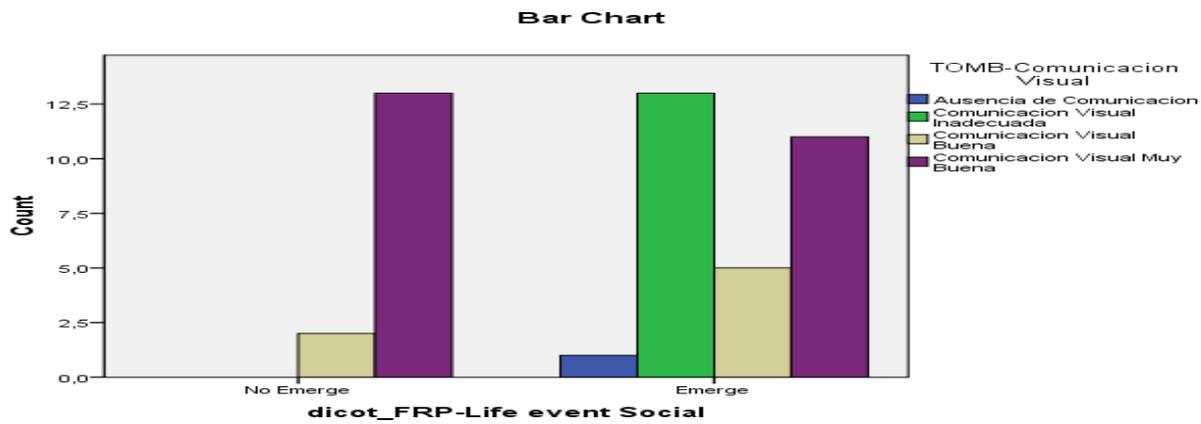


Gráfico 110. Problemática social y comunicación visual

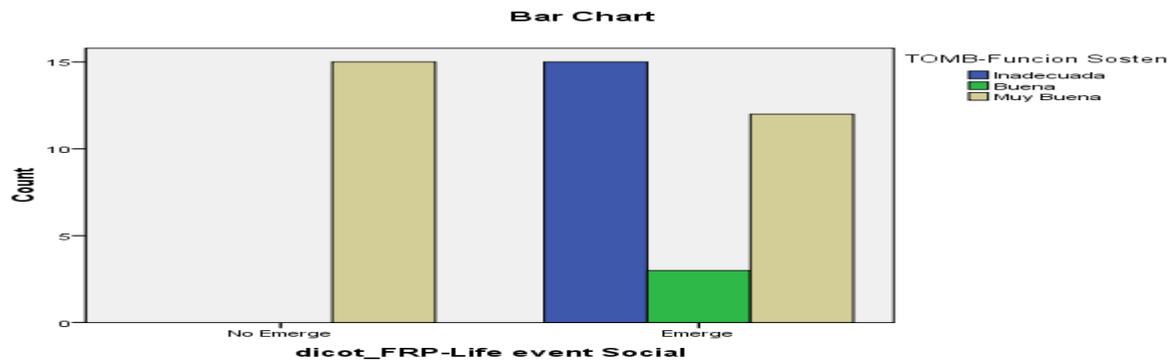


Gráfico 111. Problemática social y función sostén

Ante emergencia de problema actual se observa ausencia de función verbal, de mutualidad y comunicación inadecuada en los tres registros, así como función sostén inadecuada en 15 díadas (gráficos 112-118).

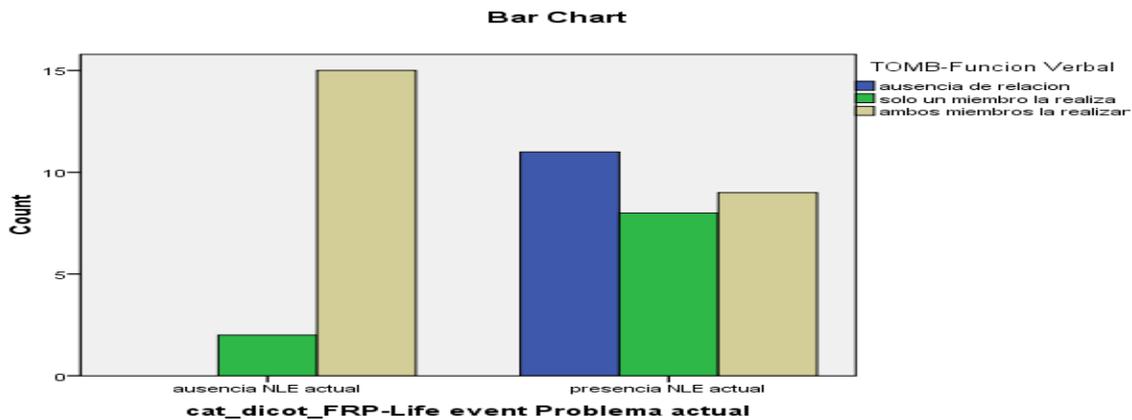


Gráfico 112. Problemática actual y función verbal

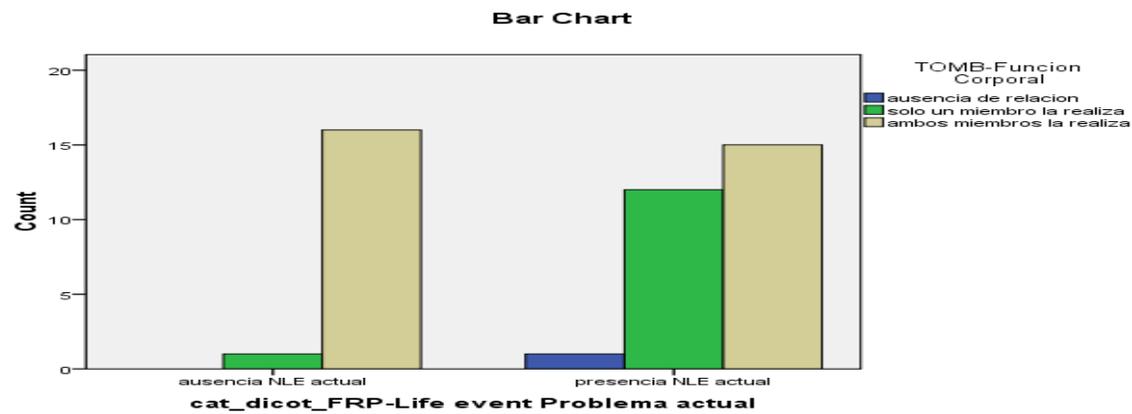


Gráfico 113. Problemática actual y función corporal

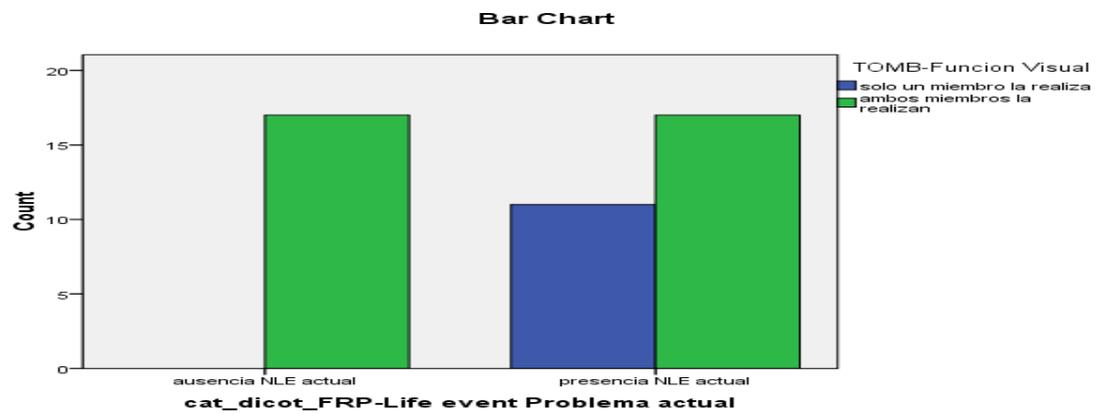


Gráfico 114. Problemática actual y función visual

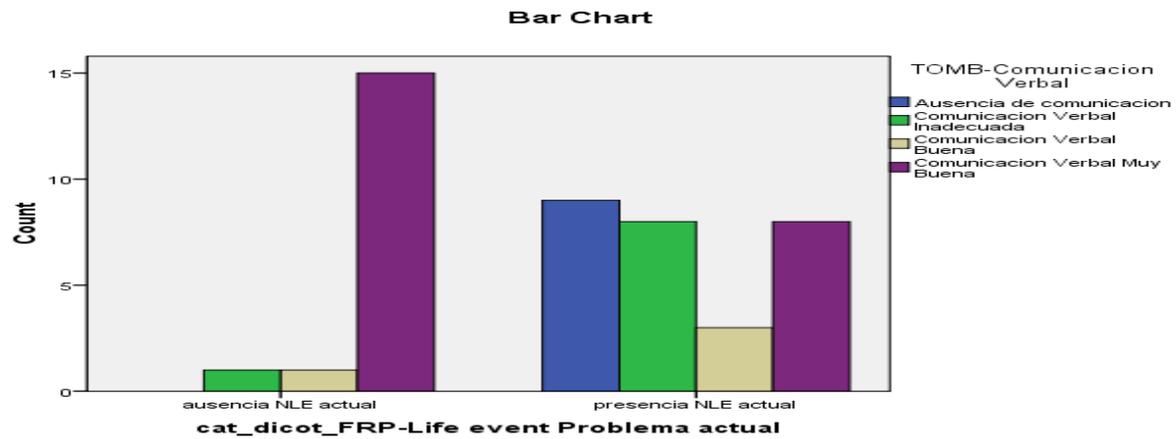


Gráfico 115. Problemática actual y comunicación verbal

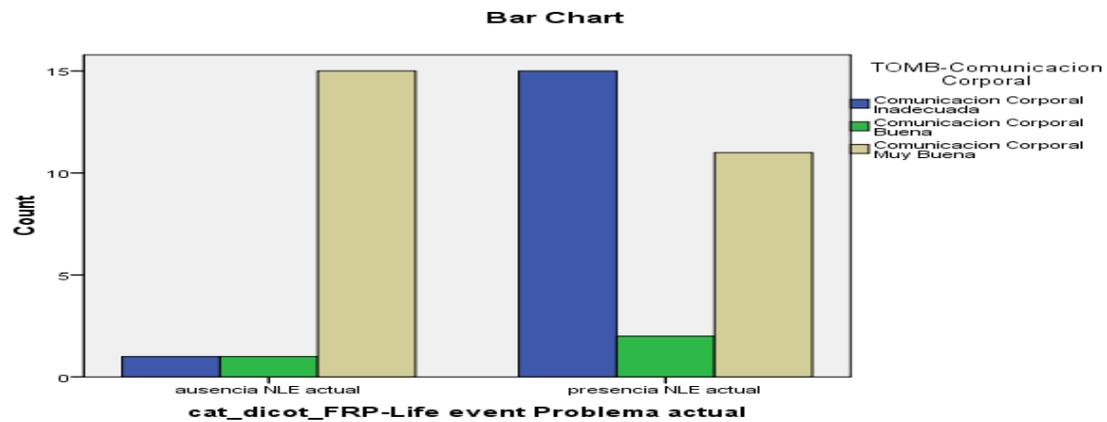


Gráfico 116. Problemática actual y comunicación corporal

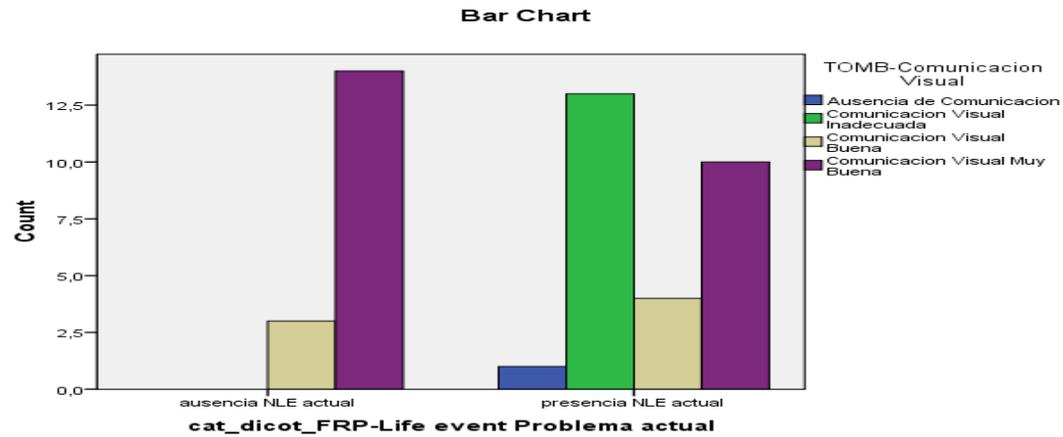


Gráfico 117. Problemática actual y comunicación visual

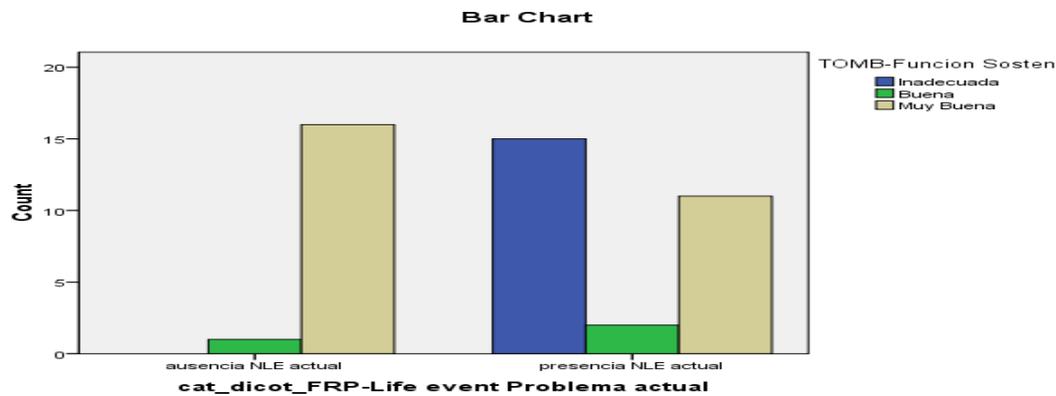


Gráfico 118. Problemática actual y función sostén

Ante presencia de embarazo en sí mismo como factor de riesgo se observa mayoritariamente ausencia de función y

comunicación verbal, y de mutualidad en las tres funciones, así como función sostén inadecuada en 11 días (gráfico 119-125).

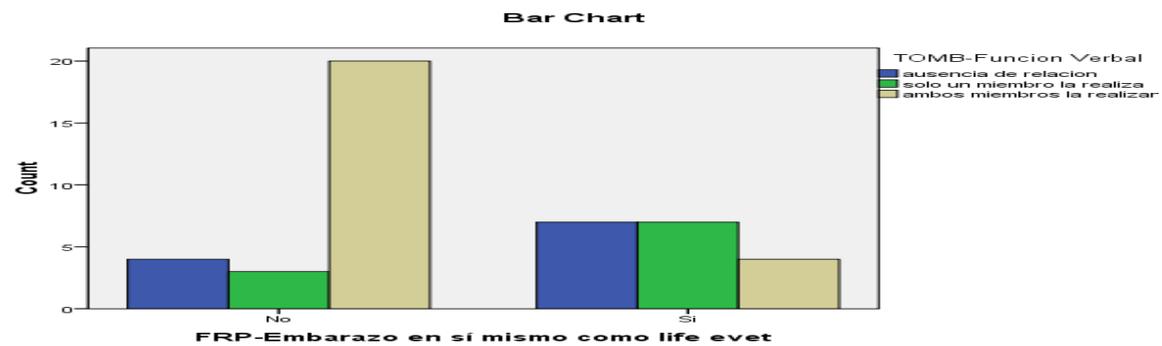


Gráfico 119. Embarazo en sí mismo y función verbal

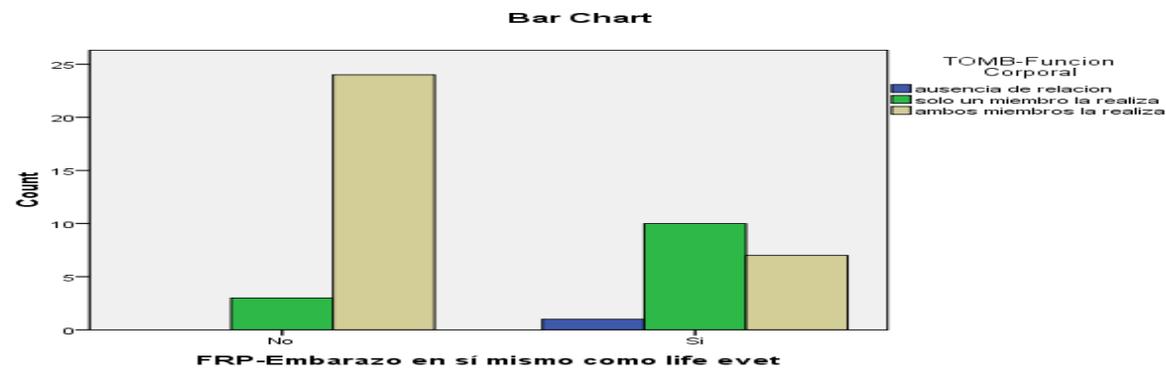


Gráfico 120. Embarazo en sí mismo y función corporal

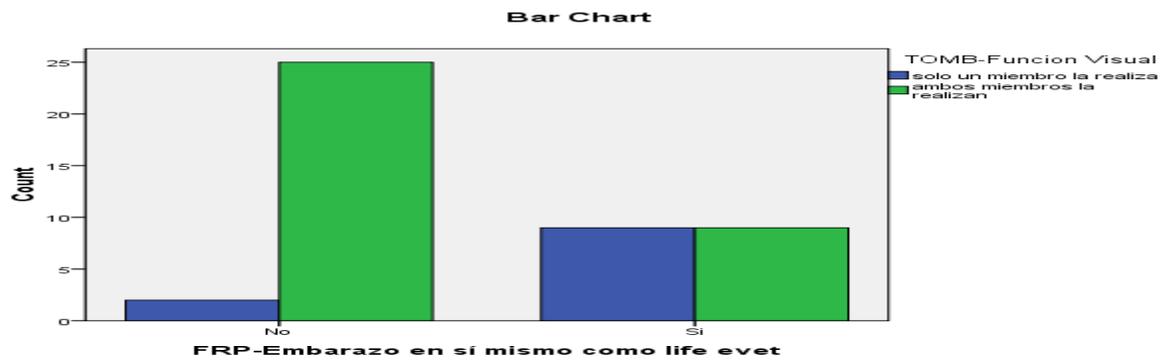


Gráfico 121. Embarazo en sí mismo y función visual

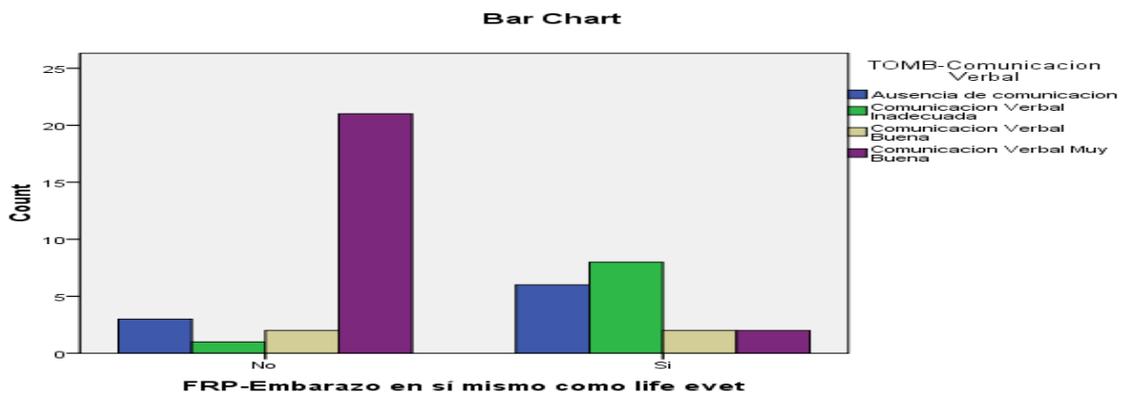


Gráfico 122. Embarazo en sí mismo y comunicación verbal

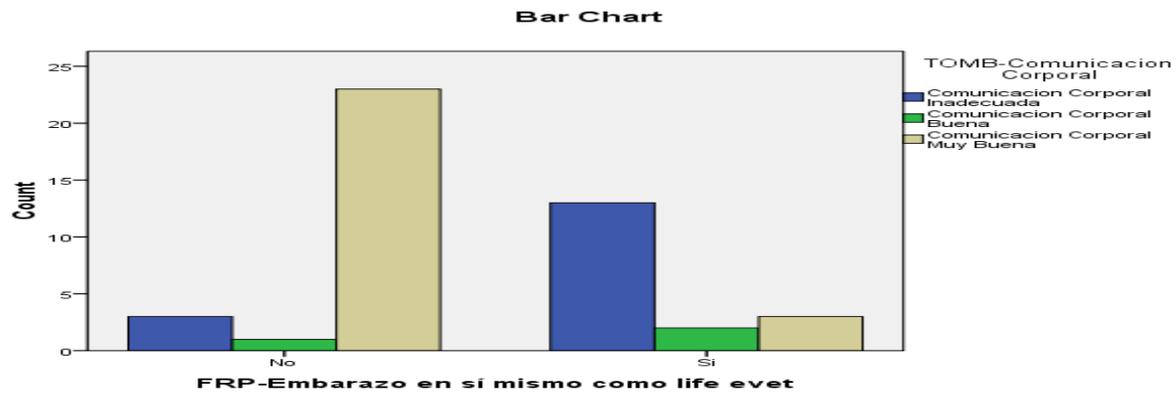


Gráfico 123. Embarazo en sí mismo y comunicación corporal

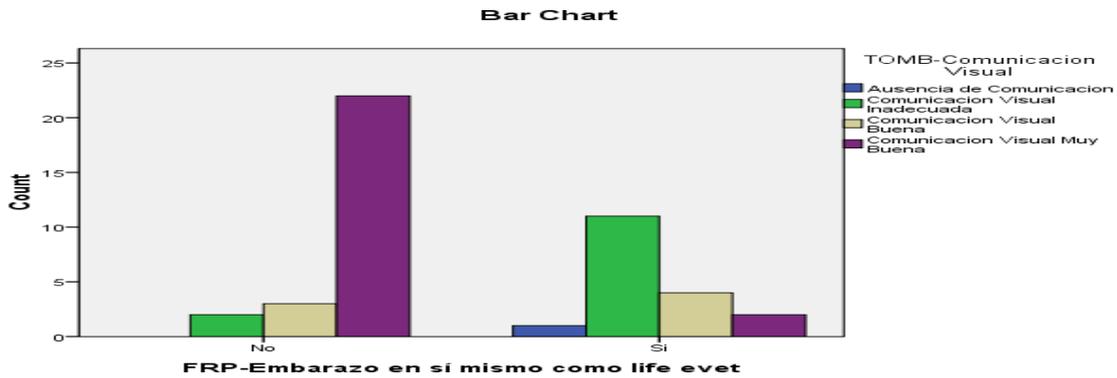


Gráfico 124. Embarazo en sí mismo y comunicación visual

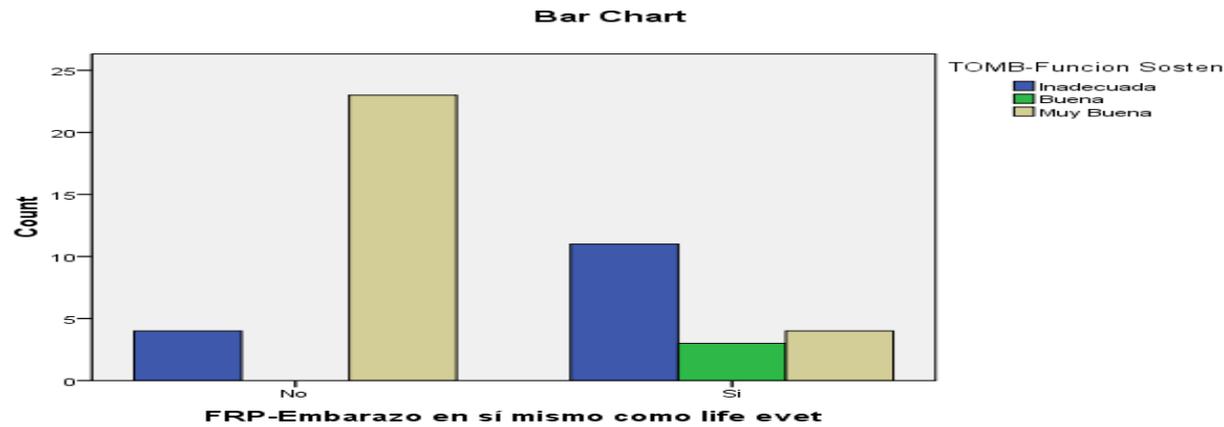


Gráfico 125. Embarazo en sí mismo y función sostén

Ante presencia y ausencia de parto en sí mismo las díadas muestran interacción corporal de forma casi pareja. Ante esta problemática se observa ausencia de función verbal, de mutualidad en registro corporal, y función sostén muy buena en 16 díadas (gráfico 126-132).

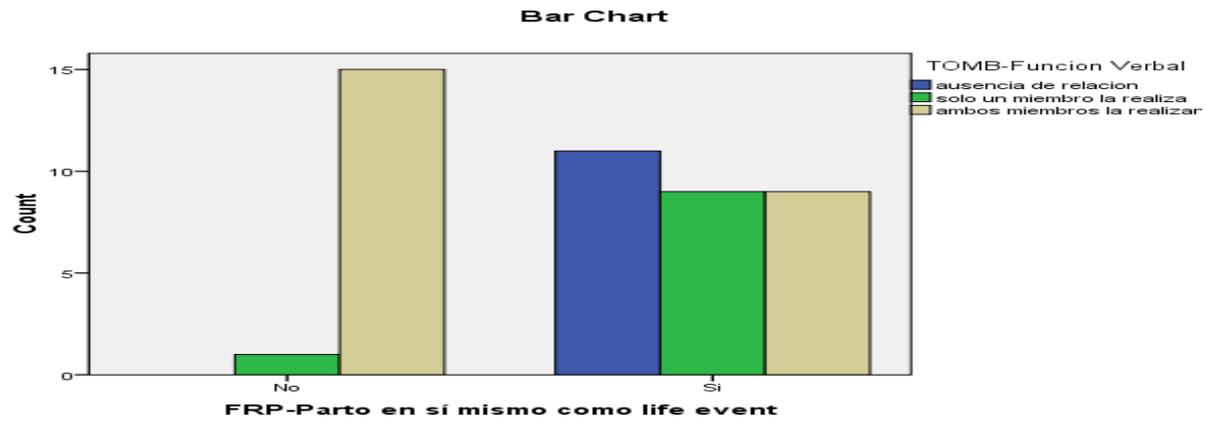


Gráfico 126. Parto en sí mismo y función verbal

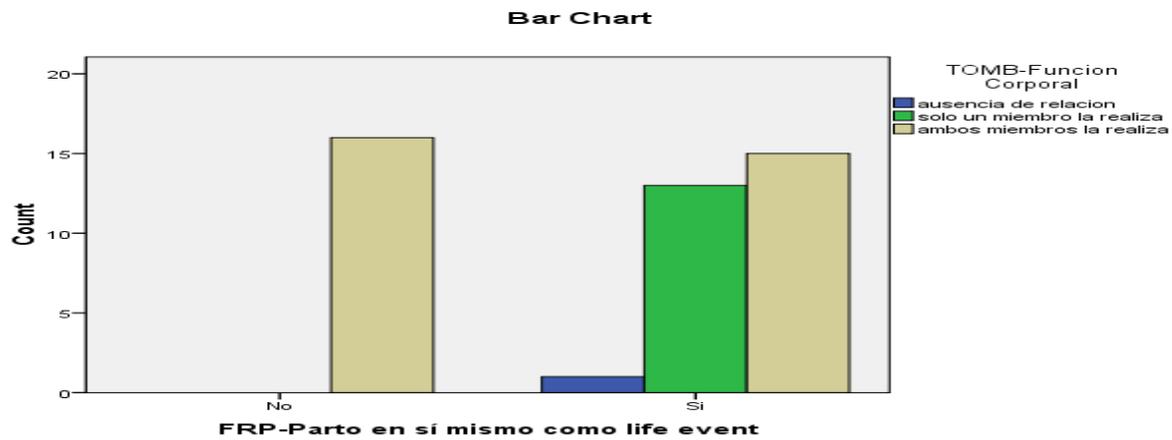


Gráfico 127. Parto en sí mismo y función corporal

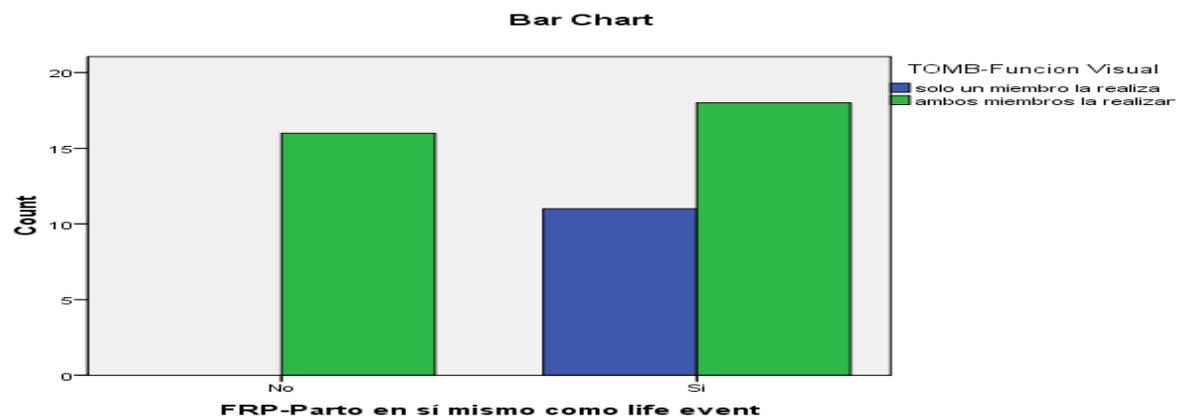


Gráfico 128. Parto en sí mismo y función visual

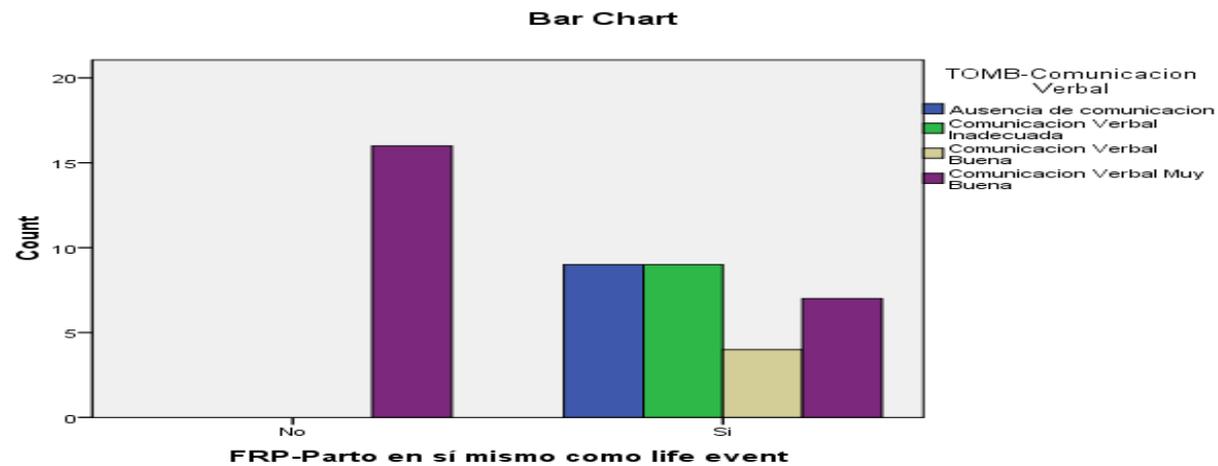


Gráfico 129. Parto en sí mismo y comunicación verbal

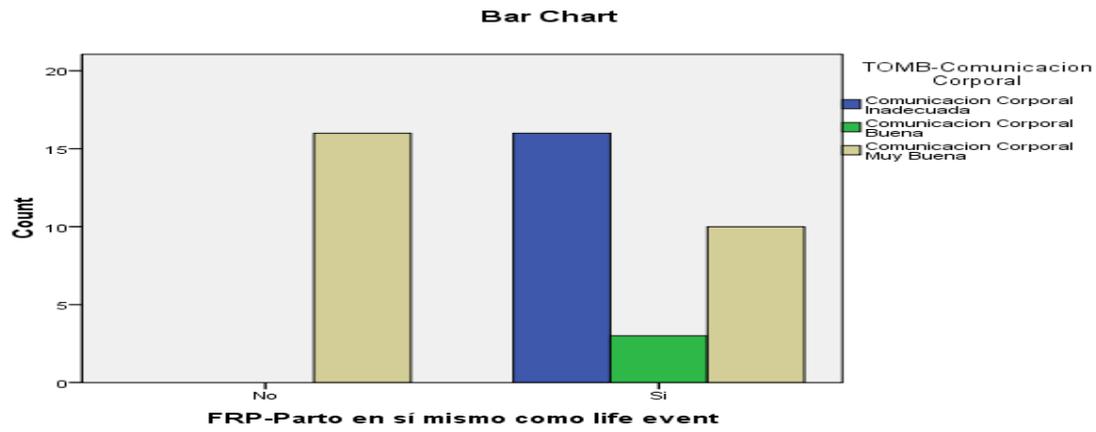


Gráfico 130. Parto en sí mismo y comunicación corporal

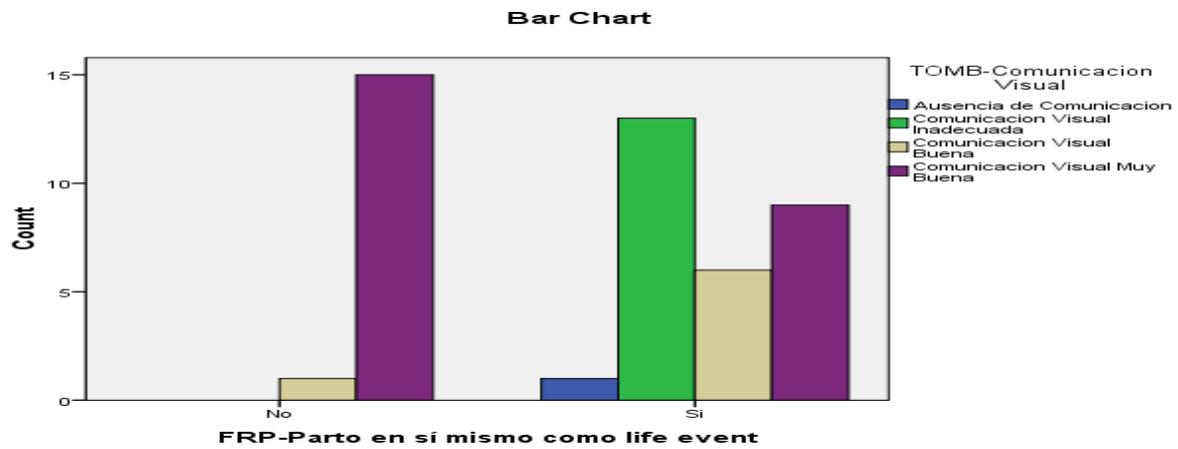


Gráfico 131. Parto en sí mismo y comunicación visual

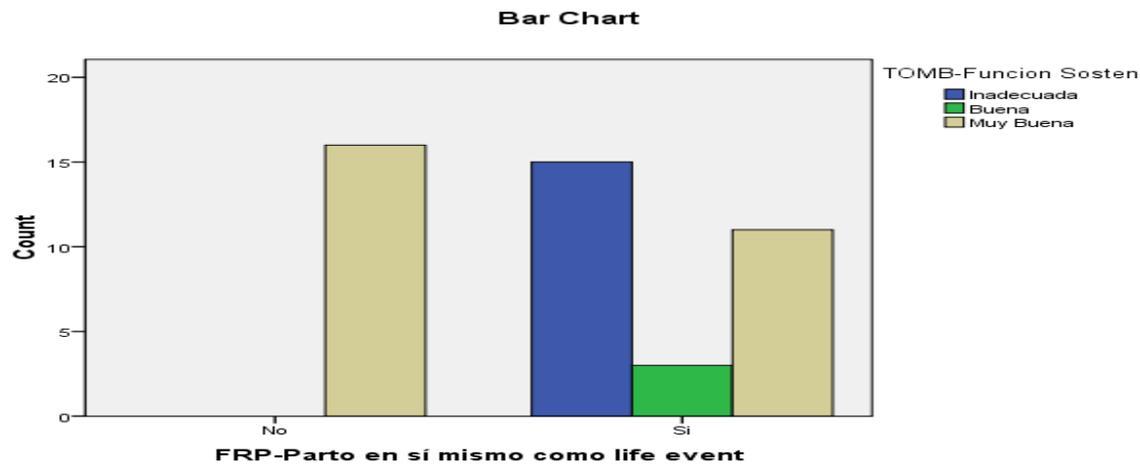


Gráfico 132. Parto en sí mismo y función sostén

Con respecto a problemas psicológicos maternos durante el embarazo, los datos indican mayor frecuencia de ausencia de función y comunicación verbal, ausencia de respuesta mutua casi pareja en registro corporal y visual, comunicación inadecuada corporal y visual, y sostén inadecuado en 15 días ante las diversas problemáticas emergentes (gráfico 133-139).

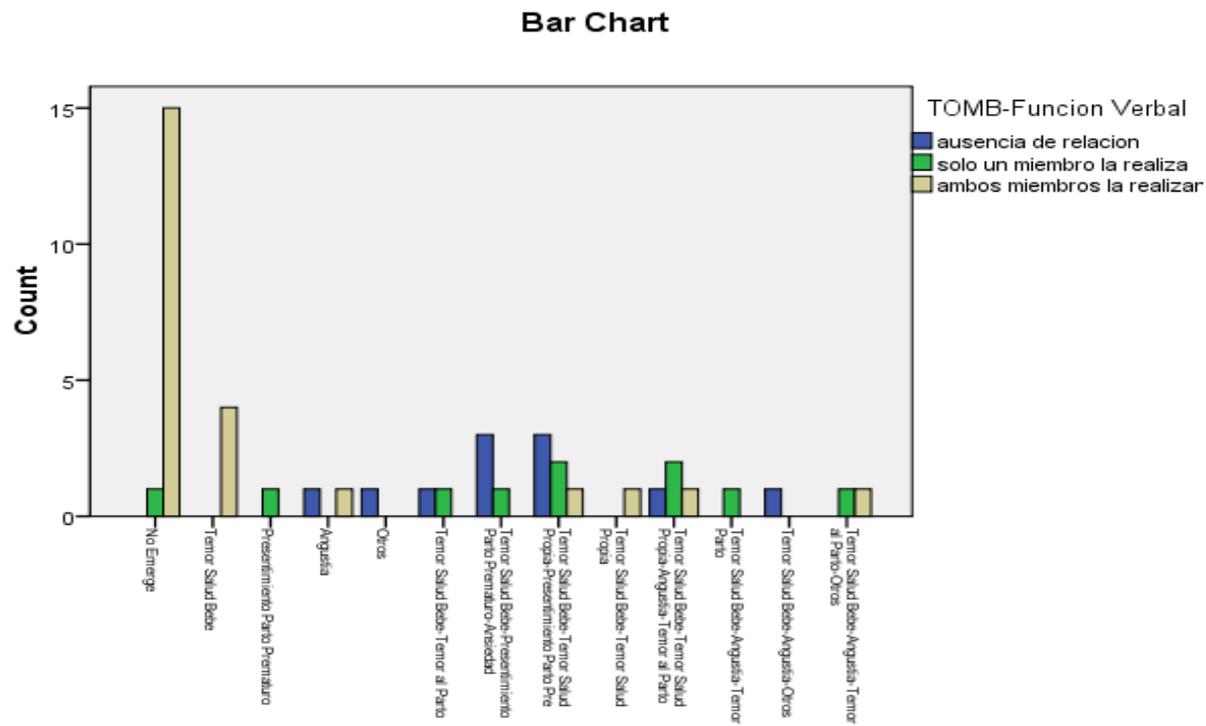


Gráfico 133. Problemas psicológicos maternos y función verbal

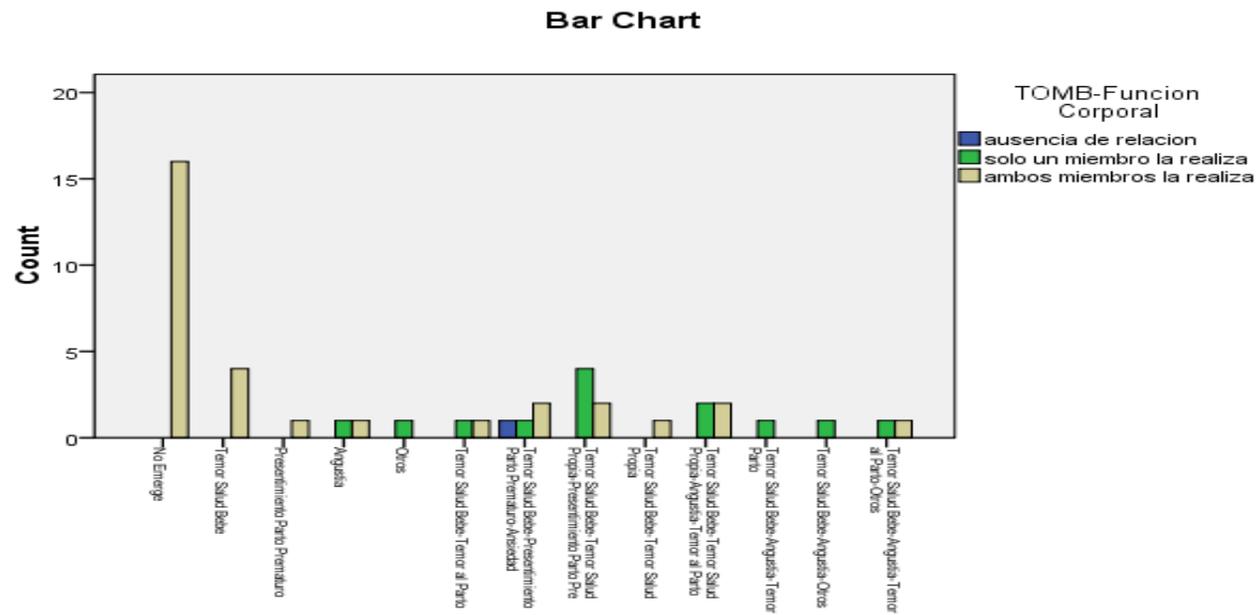


Gráfico 134. Problemas psicológicos maternos y función corporal

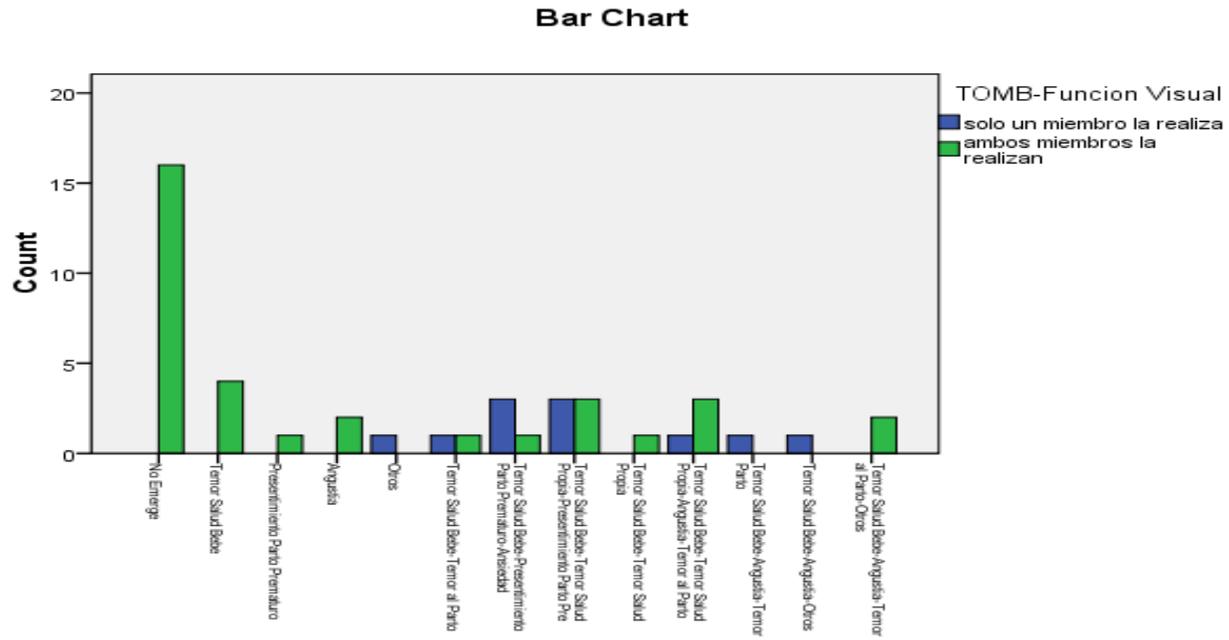


Gráfico 135. Problemas psicológicos maternos y función visual

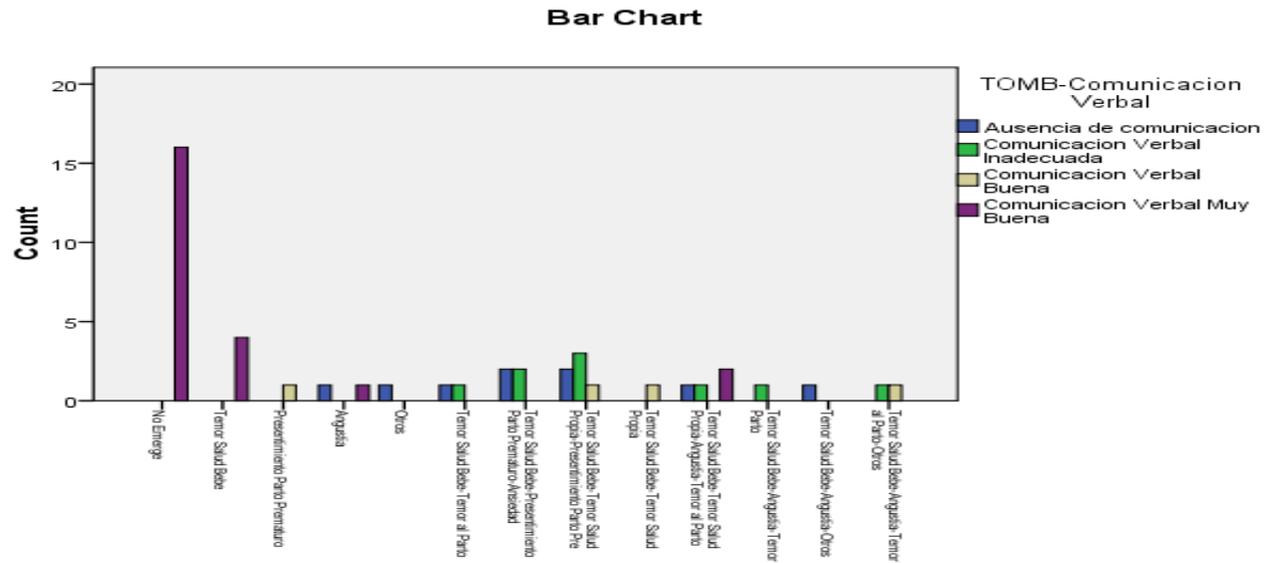


Gráfico 136. Problemas psicológicos maternos y comunicación verbal

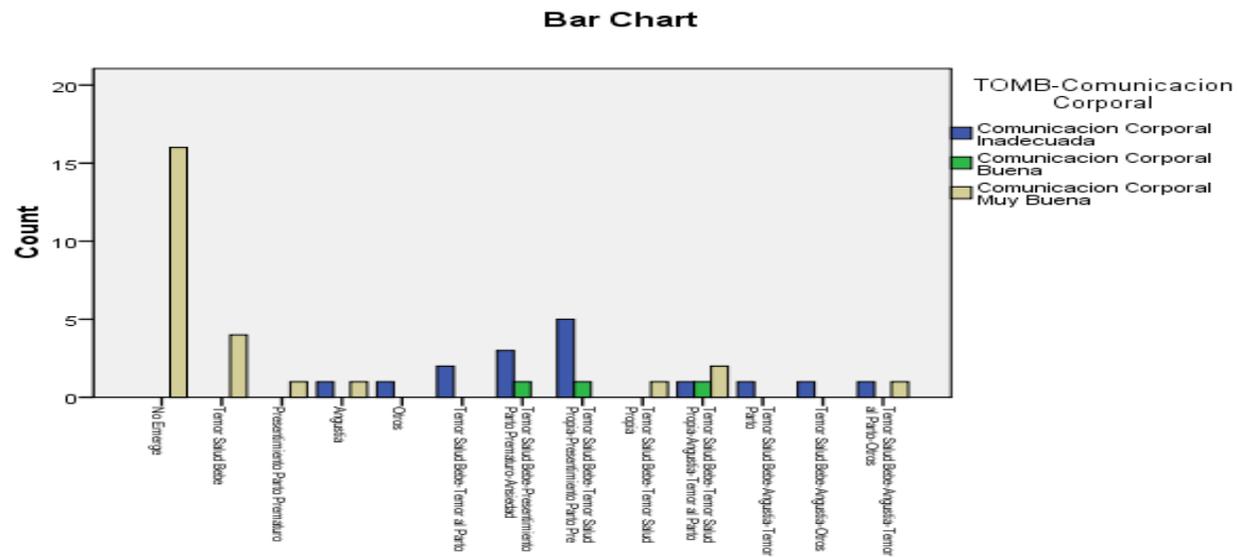


Gráfico 137. Problemas psicológicos maternos y comunicación corporal

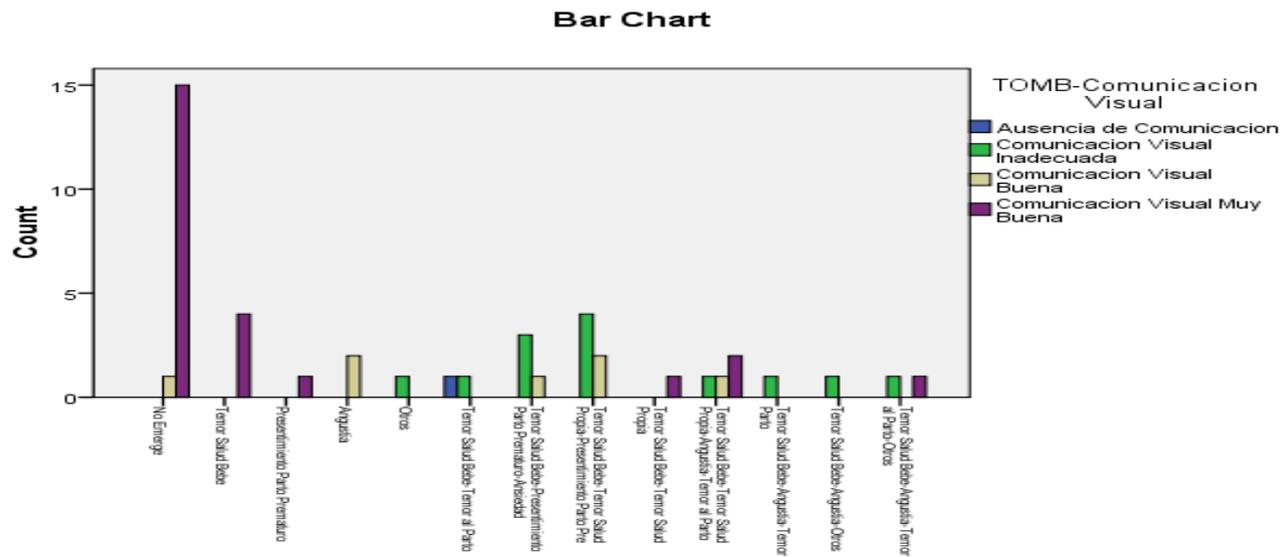


Gráfico 138. Problemas psicológicos maternos y comunicación visual

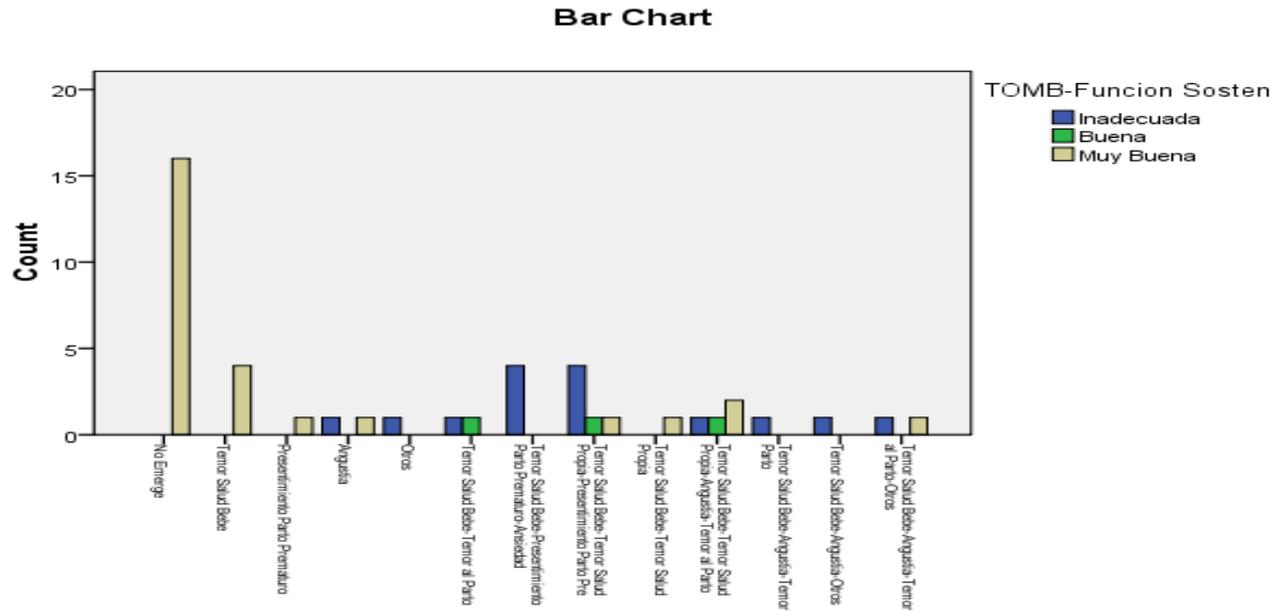


Gráfico 139. Problemas psicológicos maternos y función sostén

Con respecto a emergencia de conflicto materno infantil, los datos indican ausencia de función y comunicación verbal en mayor frecuencia, ausencia de mutualidad casi pareja en registro corporal y visual, comunicación inadecuada mayoritariamente en registro corporal y visual, así como sostén inadecuado en 14 díadas (gráfico 140-146).

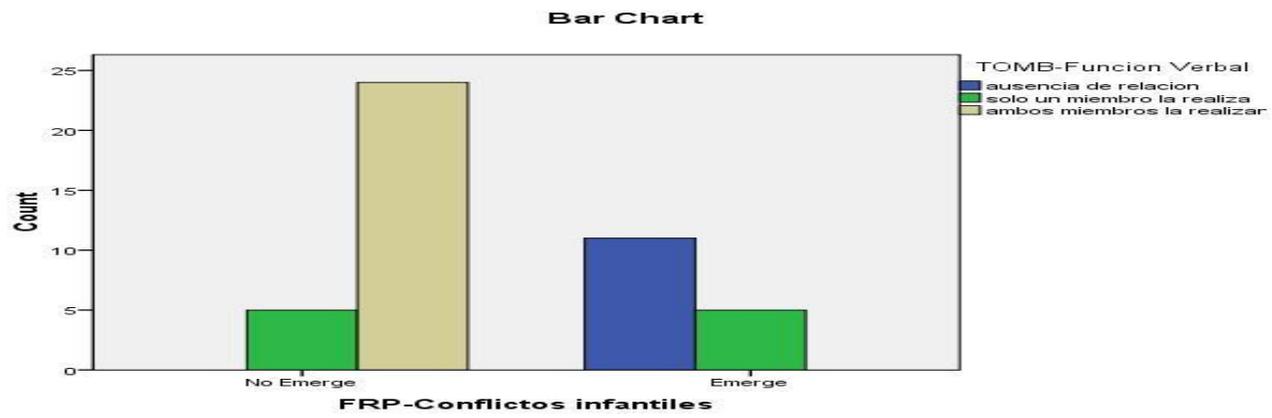


Gráfico 140. Conflicto materno infantil y función verbal

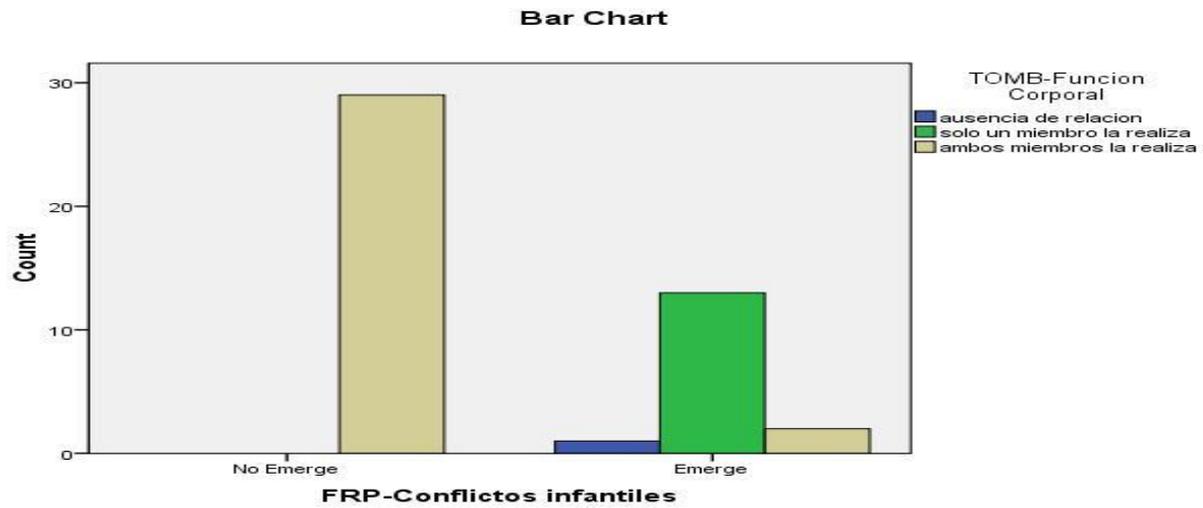


Gráfico 141. Conflicto materno infantil y función corporal

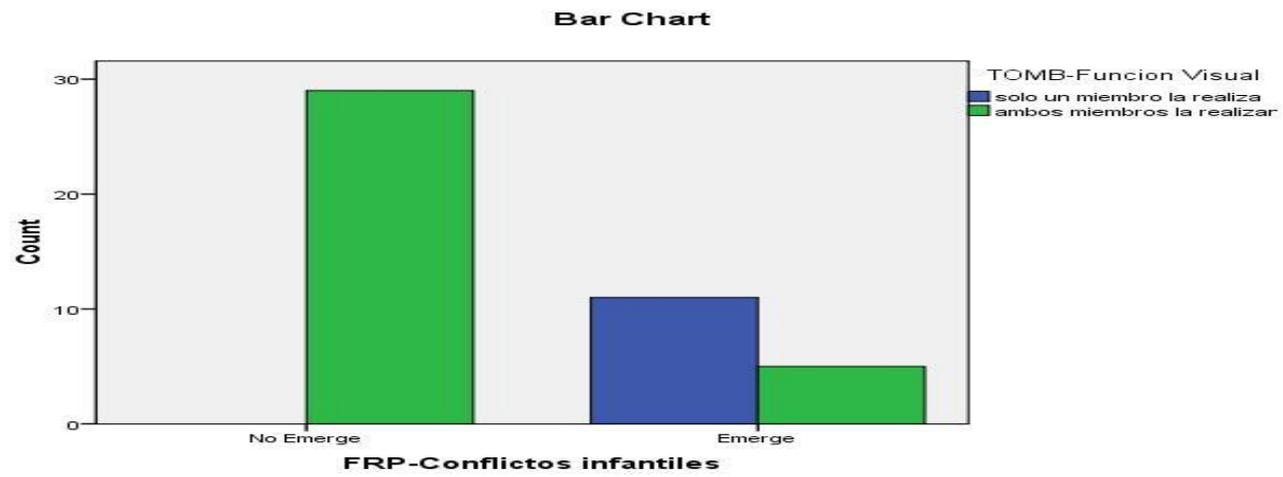


Gráfico 142. Conflicto materno infantil y función visual

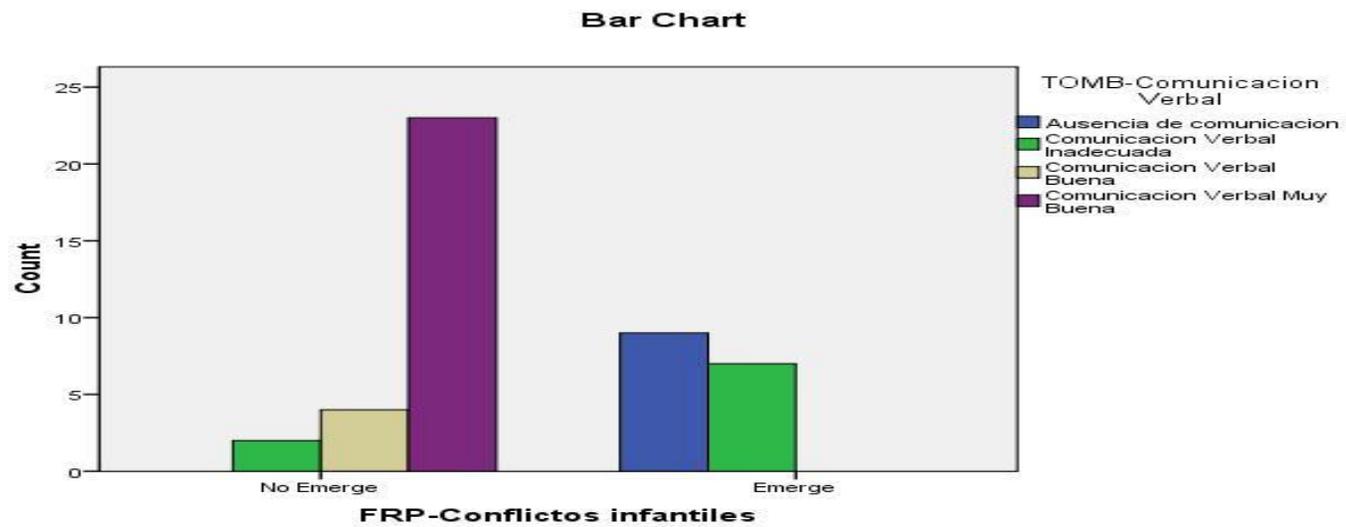


Gráfico 143. Conflicto materno infantil y comunicación verbal

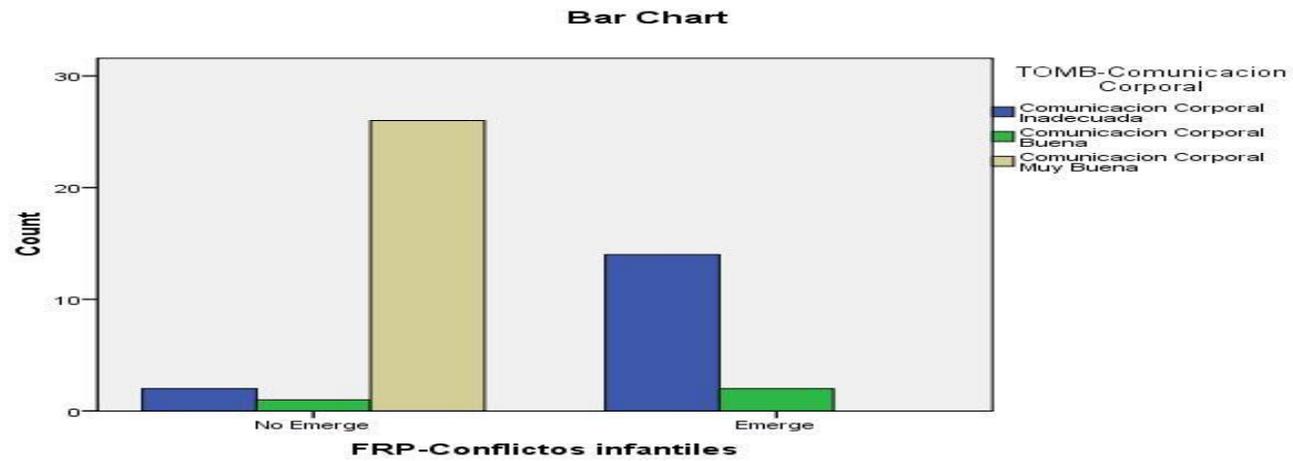


Gráfico 144. Conflicto materno infantil y comunicación corporal

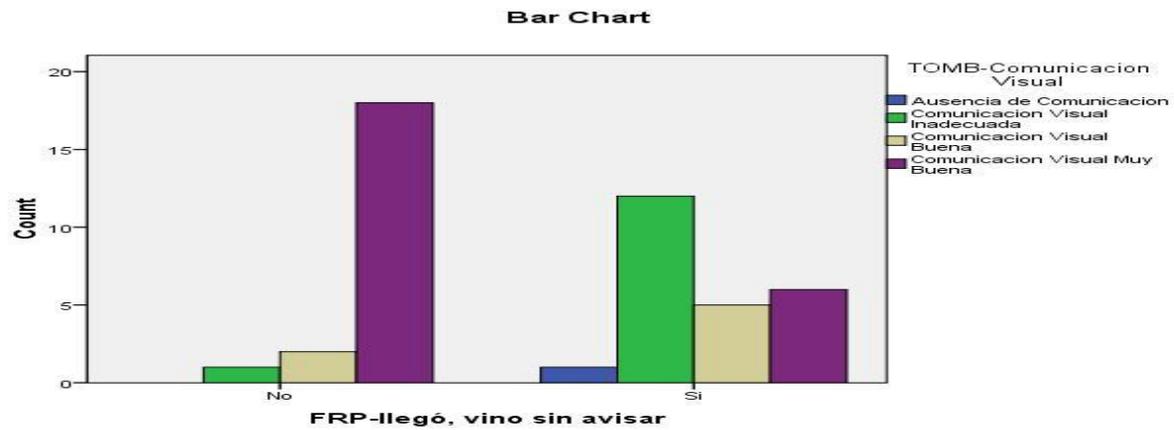


Gráfico 145. Conflicto materno infantil y comunicación visual

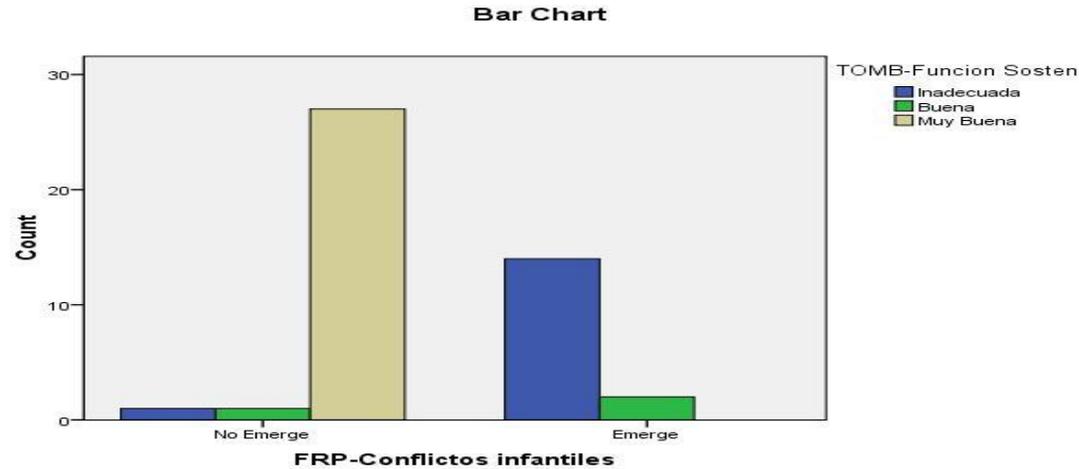


Gráfico 146. Conflicto materno infantil y función sostén

17. Análisis de la Variable Relación Temprana Madre-Bebé en Función de la Variable Factores de Riesgo Psicosocial

Con el objetivo de evaluar la relación temprana madre-bebé en función de los factores de riesgo psicosocial se realizó un análisis de tabulaciones cruzadas utilizando el coeficiente de contingencia y la prueba *Chi* cuadrado (tabla A-B 101 en anexo 10). Las tablas de las frecuencias observadas y esperadas (102-164) se presentan en anexo 10. Los datos revelaron dependencia de atributos estadísticamente significativos al 1% y 5% en las siguientes dimensiones de la relación temprana según los factores de riesgo psicosocial:

- planificación del embarazo y: comunicación verbal ($\chi^2 (3) = 25,139; p = 0,000; CC = 0,599$); función verbal ($\chi^2 (2) = 22,667; p = 0,000; CC = 0,579$); función sostén ($\chi^2 (2) = 20,417; p = 0,000; CC = 0,559$); comunicación corporal ($\chi^2 (2) = 18,002; p = 0,000; CC = 0,535$); función corporal ($\chi^2 (2) = 17,782; p = 0,000; CC = 0,532$); comunicación visual ($\chi^2 (3) = 17,471; p = 0,001; CC = 0,529$); y función visual ($\chi^2 (1) = 12,739; p = 0,000; CC = 0,470$);

- situación de pareja y: función sostén ($\chi^2 (8) = 47,323; p = 0,000; CC = 0,716$); comunicación corporal ($\chi^2 (8) = 45,707; p = 0,000; CC = 0,710$); comunicación verbal ($\chi^2 (12) = 37,066; p = 0,000; CC = 0,672$); función corporal ($\chi^2 (8) = 34,903; p = 0,000; CC = 0,661$); comunicación visual ($\chi^2 (12) = 34,650; p = 0,001; CC = 0,660$); función verbal ($\chi^2 (8) = 32,756; p = 0,000; CC = 0,649$); y función visual ($\chi^2 (4) = 21,268; p = 0,000; CC = 0,567$);

- muertes y: comunicación corporal ($\chi^2 (2) = 22,162; p = 0,000; CC = 0,574$); función verbal ($\chi^2 (2) = 12,057; p = 0,002; CC = 0,460$); y comunicación visual ($\chi^2 (3) = 10,868; p = 0,012; CC = 0,441$);

- problema social y: comunicación verbal ($\chi^2 (15) = 39,772; p = 0,000; CC = 0,685$); función sostén ($\chi^2 (10) = 28,923; p = 0,001; CC = 0,626$); comunicación visual ($\chi^2 (15) = 27,187; p = 0,027; CC = 0,614$); función verbal ($\chi^2 (10) = 25,330; p = 0,005; CC = 0,600$); comunicación corporal ($\chi^2 (10) = 23,771; p = 0,008; CC = 0,588$); función corporal ($\chi^2 (10) = 18,983; p = 0,040; CC = 0,545$); y función visual ($\chi^2 (5) = 12,305; p = 0,031; CC = 0,463$);

- problema actual y: comunicación visual ($\chi^2 (21) = 42,007; p = 0,004; CC = 0,695$); comunicación verbal ($\chi^2 (21) = 40,344; p = 0,007; CC = 0,688$); función verbal ($\chi^2 (14) = 31,822; p = 0,004; CC = 0,644$); función corporal ($\chi^2 (14) = 31,803; p = 0,004; CC = 0,643$); comunicación corporal ($\chi^2 (14) = 32,552; p = 0,006; CC = 0,636$); función sostén ($\chi^2 (14) = 29,830; p = 0,008; CC = 0,631$); y función visual ($\chi^2 (7) = 26,030; p = 0,000; CC = 0,605$);

- embarazo en sí mismo y: comunicación visual ($\chi^2 (3) = 23,167; p = 0,000; CC = 0,583$); comunicación verbal ($\chi^2 (3) = 21,188; p = 0,000; CC = 0,566$); comunicación corporal ($\chi^2 (2) = 21,008; p = 0,000; CC = 0,564$); función sostén ($\chi^2 (2) = 18,580; p = 0,000; CC = 0,541$); función corporal ($\chi^2 (2) = 12,804; p = 0,002; CC = 0,471$); función verbal ($\chi^2 (2) = 11,755; p = 0,003; CC = 0,455$); y función visual ($\chi^2 (1) = 10,608; p = 0,001; CC = 0,437$);

- parto en sí mismo y: comunicación verbal ($\chi^2 (3) = 23,748; p = 0,000; CC = 0,588$); comunicación corporal ($\chi^2 (2) = 18,143; p = 0,000; CC = 0,536$); comunicación visual ($\chi^2 (3) = 16,710; p = 0,001; CC = 0,520$); función sostén ($\chi^2 (2) = 16,552; p = 0,000; CC = 0,519$); función verbal ($\chi^2 (2) = 16,523; p = 0,000; CC = 0,518$); función corporal ($\chi^2 (2) = 11,212; p = 0,004; CC = 0,447$); y función visual ($\chi^2 (1) = 8,032; p = 0,005; CC = 0,389$);

- problemas psicológicos durante el embarazo y: comunicación verbal ($\chi^2 (36) = 75,399; p = 0,000; CC = 0,791$); comunicación visual ($\chi^2 (36) = 70,419; p = 0,001; CC = 0,781$); función verbal ($\chi^2 (24) = 44,441; p = 0,007; CC = 0,705$); función sostén ($\chi^2 (24) = 43,278; p = 0,009; CC = 0,700$); comunicación corporal ($\chi^2 (24) = 42,163; p = 0,012; CC = 0,696$); y función visual ($\chi^2 (12) = 26,049; p = 0,011; CC = 0,606$);

- conflicto materno infantil y: función sostén ($\chi^2 (10) = 53,767; p = 0,000; CC = 0,738$); comunicación visual ($\chi^2 (15) = 52,653; p = 0,000; CC = 0,734$); comunicación verbal ($\chi^2 (15) = 50,920; p = 0,000; CC = 0,729$); función corporal ($\chi^2 (10) = 41,957; p = 0,000; CC = 0,695$); función verbal ($\chi^2 (10) = 41,785; p = 0,000; CC = 0,694$); comunicación corporal ($\chi^2 (10) = 38,906; p = 0,000; CC = 0,681$); y función visual ($\chi^2 (5) = 31,238; p = 0,000; CC = 0,640$).

Capítulo 8

Discusión de Resultados

La diversidad de los instrumentos utilizados posibilitó el acercamiento a la exploración de las variables indicadas: factores de riesgo psicosocial, adaptación al rol materno, percepciones de la madre sobre sí misma como madre y sobre el bebé, y relación temprana diádica. A continuación, en el siguiente apartado, se discuten los resultados obtenidos.

Como ya fuera indicado, se consigna lo expresado por las madres durante la toma de datos sociodemográficos y la toma de los factores de riesgo psicosociales (Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico; Oiberman et al., 2000) en aquellos casos en que los sujetos expandieron su respuesta más allá de la dimensión dicotómica o de selección múltiple de los ítems. Algunas de las gestantes se entregaban a su sensibilidad y disfrutaban del encuentro con la entrevistadora y de las sensaciones y emociones que este abría permitiéndose bajar las barreras que imponen las defensas y expandían sus respuestas. Se podría decir que las madres presentaban un estado emocional coherente con el estado de “transparencia psíquica” (Bydlowski, 1991) o “permeabilidad del inconsciente” (Raphael-Leff, 1995). Este hecho refleja que la involuntaria permeabilidad de los límites entre los diferentes niveles de consciencia hace que las gestantes estén inundadas de fantasías e ideas inconscientes y conectadas con su mundo interno. Esta tendencia a la necesidad de expresarse libremente indicativo de un cierto levantamiento de la represión y de la “fluidez del inconsciente” (Molénat, 1999) se observa en 30 sujetos de la muestra. Es así que uno de los sujetos expresa a través de su estado emocional la regresión descrita por Langer (1964) ante los cambios que no logra definir, se ensimisma y ve inundada su sensibilidad

ante la intensificación de la percepción de sí misma.

Caso 18:

“Durante el embarazo he estado muy sensible...lloro por nada. Me gusta ver películas románticas...de amor, y lloro.”

1. Discusión de Resultados de los Datos Sociodemográficos

La edad de los sujetos de la muestra coincide con la media de las primigestas hace una década, no se corresponde con la tendencia actual de maternidad tardía cuya edad dominante es de 30-34 años (Barberá, 1999).

A partir de los años de emigradas se podría intuir que aquellos sujetos con pocos años de emigradas se encuentran más desarraigadas, menos familiarizadas o carentes de información de los recursos y programas disponibles en la comunidad. En tanto, aquellas con mayor número de años se encontrarían menos vulnerables, y quizás cuentan con una mayor adaptación e inserción en la sociedad de acogida.

El factor predominante generador de la migración es la búsqueda de un mejoramiento en el nivel de vida, coincidiendo con la tendencia emigratoria según lo indica la Organización Internacional para la Migración (International Organization for Migration, www.iom.int), de los 196 millones de migrantes en el mundo 95 millones son mujeres y la mayoría son migrantes económicas buscando en el país de acogida mejores situaciones de vida.

Si bien en la mayoría de las madres el objetivo principal de la migración está ligado a una mejora de la situación económica, se observa que en algunos sujetos la motivación profunda fue la reunificación familiar como lo expresan estas madres cuando se indaga

sobre “muerte” y “conflicto infantil materno” como suceso significativo de vida (Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico; Oiberman et al., 2000). Así lo expresaron las gestantes hijas de madres que las dejaron de pequeñas al cuidado de familiares al emigrar a Estados Unidos. Estas hijas, ahora adultas, ante la muerte de las figuras de crianza, emprenden la emigración con la intención de reencontrarse con sus madres.

Caso 15 expresa en el área muerte de sucesos significativos de vida:

“Mis abuelos, ellos me criaron cuando mi mamá se vino... después me vine.”

Caso 22:

“Mis abuelitos me criaron cuando mi mamá se vino a trabajar para acá. Cuando se murieron me vine.”

Caso 42:

“Mi mamá se vino para acá a trabajar... me mandaba regalos, pulovitos, sayas, juguetes... de chica me escapé para venir con ella, pero no llegué... cuando mi papá se murió me vine.”

Si bien excede a este trabajo de investigación indagar sobre la situación inmigratoria de las madres (documentadas, indocumentadas) y como llegaron a Estados Unidos, una de las participantes comenta espontáneamente sobre los riesgos y dificultades que atravesó para cruzar la frontera, soportando un viaje en condiciones extremas y hostiles sin ninguna garantía de seguridad:

Caso 18:

“Crucé la frontera a pie, la caminata a través del desierto fue dura... muy dura... difícil... difícil.... el calor... el sol ardiente... el frío terrible a la noche... no sabía si iba a llegar. El papá cruzó por otro lado.... nos encontramos acá. Estaba embarazada, pero no lo sabía. Tenía sueños de un bebé, por las noches soñaba con un bebé....”

Con respecto a la profesión o actividad en país de origen, se encontró de forma casi pareja tanto actividad como no emergencia

de la misma. Resulta interesante resaltar que mayoritariamente la actividad reportada requiere formación profesional. En la inmigración los mayores cambios están relacionados con el ámbito social, afectando el sentimiento de pertenencia del sujeto (Grinberg & Grinberg, 1996). La inmigración conlleva la pérdida de muchos de los roles que se desempeñaban en el lugar de pertenencia: familiares, sociales, laborales. Es así que la continuidad de la profesión o actividad permite la continuidad interna del sujeto durante el cambio y adaptación al país de acogida. Se encontró que mayoritariamente mantienen el mismo nivel profesional o de actividad, y minoritariamente se desempeñan en actividades debajo de su nivel educativo o profesión o lo hacen en una actividad a la que siempre quisieron dedicarse.

Caso 24

“Trabajo como organizadora comunitaria. Me gusta mucho. Estoy 100 x 100 dedicada. En Bogotá no podía con el estudio (abogado) y todo.”

Caso 21

“Trabajo en el consulado, algo que siempre me interesó y quise explorar.”

Caso 35

“Me dedico a la fotografía, uno de mis gustos.”

En la emigración trabajar reafirma la autoestima, permite la integración social, y promueve la capacidad de reparar y reunir las partes del sí mismo consolidando el sentimiento de identidad y capacidad creativa (Grinberg y Grinberg, 1996). Los datos señalan una tendencia que revalida la importancia del mejoramiento económico como motivo de la migración, así como la capacidad de poder establecer interrelaciones sociales, y consolidar su sentimiento de identidad. Rodríguez Jaume & Perensón (2008) manifiestan que “la

experiencia migratoria desencadena un empoderamiento femenino merced a la mayor presencia en espacios de interacción y en ámbitos laborales retribuidos” (p. 12). Por su parte Ariza (2002) señala como la aceptación de relaciones de género más igualitarias implica un proceso de adecuación de la mujer inmigrante al nuevo entorno sociocultural (p. 69).

Sin embargo, el mejoramiento económico como motivo de la emigración se ve comprometido en aquellos sujetos que reportan “desocupación” en país de acogida. De alguna manera significan la valoración atribuida a la actividad laboral como afirmación de sus capacidades adultas. También se podría pensar en un sentimiento de marginalidad al quedar fuera del circuito laboral que no les permite asumir una de las funciones adultas que implica autoabastecimiento, independencia y autonomía.

Por otra parte, resulta llamativo que madres con nivel de instrucción medio y alto busquen los servicios del Programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years). Dado su nivel educativo, capacitación y formación, las madres de la muestra, algunas de ellas psicólogas, psicopedagogas, sociólogas, arquitectas, abogadas, ingenieras, podrían acceder a esta información por ellas mismas. Se podría intuir que por su doble condición de madres e inmigrantes necesitan y desean sentirse rodeadas, apoyadas, valoradas, apreciadas, acompañadas y ayudadas por una figura maternante (Stern, 1995, p. 216). Estos deseos podrían estar depositados en las asistentes maternas, que como “abuelas benevolentes” acompañan a las madres a sentirse más confiadas en su rol maternante. Esta tendencia podría estar operativizando uno de los temas básicos de la constelación maternal, la “matriz de apoyo”. Stern escribe:

...se refiere a la necesidad de la madre de crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora de manera

que pueda cumplir totalmente las dos primeras funciones de mantener vivo al bebé en vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo. Este tema de la matriz de apoyo no se puede evitar debido a las enormes demandas que tanto el bebé como la sociedad depositan en la madre... (1995, p. 216).

Tradicionalmente la matriz de apoyo ha sido una red femenina y maternal, en el desarraigo, producto de emigración, ante la ausencia de la familia extendida para ayudar a la madre, se ejerce una importante presión sobre la pareja para que este la facilite, y en el caso de madres solas sobre ellas mismas, lo que se convierte en una tarea prácticamente imposible. Es decir, sin las tías, hermanas, abuelas y, en muchos casos, ante la ausencia de las propias madres, son las asistentes maternas que como mujeres sabedoras (*sage-femme*) y herederas de esta tradición la proveen. Siguiendo esta línea, es válido señalar que William (1957) utilizó el término “hipótesis de la abuela” para indicar un concepto evolutivo biológico. Señaló que en las sociedades foráneas las madres jóvenes necesitaban de una mujer mayor, no sólo de sus propias madres, para asistirles en las tareas maternantes mientras los hombres se encontraban cazando o realizando otras tareas. De acuerdo a esta teoría, la menopausia (cesación de la capacidad de procrear con capacidad funcional) sería uno de los factores que permitió a los homínidos a expandir su radio de movilidad, así como su inteligencia y subsistencia (Hawkes, O’Connell, Blurton Jones, Alvarez, & Charnov, 1998; Volland, Chasiotis, & Schiefenhövel, 2005). En esta línea, Hrdy Blaffer (1999, 2009) manifiesta que las madres homínidas no habrían podido mantener, alimentar, cuidar y proveer por sus crías sin la cooperación y contribución de figuras maternantes tanto propias como cercanas (*allomothers/alloparents*). A partir de esto se podría indicar que la necesidad de las madres jóvenes de una mujer mayor para asistirles en la maternalidad sería un fenómeno histórico y social (Hawkes, O’Connell, & Blurton Jones, 1989; Angier, 1999; Hawkes, 2004; Lahdenperä, Lummaa, Helle, Tremblay,

& Russell, 2004).

La migración a un país extranjero no sólo implica la pérdida de las redes familiares, sino también la pérdida de las redes sociales, del idioma, costumbres y rituales (Achotegui, 2001). Para estas madres también implica la pérdida de las palabras, ceremonias, rituales y gestos que acompañan y constituyen el acceso a la maternidad en sus propias culturas (Moro, 1998). Pensarse madres en la inmigración, lejos de los apoyos culturales y sociales que se han ido construyendo a lo largo del tiempo, implica una reestructuración del sí mismo en una situación de relativa fragilidad para el sujeto (Moro, 2002). Se podría pensar entonces, que las madres de la muestra buscan en las asistentes maternas del Programa Conexión para la Salud en los Primeros Años (Health Connect in the Early Years) una “envoltura social y cultural”, una piel psicosocial (Bick, 1968), que les permita sostener sus propias apoyaturas culturales y sociales que movilizan sus vivencias de ser madre en este proceso de maternidad en emigración y las confronta con distintos modelos de serlo. Para estas madres atravesadas por la migración la forma de ser madre no puede seguir la ruta descrita por las mujeres de su familia o de la propia cultura. Se encuentran confrontadas con un devenir madre más complejo y con múltiples posibilidades de ser mujer y madre en otro contexto cultural, lo que puede generar múltiples incertezas. La preocupación en como hacer y que hacer en relación a la maternidad supondría para estas madres la adquisición de capacidades como madre lejos de sus apoyaturas culturales y sociales, sin perder las referencias adquiridas a lo largo de su desarrollo. El contacto directo y continuo con otra cultura o grupos culturales diferentes acarrea cambios en los patrones culturales propios (Berry, 1997) y, en el caso de las mujeres migrantes, afecta la forma de verse como mujeres (Vásquez & Araujo, 1990). “En la actualidad la “complexificación” de la vida en la

sociedad global permite múltiples posibilidades identitarias simultáneas, pero quita las “certezas” de ayer” (Pizzinato & Calessio-Moreira, 2007, p. 230). Es decir que estas mujeres inmigrantes necesitan reafirmar la manera de ser madres en su cultura e integrarlas a su realidad actual de maternar en un nuevo contexto social y cultural sin perder sus propias referencias de origen. Por otra parte, sentirse “ajenas”, aisladas o excluidas del grupo social de la sociedad en la que teóricamente estarían incluidas puede llevar a la marginalidad y a la dificultad de integración (Sarriera, 2000; Sarriera, Pizzinato, & Rangel, 2005). Esto podría indicar la necesidad de un doble movimiento: volverse una madre inmigrada que realiza el proceso de maternalidad en una nueva cultura, y también una madre emigrada que maternará desde su cultura (Sayad, 1999) recibiendo el apoyo y el sostén en términos winicotianos de la pareja, familia y red social.

2. Discusión de Resultados Relativos a la Variable Factores de Riesgo Psicosocial

Los resultados indican sujetos con situación de pareja estable conviviente así como con diversas conflictivas de pareja que continúan con el embarazo sin apoyo de la pareja con apoyo familiar. Así como gestantes que prosiguen el embarazo solas sin apoyo familiar o de la pareja, y madres no convivientes que mantiene una relación estable de pareja. Estos datos coinciden con los hallados por Galíndez (2005) en un estudio realizado en el Hospital Naval de la ciudad de Buenos Aires, que recibe pacientes derivados del interior y asiste a familias de diversas provincias debido a los traslados propios de la carrera naval. Los datos reflejan una aceptación por parte del grupo familiar de la madre sola que le permite continuar con su embarazo con apoyo, que las madres de la muestra indican refiere a su propia madre.

Con respecto a situación de pareja algunas de las madres manifestaron espontáneamente:

Caso 13:

“Mi marido se preocupa por mí... como me siento... si el bebé se mueve... si necesito algo... si está todo listo para cuando llegue.”

Caso 9:

“Me separé durante el primer mes, él no se adaptó a la idea de ser papá.”

Con respecto a la planificación del embarazo, se observa una tendencia con embarazo que no es buscado de forma consciente y deliberada, indicando baja planificación que, se podría pensar, se presenta como un imprevisto, quizás denotando el impacto de la vulnerabilidad social de estas madres en materia de planificación de la maternidad. Se puede intuir que en la emigración, que desgarrar la burbuja protectora de la persona y la continuidad del ser, la manera de retomar y continuar con su vida, y en cierta manera volver a ser dueña de su destino y controlar los acontecimientos, sería afirmar la vida y continuarla en el lugar de acogida a través de la descendencia. Quizás la condición de inmigrantes de estas mujeres conduce a intensificar la necesidad de confirmación narcisista que se satisface con el embarazo y el nacimiento del futuro hijo (Lebovici, 1983, p. 251).

Con respecto a la emigración, la perspectiva psicoanalítica señala que todo proceso de cambio y pérdidas pone en marcha los mecanismos involucrados en el proceso de duelo que reactivarán la posición depresiva (Klein & Riviere, 1964). La elaboración de la posición depresiva implica que la persona pueda establecer los objetos internos buenos y sentir seguridad en su mundo interno. La emigración como proceso de pérdida reactivaría la posición depresiva y, ante la necesidad de reconstrucción del mundo interno que se siente fraccionado, la persona necesita instalar dentro de sí los objetos amados perdidos y todo lo que proyectó para sentirse integrada.

Es válido señalar que en la emigración no hay pérdida definitiva del objeto, sino que este permanece vivo, lo que favorece las fantasías conscientes e inconscientes de reencuentro. Entonces, el embarazo para estas madres podría ser el producto de la fantasía inconsciente de los objetos amados perdidos que les permitiría contrarrestar la sensación de vacío que conlleva el sentimiento de soledad al haber perdido su lugar de pertenencia, raíces, apoyos y cultura. Dependiendo de la capacidad de elaboración de la posición depresiva, se reactivarán las ansiedades primitivas y se movilizarán los mecanismos de defensa que cada persona empleó en el enfrentamiento de situaciones infantiles de pérdida. Entonces el embarazo podría tener una función defensiva ante las ansiedades depresivas de lo que siente que ha abandonado y dañado en su país de origen. Así como ante las ansiedades confusionales al no poder diferenciar entre lo que ha dejado y lo nuevo, y las ansiedades persecutorias frente a la maternidad en una cultura extraña sin la asistencia de las redes de apoyo y soportes culturales de su propio medio.

La falta de apoyaturas sociales, culturales, y afectivas que conlleva la emigración podrían llevarlas a quedar embarazadas sin planificación, recuperando a través del hijo su propia identidad femenina. Grinberg & Grinberg (1996) señalan que las migraciones constituyen cambios en la vida de las personas que pueden ser de tal magnitud que pongan en riesgo la propia identidad. En esta dirección Pizzinato & Calesso-Moreira (2007, pp. 224-225) citando a Molina (2006) escriben:

Siendo la maternidad un concepto que se intercambia en el espacio social, su interpretación y repercusión en la experiencia individual es muy significativa, siendo por largo tiempo tal vez la investidura más poderosa para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer, aún en aquellas que no son madres (Molina, 2006).

El acceso a la maternidad va acompañado de los fantasmas del deseo de maternidad que conlleva la idealización de la madre

pre-edípica. En tanto, el deseo de hijo corresponde a un registro levemente distinto donde el acento está puesto “en ese producto de la maternidad que solemos llamar “hijo imaginario” (Lebovici, 1983, p. 250), producto de las fantasías conscientes y preconcientes de la madre. Se podría pensar que el futuro hijo es la expresión de un deseo inconsciente que satisface las aspiraciones de maternidad. Cuando no existe separación entre la condición de ser mujer y la condición de ser madre, los deseos de ser madre y de tener hijos aparecen confundidos. En cambio, cuando la madre planifica el embarazo ha podido establecer una distinción entre el fantasma de la maternidad y la decisión de tener un hijo (Lebovici, 1983, p. 250).

Con respecto a planificación del embarazo algunas de las madres de la muestra expresaron espontáneamente:

Caso 1:

“Planeado. Teníamos muchas ganas de tener un hijo. Lo esperamos con mucha ilusión.”

Caso 13:

“Si. Siempre tenemos esperado tener un bebé. Estoy feliz.”

Asimismo, con respecto a embarazo no planificado, algunas de las madres expresaron:

Caso 10:

“Vino sin avisar (acariciando la panza). Enseguida me emocioné y lo espero con mucho afán.”

Caso 16:

“Vino sin avisar. Estabamos mal...con problemas en la pareja. Decidí tenerlo sola.”

Caso 40:

“Vino sin avisar (repite sonriendo)...el papá no estaba de acuerdo... se fue de la casa...seguí con el embarazo adelante. Estoy feliz.”

A pesar de la baja planificación del embarazo, esto no implica que este no sea deseado, ya que los datos revelan aceptación del embarazo. Esta tendencia se observa en aquellas gestantes que si bien indicaron no aceptación al principio, este rechazo es temporario para luego tornarse en aceptación. Estos datos confirman lo manifestado por Caplan (1959), el rechazo inicial es común y generalmente es seguido por aceptación al promediar el primer trimestre gestacional. La sorpresa o la negación es muchas veces la primera reacción ante la noticia de estar embarazada, aún en aquellos embarazos planeados puede haber ambivalencia inicial (Entwisle & Doering, 1981; Lederman, 1984; Salvatierra Mateu, 1989). La ambivalencia ante el embarazo es normal, “todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo)” (Langer, 1964, p. 23). Este rechazo se basa en ansiedades persecutorias debido a la elaboración de la conflictiva edípica, si es prevalente e intenso durante el tercer trimestre, estaría indicando conflictos maternos irresueltos (Soifer, 1971). Pohlman (1968) manifiesta que la aceptación progresa a medida que avanza el embarazo, y que los mecanismos de defensa más útiles para resolver el conflicto son la negación y racionalización. Los datos corroboran lo manifestado por Wenner et al. (1969), Pohlman (1969) y Flapan (1969), la no planificación del embarazo puede significar la necesidad de satisfacer un deseo biológico, psicológico o social sin desear el bebé y, también es posible que, el bebé sea deseado pero se resistiera el embarazo.

Los datos respecto a aceptación del embarazo y el rechazo temporario para después tornarse en aceptación coinciden con los hallados por Oiberman & Galíndez (Oiberman, 2005). Asimismo con lo detectado por Galíndez (2005) en un estudio realizado en el

Hospital Naval de la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo difieren en el rechazo al embarazo, ya que Galíndez detectó una baja proporción de sujetos que presentan rechazo ante el embarazo. Asimismo, con respecto al rechazo al embarazo, los datos en el presente estudio no coinciden con los hallados por Oiberman (2005) en el Servicio de Neonatología del Hospital Ana Goitía de Avellaneda entre los años 1996-2001. Oiberman encontró una tendencia similar de aceptación durante los años 1998-2000, y un aumento significativo de rechazo al embarazo durante el 2001, momento de profunda crisis económica y social en la Argentina. En tanto, Flórez-Alarcón (1999) en un estudio realizado en el Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santa Fé de Bogotá, Colombia, detectó que el 80% de las primigrávidas admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando se enteran que están embarazadas. Con respecto a la aceptación y rechazo del embarazo, Salvatierra Mateu (1989) manifiesta que la ambivalencia ante la primera noticia del embarazo y en el curso del primer trimestre gestacional es común incluso si el embarazo ha sido deseado.

Los datos hallados respecto a temor a la salud del bebé, temor a la salud propia, presentimiento de parto prematuro y temor al parto corroboran lo detectado por Lederman (1984), si para el tercer trimestre existe conflicto residual irresuelto este se manifiesta indirectamente en los sueños de las gestantes, temor por la salud del bebé y temor al parto. Es decir, la ambivalencia ante la aceptación del embarazo, y las ansiedades que acompañan los cambios y reacomodaciones a nivel biológico y emocional no resueltas se expresan en el temor a la salud del bebé y propia, presentimiento de parto prematuro y temor al parto en las madres de la muestra.

Esta tendencia de embarazo no planificado y aceptación del mismo nuevamente se confirma en los resultados que refieren a haberse imaginado/soñado al bebé, a la percepción de los movimientos fetales, y a sentirse física y emocionalmente bien. La no

presencia de sintomatología física referente a la ambivalencia frente a la aceptación o rechazo (náuseas, vómitos, diarrea, constipación) indicaría la presencia de vivencias placenteras con respecto al hijo mismo, representante de la propia relación con sus padres, con ella misma como hija y madre y con la propia pareja (Soifer, 1971). Por otra parte, se podría considerar esta tendencia de las madres de la muestra como la distorsión de la percepción por negación o proyección del estado de ansiedad que acompaña el embarazo y que emergerá desplazada en la situación de parto y en las ansiedades con respecto al bienestar del bebé. Se podría pensar en términos de Oiberman que el embarazo “es una fase donde la mujer tiende a amarse más fuertemente y donde ella ama indistintamente al niño que lleva y al cuerpo que lo sostiene” (2005, p. 183). Además, desde la teoría del apego y la neurociencias, es válido considerar que las funciones de regulación biológica son dependientes de las relaciones de apego (Schore, 2002), es decir que los acontecimientos relacionados con el apego producen componentes neuroquímicos y psicosomáticos.

A partir de los datos recabados, se podría pensar que la ambivalencia ante aceptación o rechazo del bebé en las madres de la muestra no cursa psicosomáticamente sino que aparece desplazada en los temores al bienestar propio y del bebé, así como en el momento del parto. Esto se vería remarcado ante la tendencia demostrada respecto a malestar emocional, que podría indicar una negación o proyección del estado de ansiedad que aparecerá desplazada en los temores referidos al bienestar del bebé y propio. Se podría decir, siguiendo a Benedek, ya sea que la mujer goce su embarazo o sea ambivalente hacia su maternidad, la tarea integrativa que debe realizar a nivel biológico, psicológico y en la vida real, es mayor a cualquiera que haya emprendido. Esta tarea adaptativa se presenta mayor con el primer bebé, cuando la gestante experimenta algo completamente nuevo (1970b, p. 152).

Por otro lado, considerando los datos respecto a situación de pareja, se podría intuir que el grado de apoyo y aceptación del ambiente que rodea a la gestante, sea la pareja, la familia o las asistentes maternas refuerzan la propia aceptación del embarazo (Langer, 1964; Soifer, 1971). Oiberman escribe: “Los apoyos que la nueva madre recibe de su medio, contribuyen a reforzar en ella su imagen de madre y permiten el triunfo del amor” (2005, p. 185).

Es interesante destacar que una vez pasada la no aceptación del embarazo al principio (primer trimestre gestacional), el total de las madres de la muestra manifestaron haberse imaginado el bebé durante el embarazo y percibir los movimientos fetales. Estos datos no coinciden con los hallados por Oiberman (2005) en el año 2001 en una muestra de 72 madres en el Servicio de Neonatología del Hospital “Ana Goitía”, donde el 50% de las madres indicaron haberse imaginado al bebé, y un 36% indicaron no haberse imaginado al bebé.

El imaginarse al bebé coincide con la percepción materna de los movimientos fetales entre el cuarto y quinto mes de gestación en primigestas. La motilidad del feto coincide con la manifestación psíquica materna que se presenta, a partir de este momento, a través del mecanismo inconsciente de proyección, en base al cual se desplaza sobre el futuro hijo características, fantasías, que resultan de la expresión del estado de ansiedad común a todas las gestantes, y por medio del cual la madre se identifica con el bebé (Soifer, 1971, p. 31).

La fantasía respecto al bebé asume carácter consciente y toma cuerpo cuando la gestante le da configuración en su mente. El “bebé imaginado” de Lebovici (1989a) es fruto de esta fantasía que la madre expresa. Cuando la gestante habla del temperamento,

sexo, aspecto, parecido u otra característica física del bebé, así como del nombre de su futuro hijo, piensa en el “bebé imaginado” quien es el transmisor del destino transgeneracional, el bebé de las fantasías conscientes y preconscientes de la madre, producto de su deseo de hijo. Por otra parte, además de la negación y proyección, la gestante puede recurrir a los mecanismos maníacos tales como la ensoñación, las fantasías de un bebé hermoso y bueno que la llenará de felicidad y constituirá el refugio placentero que permite la prosecución del embarazo. Se podría decir que estas son tendencias reparatorias de la imagen materna que refieren a la necesidad de la madre de recrearla mediante la identificación (Soifer, 1971, p. 31).

Con respecto a haber imaginado y soñado al futuro bebé, se consigna lo expresado espontáneamente por algunas de las madres de la muestra:

Caso 9:

“Me lo imagino lindo...sanito...una cosita linda.”

Caso 13:

“Me lo imagino con el pelo del papá, con los ojos del papá... lo llamaremos Raul Leonel. Raul como el papá... Leonel como el papá de mi esposo.”

Caso 15:

“Me imagino un varón... Carlos Augusto... Carlos como el papá... Augusto como mi abuelo de parte de madre.”

Caso 17:

“Me lo imagino lindo, con el color de pelo del papá y con mis ojos. Me lo imagino cuando sea más grande...también bueno... pero como pateo tanto imagino que inquieto.”

Caso 18:

“Me la imagino nena... tiene que ser nene... toda la familia son mujeres... yo me llamo Celeste por Argentina, mi papá es de la selección argentina, y a mi mamá le gustaba Celeste... la novela de Andrea del Boca... a mi bebé la voy a llamar Celeste Gisella.”

Caso 19

“Me lo imagino chiquito...pero fuerte...lo vamos a llamar Nicolás David...lo elegimos entre los dos...Nicolás como mi papá.”

Caso 26:

“Soñaba con un bebé... lindo, sano... Será sanito y lindo.”

Caso 29:

“Me lo imagino con el pelo del papá, sus ojos... con mi carácter... tranquilo.”

Caso 30:

“Me lo imagino chiquito...tranquilo...Será un bebé tranquilo. Estoy segura.”

Caso 32:

“Lo imagino como cuando pequeña, con ojos claros... sanito.”

Caso 38:

“Me lo imagino lindo y sanito... que nazca sanito. Seguí con el embarazo por él (haciendo referencia al bebé) porque lo quería a todo costo. Va a ser fuerte como yo”

Como señala Missio (2004), durante el embarazo cuando las madres anticipan algún parecido lo hacen entre el bebé y el padre en mayor medida que entre ella y su hijo, lo que se acentúa todavía más si el bebé es un varón. “Se puede imaginar que esta es una forma de confirmar al padre como tal desde una dimensión simbólica (Lett, 2003)” (Missio, 2004, p. 196). Lo consignado confirma lo señalado por Ammaniti et al. (1995), las madres atribuyen características al bebé significativamente más proximas al padre que las que se atribuyen a ellas mismas. Soulé, a través de la metáfora de la malla que la madre teje durante la gestación, manifiesta que el

desarrollo del bebé en la mente de la madre depende de la capacidad materna y paterna de fantasear sobre el mismo. Propone que la madre no solo da vida al bebé, sino que también se constituye en el contenedor que necesita ser preparado antes del nacimiento para anticipar el aspecto real del bebé (Soulé, 1990). Este trabajo interno vendría a asumir la importante función de generar en la mujer un rapport con el bebé imaginado y, al mismo tiempo, con el cuerpo del bebé real, a través de la construcción de un útero externo al cuerpo para contener y anidar al bebé y proveerle lo que este necesita (Ammaniti et al., 1995), lo que promovería, en términos de Slade (2002), el desarrollo de la capacidad materna de tenerlo en su mente. Asimismo, las representaciones prenatales refieren a las experiencias vinculares de la madre, que incluyen memorias de las experiencias tempranas, así como miedos, fantasías, mitos, tradiciones familiares, culturales y experiencias personales (Fava Vizziello, Invernizzi, Antonioli, Maestro, 1995; Illicali & Fisek, 2004; Stern, 1995).

Caso 20:

“Al principio no podía imaginarla... todos los bebés que miraba me decía así va a ser... después del ultrasonido que le ví la carita me emocioné, me puse a llorar...es como quería que sea. Le decía al papá y si sale blanquita... no, me decía, la mamá es negrita y el papá es negrito... pero en mi familia hay de todo, tengo una hermana blanquita.”

Otras de las gestantes espontáneamente daban expresión simbólica a sus ansiedades inconscientes a través de sus sueños, dando paso a sus anhelos, temores, elaboración del modelo materno e identificación con su hijo a través de mecanismos tales como desplazamiento, condensación, transformación y distorsión. Así, algunas de las gestantes cuyas madres viven en Cuba expresaban a través de sus sueños su deseo de proximidad:

Caso 19:

“Una vez soñe que mi carro no estaba. Me lo habían robado. No podía ir a trabajar...ni llevar a mi bebé a la casa de mi mamá. Mi mamá no podía venir a mí, y yo no podía ir a ella... me quedé muy agitada.”

Caso 39:

“Soñé que mi bebé había nacido. Era pequeña, linda... Yo quería salir pero no tenía el asiento (de bebé) para el carro. No podía dejar al bebé... y no podía llevarla... Me desperté muy angustiada.”

Otra de las gestantes a través de su sueño procura anticipar y elaborar una de las tareas fundamentales de la gestación, su realidad como madre de su hijo e hija de su madre, identificándose con su madre y su hijo, y dando a luz un aspecto de sí misma.

Caso 27:

“Soñe con el parto, pero en vez del bebé naciendo, era yo y mi mamá.”

Un sueño inténsamente vívido y repetitivo es comunicado por otra participante:

Caso 14:

“Tenía un sueño recurrente...soñaba que la tenía en brazos y se me caía de los brazos...que cuando la ponía en la cuna se me caía de los brazos...me despertaba agitada y sobresaltada.... Me quedaba mal...muy mal...me preocupa si voy a saber cuidarla.”

Desde el psicoanálisis se señala que el temor a que el bebé se caiga porque está mal sostenido representa el temor a la aniquilación o desintegración por la irrupción masiva de la ansiedad. Escribe Soifer: “La ansiedad es frente a la separación y el temor concomitante, asustarse tanto que la reacción sea la expulsión brusca y anticipada” (1971, p. 44). Al indagar sobre la dimensión problema actual de sucesos significativos de vida, esta madre manifestó “*accidente*” y reveló que su pareja sufrió un serio accidente (“se cayó de una escalera y sufrió múltiples fracturas...iba a quedar inválido”) que requirió múltiples cirugías e implicó la pérdida del

dinero con el que iban a iniciar su propio negocio y emprender una mejor vida a nivel económico en Miami. En este caso, la aniquilación o desintegración estaría asociada al truncado proyecto de un mejoramiento económico razón de la emigración de esta pareja.

Winget & Kapp (1972, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 133) observaron que las gestantes con sueños de ansiedad y amenaza tenían partos más cortos que aquellas sin sueños ansiosos. Interpretaron este resultado indicando que las gestantes que sueñan están tratando activamente de resolver los problemas de adaptación al embarazo y al rol materno. Concluyeron que aquellas que no encaran la situación con un cierto grado de ansiedad, fácilmente recurren a mecanismos de negación y represión ante la amenaza anticipada con el resultado de que su ansiedad latente se desplaza al parto.

Si bien el análisis del contenido de los sueños de las gestantes excede la propuesta de la presente tesis, resulta válido señalar la conceptualización de Garma acerca de los mismos (1940, 1962, 1979). Propone que los sueños obedecerían a situaciones traumáticas enmascaradas, y “que el verdadero motor del proceso onírico estaría dado por las situaciones traumáticas, que tienden a reproducirse durante el sueño” (Braier, 2009, p. 49). La propuesta de Garma no contradice lo manifestado por Freud (1900), los sueños como un cumplimiento de deseo, ya que reconoce la presencia de la realización de deseo en los sueños como parte de un enmascaramiento de la situación traumática. Los sueños de las madres de la muestra coinciden con lo postulado por Garma, donde el cumplimiento de los deseos formaría parte del disfraz que enmascararía la situación traumática actual (el devenir madre sin el apoyo de la propia madre, el desamparo, lo extraño, el desarraigo, etc.), que reactivaría traumas precoces (Freud, 1918, 1920a, 1920b, 1933b). Se podría decir que

en las madres de la muestra la presencia de situaciones traumáticas edípicas y narcisistas resignificadas podrían estar neutralizadas por las defensas yoicas y pasarían desapercibidas, hasta que durante el momento gestacional logran, por una acumulación de la carga y/o debilitamiento del yo, desbordarlo y presentificarse a través del contenido de los sueños (Braier, 2009, p. 62).

Además, lo consignado coincide con lo postulado por Bydlowski (1991, 1998), Raphael-Leff (1995), Palacio-Espasa (1993), Manzano (1998), Gauthier (1998) y Molénat (1999) quienes describen un estado global de las embarazadas que haría posible que los contenidos inconscientes que habitualmente estarían sometidos a estricto control y censura emerjan sin resistencia por un cierto levantamiento de la represión.

Con respecto a los sucesos significativos de vida de la variable factores de riesgo psicosocial, problemática social es la principal temática emergente, seguida por problema actual, situación de pareja y muerte.

Los datos hallados respecto a situación de pareja no coinciden con los detectados por Oiberman (2005) durante los años 1996-1998 en el Servicio de Neonatología del Hospital Ana Gotilla, quien encontró un menor porcentaje de sujetos con esta problemática. Asimismo, los datos del año 2001 continúan con esta tendencia. Por otra parte, Galíndez (2005) en un estudio realizado en el Hospital Naval de la Ciudad de Buenos Aires indica esta misma tendencia.

Como se aprecia, algunas madres deben encarar la gestación y responsabilidad del futuro hijo sin la presencia de la pareja por diversos motivos: separación durante el embarazo y migración interna. Se podría pensar que la prosecución del embarazo en situación conflictiva con la pareja indicaría un alto deseo de ser madre en los sujetos de la muestra. Con respecto a separación durante el

embarazo, principal suceso en el área pareja, algunas de las madres comentaron al respecto:

Caso 15:

“El papá no lo quiso y me separé.”

Caso 16:

“Me separé por infidelidad...volví de Buenos Aires... me enteré que tenía otra...me fuí. Cuando me enteré que estaba embarazada no se lo dije. Me hago cargo sola. No voy a dejar que lo reconozca.”

Con respecto a *migración interna*, otra problemática en relación a la pareja, algunas de las gestantes expresaron:

Caso 32:

“El papá consiguió trabajo en North Carolina...se queda por tres meses...pienso si nace y su papá no está...Anoche soñe que trabajaba hasta el último minuto. Llegué a la casa y le dije a mi papá que le avisara al papá (del bebé) que iba a nacer. Me bañé... me arreglé...mi papá me llevó al hospital y nació.”

Caso 19:

“El papá trabaja en Tampa....acá no tenía trabajo...viene los fines de semana.”

El alejamiento del padre del bebé por migración interna por causas laborales podría representar para estas madres responsabilidad por parte de la pareja, padre del futuro hijo de proveer económicamente por ella y el futuro bebé. Confirmando lo manifestado por Stern (1995) en la constelación maternal con respecto al compañero, la madre está más interesada en la pareja como padre de su bebé, en el sostén y soporte que este aporta a ella y al futuro hijo.

Situación de pareja como suceso significativo se presenta mayoritariamente en el primer trimestre gestacional como separación durante el embarazo. Este es el momento de la impregnación, cuando la gestante incorpora al compañero como parte de sí (Bibring et

al., 1961), “probablemente, el más importante, ya que la mujer debe aceptar la *impregnación*, incorporando al partener sexual como parte de sí misma (Bibring, 1959)” (Salvatierra Mateu, 1989, p. 39). En este momento de tan alta significación para la prosecución del embarazo se observa en las madres de la muestra separación de la pareja. Además, es el momento de la nidación, proceso biológico cuyo proceso inconsciente, la placentación, refiere a la reactivación de fantasías de robo y vaciamiento que estimulan, el “proceso narcisista de concentración libidinal del Yo”, que equivale a la concienciación de sentimientos latentes de origen infantil y a la adopción de conductas de control” (Salvatierra Mateu, 1989, p. 40). Este proceso desde la mirada psicoanalítica estimula la regresión y la reactivación de la relaciones con la madre (Chertok, Bonnaud, Borelli, Donnet & D’Allones, 1969). Este trimestre es conocido como el periodo de peligro de aborto, entonces, cuando la gestante prosigue con el embarazo, la ansiedad disminuye a niveles tolerables, constituyendo una psicohigiene del aborto (Soifer, 1971). Se podría indicar que cuando la mujer prosigue con el embarazo es porque su tendencia a la maternidad está atenuada por el deseo de ser madre (Soifer, 1971, p. 28).

Migración interna, segunda conflictiva de pareja, se indica a lo largo de toda la gestación, predominantemente en el segundo trimestre. Se intuye que es recibida por las madres como un estresor menor, quizás se aprecie como una responsabilidad de la pareja hacia ellas y el bebé, respondiendo a uno de los temas que constituyen la constelación maternal: la matriz de apoyo (Stern, 1995).

A partir de los resultados con respecto a situación de pareja, se destaca que también los hombres atraviesan por una crisis evolutiva psicobiológica social en la transición a la parentalidad (Gutmann & Huyck, 1994; L. Hoffman, 1977; Osofsky & Culp, 1989; Robinson & Barret, 1983), definida como “el proceso psicoafectivo por el cual el hombre realiza una serie de actividades en lo

concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos” (Oberman, 2008, p. 80). Tizón (1999, 2001) manifiesta que la transición a la parentalidad dependerá de la organización de los objetos internos, que refieren a las experiencias con las personas más significativas: padre, madre, hermanos, maestros, etc., y a la maduración o a un estado de ansiedad persecutoria. Por su parte Gurwitt (1995) manifiesta que a nivel consciente el padre se puede sentir agobiado ante la responsabilidad, en tanto que inconscientemente se siente confrontado con la problemática edípica no resulta, ya que el hijo implica el cambio de la pareja a la tríada. Así, puede deprimirse o escaparse maníacamente a su actividad profesional o laboral, y a relaciones extra matrimoniales. También, puede preocuparse en exceso, proyectando su ansiedad en el bienestar de la gestante. Trowell & Etchegoyen (2002) manifiestan que el futuro padre puede tener sentimientos ambivalentes, entre el amor y la envidia de la mujer y el afecto que necesita de ella del que se siente excluido. Hidalgo (1998, p. 163) indica que las tareas relacionadas con el nacimiento y crianza del infante, los cambios en la relación de pareja, la necesidad de compatibilizar roles diferentes, el cambio de rutina y hábitos, las restricciones a la libertad personal, las repercusiones sobre la actividad profesional o el costo económico, son algunos de los aspectos que pueden resultar problemáticos, y que ayudan a entender la transición a la paternidad como un proceso potencialmente estresante (Cowan & Cowan, 1997).

Con respecto a muerte como suceso significativo de vida, refiere a figuras de apego: padre y abuela materna. Estas pérdidas impulsaron la inmigración de estas gestantes para reencontrarse con la madre que las abandonó en la infancia al emigrar a Estados Unidos. Los datos con respecto a muerte son ligeramente mayores a los encontrados por Oberman (2005) en el año 2001 en el

Servicio de Neonatología del Hospital Ana Goitía. En tanto Galíndez (2005) detectó una tendencia superior a las de las madres del presente estudio.

Problema social como suceso significativo de vida se indica como la principal problemática de las gestantes de la muestra. Se detecta desocupación como tema emergente social más significativo, seguido por problema económico. Durante la entrevista algunas de las gestantes optan por *desocupación/problemas económicos/pobreza* y agregan espontáneamente:

Caso 15:

“El padre no quiere saber de nosotros, no ayuda... cojo mucha lucha.”

Caso 18:

“Cuando llegué me puse a trabajar...vendo flores en la calle. Acá hay que trabajar...no hay tiempo para nada más...trabajaré hasta que nazca. El papá consiguió trabajo en St Lucie por tres meses...no puede venir...no hay como...el dinero no alcanza...ahorramos para ella.”

Problemática social se extiende a lo largo de toda la gestación, emergiendo mayoritariamente en el segundo trimestre, seguido por el primero y el tercero. Soifer (1971) manifiesta que durante el segundo trimestre gestacional con la percepción de los movimientos fetales surge ansiedad frente al temor a lo desconocido depositada en el futuro hijo cuyas características y forma son una incógnita. Junto con este temor a lo desconocido está el miedo a la responsabilidad asumida ante el futuro hijo. “Este sentimiento de responsabilidad se une a la noción de dar vida, lo cual, si tenemos en cuenta el proceso genético, significa haber cedido parte de la propia” (Soifer, 1971, p. 31). La ansiedad de la vida con límites precisos, prominente durante el segundo trimestre, podría estar aumentada en las madres de la muestra confrontadas con estresores sociales tales como desocupación, problema económico, que

implican límites a la capacidad de autoabastecimiento y sostén económico para ellas mismas y su bebé.

Los datos correspondientes a problemática social coinciden con los hallados por Oiberman en el Servicio de Neonatología del Hospital Ana Goitía en el año 2000, donde “la aguda crisis socioeconómica sufrida, emerge como la fuente principal de preocupación de las madres” (Oiberman, 2005, p. 154). En tanto, Galíndez (2005) detectó esta conflictiva como la tercera problemática emergente, después de conflicto con la pareja y problemas relacionados con la muerte. Con respecto a *desocupación*, los datos hallados coinciden con los encontrados por Oiberman (2005) quien detectó desocupación como la mayor problemática social en el año 2000, momento también de profunda crisis económica en Argentina,

Es importante destacar que las vicisitudes de la crisis económica en Estados Unidos en el momento de recolección de datos coinciden con las temáticas emergentes de las madres de la muestra: problema económico y desempleo. La crisis que comenzó con el quiebre del mercado inmobiliario en septiembre 2009 culminó en una crisis del sistema financiero y de desempleo que llegó a alcanzar en el estado de Florida durante los meses de diciembre 2009 a mayo 2010 un índice de desocupación del 11%, el tercero del país. Convirtiendo a Miami en una de las diez áreas metropolitanas de mayor índice de desempleo según datos de la Oficina de Estadísticas Laborales del Departamento de Trabajo de Estados Unidos (www.bls.gov). Es válido remarcar que el bienestar económico es la principal problemática de las gestantes de la muestra, quienes manifestaron como motivo de emigración búsqueda de un mejoramiento en el nivel de vida. La aguda crisis económica en Estados Unidos al momento de la recolección de datos, con alta tasa de desempleo, caída del sistema de préstamos y financiero, atraviesa el motivo de emigración de las gestantes.

Problemática actual como la segunda temática predominante en los sujetos de la muestra coincide con lo hallado por Oiberman (2005) durante el año 2000. En tanto, Galíndez (2005) en un estudio realizado en el Hospital Naval de la Ciudad de Buenos Aires entre mayo 2001 y diciembre 2002 detectó problemática actual como la principal temática de las madres.

Los tres ítems con mayor respuesta, *otros*, *mudanza* y *problema familiar*, se presentan solos y combinados. Una madre opta por el ítem *otros* y agrega espontáneamente:

Caso 22:

“Estoy sin trabajo...el papá trabaja *part time* (media jornada) se hace difícil...se pasa mucho trabajo.”

El segundo trimestre, momento emergente de problema actual, está marcado por la percepción materna de los movimientos fetales, cuando el bebé comienza a dar señales francas de su presencia. Soifer (1971) indica que la percepción de los movimientos fetales lleva a la ansiedad dominante de todo el embarazo que reactiva fantasías infantiles persecutorias y culposas, y remite a ansiedades con respecto a la responsabilidad asumida hacia el hijo. Asimismo, emerge en el tercer trimestre, momento donde la preparación para el parto despierta ansiedades hacia lo desconocido y la responsabilidad ante la inminencia de la presencia del bebé. Durante el tercer trimestre, ante el desarrollo del feto que gana peso y volumen, la madre se siente pesada, cansada, y muchas veces incómoda para andar y dormir. Todas estos cambios intensifican las ansiedades que van exacerbándose con la noción de la proximidad del parto que trae consigo la separación y como tal “la pérdida de un estado y pasaje a otro” (Soifer, 1971, p. 59). Soifer escribe:

La incertidumbre en cuanto a la fecha resume y sintetiza todas las otras incertidumbres y se transforma en uno de los leitmotivos obligados. A través de “cuándo será el parto” se expresan las incógnitas de cómo será el parto, cómo será la criatura, cómo resultará su crianza, etc. (1971, p. 47).

La principal problemática actual emergente refiere al ítem *otros*, de alguna manera desde el mecanismo de identificación proyectiva queda la problemática en incógnita e incerteza para la entrevistadora. En segundo término la problemática actual emergente es *mudanza*, situación que refiere a la pérdida del hogar que han tenido hasta ese momento y deben abandonar. Los temas emergentes espejarían las ansiedades predominantes de los trimestres gestacionales consignados.

Siguiendo a Stern (1995), se podría decir que estas ansiedades remiten a la trilogía maternal, es decir a las tres preocupaciones y discursos que la madre tiene que reunir, que tienen lugar tanto interna como externamente: el discurso con la propia madre, especialmente con la madre como madre cuando ella era niña; el discurso consigo misma, especialmente consigo misma como madre; y el discurso con el bebé. Estos discursos remiten a los cuatro temas que Stern conceptualizó como constelación maternal: el tema de la vida y el crecimiento, el tema de la relación primaria, el tema de la matriz de apoyo, y el de la reorganización de la identidad. Temas que subyacen a las siguientes posibles preguntas que podrían formularse las madres de la muestra: ¿Podré en la situación en la que me encuentro mantener a mi bebé, hacerlo crecer? ¿Podré a pesar de los problemas relacionarme afectivamente con mi bebé y garantizar su desarrollo psíquico? ¿Podré ser capaz de crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones? ¿Seré capaz de transformar mi propia identidad para permitir y facilitar estas funciones?

Con respecto a problemas psicológicos maternos durante el embarazo, la principal temática emergente es *parto en sí mismo* como suceso significativo de vida, seguido por *embarazo en sí mismo*, *malestar emocional*, y *malestar físico*. Indicaría una tendencia de la preocupación de las madres de la muestra hacia la primera separación corporal que implica una ruptura en “la estructura relacional y la economía libidinal de la madre embarazada con su bebé” (Oberman, 2005, p. 186). Langer (1964) manifiesta que durante el embarazo y parto la gestante repite especialmente la relación primitiva con su propia madre. Hecho interpretado por Deutsch (1945) como la doble identificación con el bebé intrauterino, reviviendo así su propia vida intrauterina. “Además, el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su superyo materno, y así su relación ambivalente con la madre es revivida con su futuro hijo” (Langer, 1964, p. 182). Las fantasías que tenga la gestante sobre el bebé _ ya sea que se trata de un hijo que le pertenece a la madre, o implique la pérdida de la propia madre por haber concretado la fantasía infantil envidiosa de tener un hijo y destruir a la madre _ vuelven a presentificar las fantasías inconscientes tempranas de la niña. Se podría decir que las angustias presentes en las madres de la muestra referirían a la agudización de estas fantasías. Una de las madres de la muestra quien optó en el área “problemas psicológicos asociados al parto” por respuesta múltiple, al indicar *angustia* expresó:

Caso 15:

“El padre no lo va reconocer... como mi padre.”

También, al seleccionar *temor a la salud del bebé* y *parto prematuro* añadió:

“...dicen que cuando uno se estresa demasiado el bebé se afecta.”

Por otra parte, la instalación franca de los movimientos fetales a partir del quinto mes gestacional va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. Ambas situaciones producen un nuevo acceso de ansiedad en el que se renuevan las fantasías inconscientes relacionadas con el conflicto edípico y el temor a la muerte (Soifer, 1971, p. 34). Es importante señalar que en las madres de la muestra no emergen problemas físicos con alto componente psicossomático de aparición frecuente durante el embarazo que indican un alto grado de incapacidad de tolerar y elaborar la evolución biológica y psíquica que acompaña el proceso de maternaje (Oberman, 2005). Sólo surge en muy baja frecuencia contracciones que pueden deberse al miedo a lo incontrolable y podrían despertar la sensación de pérdida y fantasía de parto prematuro a nivel consciente (Soifer, 1971). A partir de la tendencia de las madres de la muestra a sentirse física y emocionalmente bien se podría intuir una capacidad para elaborar el devenir madre. Podría indicar una capacidad de las madres de la muestra de tolerar las ansiedades de los primeros momentos de gestación, de adaptarse a la percepción de los movimientos fetales y superar la culpa por las vivencias incestuosas y narcisistas de unión exclusiva, y de aceptar y elaborar los ataques celosos del medio (Soifer, 1971)

Con respecto a la dimensión problemas psicológicos maternos, se detectó como estresor psicológico principal *temor por la salud del bebé*, seguido por *angustia*, *temor a la salud propia*, *presentimiento de parto prematuro*, *temor al parto*, y otros. Confirmando la tendencia de la preocupación de las madres de la muestra a alcanzar con éxito su tarea gestante, “lo que está en juego es que la madre tenga éxito como animal humano” (Stern, 1995, p. 213). En palabras de Soifer:

En medio de la incertidumbre, que es la ansiedad consciente dominante, reaparecen crisis intensas, de duración variable, en las que

se expresa, por lo general conscientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo (1971, p. 53).

Los datos hallados respecto a los estresores psicológicos principales se corresponden con los hallados por Galíndez (2005) en un estudio realizado en el Hospital Naval de la Ciudad de Buenos Aires y con los detectados por Oiberman (2005) en el año 2001 en el Servicio de Neonatología del Hospital Ana Goitía. Además, confirman lo indicado por Light & Fenster (1974) quienes observaron que en embarazo normal los temores se dan principalmente en relación con la salud y normalidad del bebé, la condición del recién nacido en el momento del parto, la contracepción después del parto, la pérdida del atractivo físico, los problemas económicos derivados de la atención médica y los efectos de la anestesia. Lo anterior ha sido corroborado por Stanley et al. (1979, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 46) quienes encontraron que los principales aspectos que generan ansiedad en el embarazo se relacionan con el temor al sufrimiento fetal, el parto, y los aspectos físicos inherentes a la madre. Agregan además, que estos temores se dan mayormente en las mujeres más jóvenes, en las primigrávidas, en las de bajo nivel educacional, en las que no reciben preparación psicoprofiláctica para el parto, así como en las que cursan embarazo de alto riesgo.

Algunas gestantes al optar por el ítem *otros* expresaron:

Caso 9:

“Cuando me siento extraña tengo miedo a que no sea sanito.”

Caso 38:

“Tengo que estar fuerte para él... mi miedo es no estar fuerte.”

Caso 39:

“Si...si el papá no está cuando llegue...”

Caso 40:

“No quiero que el padre esté...ni que lo conozca.”

Una de las gestantes que indicó *parto prematuro* expresó:

Caso 32:

“Tengo miedo que el papá no llegue a tiempo para cuando nazca”

Resulta válido señalar que *presentimiento parto prematuro* no debe confundirse con *temor al parto*, ya que refieren a diferentes nociones. Desde la perspectiva psicoanalítica el presentimiento de parto prematuro a nivel consciente está relacionado con conflictos inconscientes maternos en relación a la pareja, la situación familiar y socioeconómica (Soifer, 1971, p. 42). En tanto, el temor al parto tiene “dos facetas: la ansiedad de pérdida y el terror al ataque por parte de lo desconocido” (Soifer, 1971, p. 60). En tanto, el temor al parto refiere al miedo a perder el control del cuerpo y las emociones durante el parto (Lederman, 1984, p. 145) y se encuentra asociado a confianza en el equipo médico, pareja y otros (Lederman, 1984, p. 155). Lederman encontró correlación moderada entre la variable temor al parto y autoestima, relación con la pareja, y preparación al parto, y además, una alta relación con miedo al descontrol (1984). Es decir, que la capacidad de autocontrol asume importancia en la manera en que la futura madre se piensa a sí misma en la situación de parto, situación de estrés en la que se espera expresiones de incomodidad, dolor, de acuerdo a los propios parámetros culturales. Entonces, temor al parto refiere al control en términos dinámicos y al conflicto que la embarazada presenta. Lederman

(1984, p. 145) manifiesta que se podría hacer una distinción entre aquellas mujeres que mantienen autocontrol y aquellas que lo reprimen, subliman o proyectan dando cuenta de la incapacidad de expresar los sentimientos, porque tal vez los consideran intolerables o porque quizás asumen el parto como un reto. Entonces, la crisis del parto es un hecho con impacto emocional que conlleva la percepción de descontrol, reducción de la autosuficiencia, y dependencia de los apoyos. Salvatierra Mateu escribe:

La mujer de parto se siente enfrentada a un acto irrevocable de la naturaleza, inerme y sin defensa. Comprende que no hay vuelta atrás. En consecuencia, el proceso del parto, a través de un miedo existencial, está cargado a menudo de temor a la muerte y al destino (Molinski, 1986) (1989, p. 41).

Con respecto a conflictos materno infantiles, *abandono*, el ítem con mayor frecuencia, se presenta solo y en combinaciones diversas con otros hechos negativos vividos en la infancia. Así se expresa una de las madres de la muestra luego de indicarlo:

Caso 15:

“No conocí a mi padre....”

Los resultados encontrados coinciden con los datos hallados por Oiberman (2005) quien detectó abandono como la problemática infantil predominante, y por Galíndez (2005), quien encontró abandono, solo y en combinación con otros hechos negativos vividos en la infancia, como el ítem de mayor respuesta en la dimensión conflicto materno infantil.

Con respecto a red de sostén familiar, a partir del análisis de componentes combinado, la asociación de fuerte con escaso parecería indicar un grado de insatisfacción o deseabilidad en el sentido de búsqueda de mayor cantidad de recursos de apoyo en este ámbito. La dupla débil/escaso aparece minoritariamente reforzando la tendencia mencionada. Con respecto al análisis de componentes

combinado de la red de sostén social, la asociación de fuerte con amplio parecería indicar un grado de satisfacción en la cantidad de recursos de apoyo en este ámbito, confirmando y reforzando la tendencia de las madres de la muestra a una red de sostén social con mayores recursos.

Considerando la red de sostén a partir del análisis de componentes separados por calidad (fuerte, débil) y cantidad (amplia, escasa), los datos indican una tendencia en las madres de la muestra a una red de sostén familiar fuerte en calidad y escasa en cantidad, en tanto en el ámbito social la red es percibida fuerte en calidad y amplia en cantidad. Indicando una percepción en estas madres inmigrantes de sostén familiar fuerte pero con menores recursos de los que desearían. La percepción de sostén en el ámbito social es fuerte en calidad y amplio en cantidad indicando una tendencia de los recursos que han desplegado en lo social.

En síntesis, a partir del rastreo de los componentes de calidad de la red fuerte y débil, ambos ámbitos tiene un rol sostén casi parejo a favor de lo familiar para estos sujetos con la diferencia que se manifiesta una mayor deseabilidad de aumentar las redes familiares. Es posible, entonces, a partir de los componentes de calidad de la red hacer un rastreo de indicadores de vulnerabilidad marcado por lo débil en ambos ámbitos, observando una vulnerabilidad casi pareja. También, a partir de este análisis de los componentes escaso y amplio como cantidad es posible producir algunos agrupamientos para rastreo de indicadores de vulnerabilidad: aquellos que marcan lo escaso en lo familiar versus aquellos que no. Es importante señalar que la deseabilidad es mayor en el ámbito familiar sin que se infiera de esto directamente mayor grado de vulnerabilidad.

Entonces, a partir de los componentes de la red de sostén familiar y social por cantidad y calidad de las relaciones personales de la gestante, se considera que cuanto mayor sea en cantidad y calidad mayor será el tipo de sostén que brinde a su bebé y mayor será la competencia social de la gestante y su capacidad de afrontamiento. Corroborando lo indicado por Cohen (1988) respecto a las principales funciones de la red de sostén tanto familiar como social.

Con respecto al objetivo, examinar la asociación entre sí de los factores de riesgo psicosocial, la hipótesis planteada fue:

H₁: Los factores de riesgo psicosocial estarán asociados entre sí en las madres inmigrantes latinoamericanas primíperas que cursan embarazo normal único residentes en la ciudad de Miami, Condado de Miami-Dade, Florida, USA.

Los resultados confirman esta hipótesis. Las asociaciones indican que sobre las madres de la muestra predomina en el acontecimiento embarazo la dimensión emocional, señalando que la regresión a etapas tempranas, que por otra parte es normal y regular en el embarazo (Salvatierra Mateu, 1989, p. 39), tiene una función de adaptación. Lo que indicaría la reactivación en las madres de la muestra de los conflictos del desarrollo infantil y adolescente, especialmente los problemas con la madre, y que el trabajo de identificación o rechazo del modelo materno se vería facilitado por dicho proceso de regresión. Confirmando lo manifestado por Benedek (1970a, 1970b), Bibring (1959; Bibring et al., 1961), Langer (1964) y Leifer (1980), el embarazo es una reactivación de los problemas libidinales de la niña con la madre. Coincidiendo con Heimann (1965), la gestación incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos con su propia madre (citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 39). Así, la asociación entre parto en sí mismo y problemas psicológicos maternos durante el embarazo indicaría la reactivación de los conflictos tempranos que despiertan

ansiedades que se depositan en el parto ante la inevitabilidad del fin de la gestación, y de la ambivalencia ante la aceptación y el rechazo del embarazo. Asimismo, las asociaciones entre parto en sí mismo y embarazo en sí mismo indican el desplazamiento de las ansiedades y temores emergentes de las distintas conflictivas al momento de la gestación y parto.

Las asociaciones detectadas entre parto en sí mismo y las dimensiones problemas psicológicos durante el embarazo, problemática social y actual, situación de pareja, y embarazo en sí mismo, indicarían el desplazamiento de la responsabilidad asumida ante el hijo a las ansiedades del momento del parto. Asimismo, la asociación entre conflicto materno infantil y problemas psicológicos maternos durante el mismo, indicaría que el embarazo llevaría a las madres de la muestra a un desequilibrio, que correspondería a la crisis psicológica que induciría a la maduración como una de las tareas que las gestantes deben desarrollar durante la gestación (Bibring et al., 1961).

Las asociaciones entre las dimensiones parto en sí mismo y embarazo en sí mismo con la dimensión situación de pareja indicarían que la disponibilidad de sostén de la pareja es intrínscico a una buena adaptación al mismo (Condon & Corklindale, 1997), y denotaría la importancia atribuida por las gestantes a la pareja como padre del futuro hijo (Stern, 1995). Asimismo, indicarían que la seguridad y apoyo emocional de la pareja como “base segura” en términos de Bowlby (1988) está asociada con las ansiedades maternas durante el embarazo. Esto confirmaría lo manifestado y consignado anteriormente sobre la importancia atribuida por las gestantes a la pareja para prestar apoyo durante la gestación y más tarde durante la crianza.

Las asociaciones detectadas entre las dimensiones parto en sí mismo y embarazo en sí mismo con problemática social y actual,

indicarían que la incertidumbre que conlleva la emergencia de estas problemáticas se desplaza a las ansiedades maternas que surgen con respecto al embarazo y parto. Estas preocupaciones y temores maternos sobre ella misma y sobre el bebé, como lo indica la dimensión problemas psicológicos durante el embarazo, serían una expresión de la necesidad de protección ante la fragilidad a nivel social y las dificultades e incertidumbre que conlleva. Se podría intuir que esta problemática traería lo inminente temido y rechazado (Freud, 1920b) que aparecería asociado a las ansiedades maternas desplazadas al momento del parto.

Estos resultados confirman lo expresado por Leifer (1980) y Lydon, Dunkel-Schetter, Cohan & Pierce (1996), cuando una mujer se siente ambivalente ante el rechazo o la aceptación del embarazo, con falta de sostén adecuado, o presenta problemas psicológicos, el embarazo puede tornarse una experiencia de tono negativo donde el gozo necesario para modular la ansiedad se encuentra disminuido. Asimismo, confirman lo manifestado por Leifer (1980) y Trad (1990), la ambivalencia entre aceptación y rechazo se proyecta en problemas emocionales durante el embarazo y parto. Por otra parte, corroboran lo indicado por Kaplan & Grotowski (1996) y Spielvogel & Hohener (1995), la negación del conflicto no resuelto se proyecta en ansiedades que se depositan en el momento del parto.

Estos resultados revelan que sobre las madres de la muestra no sólo predominan en el acontecimiento embarazo los factores psicoemocionales que refieren a la reactivación de conflictos infantiles y de la relación con la madre que se depositan en el parto, momento en el que se colocan los temores, preocupaciones y ansiedades reactivadas por el miedo a lo incontrolable y la inminencia del hijo. Sino también una serie de factores externos como conflictiva en el área pareja y problemáticas actual y social. Estos datos

confirman que el embarazo pone a la gestante de cara con la realidad presente y futura, intensificando la percepción de sí misma (Deutsch, 1945). Asimismo, confirman la importancia de no sólo evaluar los factores de riesgo sino también la resonancia que estos tienen, como sugiere Ammaniti et al. (2006).

Los datos hallados corroboran que el embarazo como experiencia biopsicoemocional presentifica las experiencias de la gestante como niña en relación a su madre (Benedek, 1970b; Bibring et al., 1961; Deutsch, 1945; Langer, 1964; Oiberman, 2005; Pines, 1972, 1993). Para algunas gestantes la ansiedad, ambivalencia y conflicto evocado por el embarazo queda diferido por los mecanismos de defensa comprometiendo la reorganización que necesita acontecer (Ballou, 1978; Deutsch, 1945; Langer, 1964; Leifer, 1980; Lester & Notman, 1988; Pines, 1993; Slade & Cohen, 1996; Soifer, 1971; Trad, 1990). Los resultados detectados confirman lo hallado por Klein, Potter & Dyk (1950) en un estudio con 27 primigrávidas de bajo nivel social, con problemas económicos y de vivienda, derivados de la segunda guerra mundial. Estas circunstancias influían visiblemente en los trastornos y ansiedades del embarazo. La inseguridad económica las había despojado de la seguridad afectiva de la cual tanto necesita el infante. Asimismo, como transmisión transgeneracional, estas mujeres no fueron capaces de adultas de constituir vínculo con una pareja que le diera el sostén que necesitaban para poder aceptar su embarazo (citado en Langer, 1964, p. 182).

3. Discusión de los Resultados Relativos a la Variable Rol Materno

El análisis de las categorías de la variable rol materno revela una tendencia elevada de aceptación del embarazo. La correlación detectada entre aceptación del embarazo y calidad de la relación con la madre coincide con lo hallado por Lederman (1984), la

ambivalencia entre aceptación y rechazo del embarazo se relaciona con la doble identificación que la gestante haga con su madre y con el bebé intrauterino, ya que durante la gestación se repite con mayor o menor intensidad la relación temprana con la madre. La doble identificación de la gestante con su madre como madre, y con el bebé intrauterino dependerá de la proyección de los aspectos buenos o malos de sus objetos internos (Pines, 1993).

Asimismo, la correlación entre aceptación del embarazo y preparación al parto, indicaría que la ambivalencia entre rechazo y aceptación se reflejaría en la regulación emocional y corporal de la madre ante el parto. Lederman (1984) detectó que la mala aceptación del embarazo y los miedos acerca del parto, que comprenden el miedo al dolor, la pérdida del control y la indefensión, se encuentran asociados a niveles elevados de cortisol y de epinefrina, hormonas de respuesta al estrés y desregulación emocional.

La correlación entre aceptación del embarazo y calidad de la relación con la pareja, indicaría que la capacidad materna de identificarse con el bebé está relacionada con la calidad de la relación con el compañero, con la capacidad que este tenga de proveer apoyo y dispensar cuidados tanto físicos como emocionales y materiales. Tanto la calidad de la relación con la madre como la calidad de la relación con la pareja son factores importantes en la aceptación del embarazo. Esta tendencia coincide con la literatura y estudios revisados (Lederman & Lederman, 1984; Stern et al., 1998).

De igual modo, la correlación entre aceptación del embarazo y preocupación por el bienestar propio y del bebé, indicaría la ambivalencia entre aceptación y rechazo y las ansiedades con respecto al bienestar propio y del bebé. La embarazada, y especialmente la inminente parturienta, experimenta una regresión a estados anteriores del desarrollo, a su propia infancia, tendiendo a repetir la

relación temprana con su madre, en la doble identificación con su madre como madre y con el bebé (Deutsch, 1945; Langer, 1964; Pines, 1972, 1978, 1982; Dally, 1976; Price, 1988; Welldon, 1988; Birksted-Breen, 1989; Raphael-Leff, 1991a, 1991b). En términos klenianos la ambivalencia materna significa la re-experimentación de los sentimientos de amor y odio que la gestante tuvo en relación a su madre cuando niña (Klein & Riviere, 1936). Los sentimientos destructivos le significarán identificarse con la madre y con el peligro de sufrir todos los males que de niña le haya deseado. Los posibles sufrimientos para ella o el bebé podrían significar el justo castigo de su hostilidad infantil, las angustias como una prueba de su culpa. Asimismo, los sentimientos de responsabilidad y reparación están relacionados y estimulados por sentimientos destructivos, a modo de reparación del proceso infantil. Joseph Rheingold (1964) indica que la relación mamá-bebé está teñida del deseo infantil de destruir al bebé e identificarse con la madre poderosa. Por su parte, Raphael-Leff (1995, 1998) manifiesta que la madre necesita trascender el estado de persecución maternal primaria para ser capaz de amar y odiar al infante al mismo tiempo. Bowlby considera que la ambivalencia es natural e inevitable, “todos los animales están constantemente asaltados por impulsos que son incompatibles” (1979, pp. 21-22). Atribuye la ambivalencia materna a los conflictos inconscientes originados en el vínculo con la figura de apego que emergen en el proceso de proveer por el infante. Hace una distinción entre la buena y mala ambivalencia, considera que la madre con buena ambivalencia reconoce la naturaleza de sus sentimientos hacia el infante y en consecuencia ajusta su comportamiento. En tanto, la mala ambivalencia reemplaza los mecanismos defensivos infantiles desarrollados para lidiar con sentimientos conflictivos en el vínculo con la figura de apego. Entonces, el énfasis está puesto en la regulación de la ambivalencia que emerge de los conflictos tempranos con la figura de apego

(Bowlby, 1979).

La dimensión identificación con el rol materno refiere a la anticipación ante la gratificación por el cuidado y protección del futuro bebé, es decir al desarrollo del vínculo materno (Lederman, 1984). Esta dimensión referiría a la identificación con la madre y con el bebé, la satisfacción de las necesidades narcisistas, y la reparación (Brazelton & Cramer, 1990). Se denota una orientación adaptativa con una tendencia elevada. Sin embargo, esta tendencia pareciera no coincidir con las asociaciones de las dimensiones conflicto materno infantil y problemas psicológicos durante el embarazo de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oberman et al., 2000). Para alcanzar esta identificación es necesario un proceso dinámico caracterizado por un progresivo movimiento que llevará a la madre de la centralización en sí misma hacia la unidad mamá-bebé. Durante este proceso la madre deberá lograr una fusión emocional con el bebé intrauterino para luego lograr la progresiva separación psíquica entre ella y el bebé, la cual culmina en la separación física durante el parto. Brazelton (1981) manifiesta que durante el tercer trimestre gestacional la madre realiza una preparación psicológica que la lleva a reconciliar al bebé de sus sueños con el bebé real y la vuelve receptiva y dispuesta a la interacción.

Lederman señala que la identificación con el rol materno se encuentra asociada a la aceptación del embarazo y a la relación con la madre (1984, p. 36). Manifiesta que la gestante necesita prepararse para este nuevo rol asumiéndose como mamá, pensando en como le gustaría ser como madre, y anticipando los cambios futuros. Siguiendo a Brazelton & Cramer, en esta estructuración la madre deberá elaborar adecuadamente una serie de mecanismos principales que sintetizarían la identificación con el rol materno: la

identificación con la madre y con el bebé, la satisfacción de necesidades narcisistas, y la reparación. Esta movilización de sentimientos viejos y nuevos suministra la energía necesaria para la enorme tarea de adaptarse al futuro hijo (1990, p. 41).

Resulta llamativo que, a pesar que el análisis descriptivo reveló una tendencia alta a la aceptación del embarazo y a la identificación con el rol materno, no se detectó correlación entre estas dimensiones. Lederman (1984, p. 189) manifiesta que el grado de asociación entre aceptación del embarazo e identificación con el rol materno indica que la aceptación está relacionado con el deseo de la gestante en asumir su rol maternante, caracterizado por la motivación a la maternidad, desarrollo del vínculo materno, así como la aceptación, protección y cuidado del bebé. Los datos indicarían que sobre estas dimensiones operarían otros factores tales como ambivalencia, conflicto infantil no resuelto, dificultad de identificarse con la madre y con el bebé, entre otros. Asimismo, los datos detectados entre estas dimensiones podrían indicar la ansiedad y conflicto con respecto al maternaje de las madres de la muestra. Se podría pensar que la no planificación del embarazo, como revelan los datos de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000), indicaría que estas gestantes no habrían considerado la maternidad hasta que se vieron confrontadas con ella. También esta tendencia podría indicar que el hijo viene a suplir necesidades narcisísticas de las gestantes, sin que estuviera instalado el deseo de un hijo que implica la capacidad de donación, reparación de los traumas infantiles de la madre, desplegar logros, transmitiéndolos a la próxima generación (Connolly de González Rugna, 2004, p. 76).

En tanto, la correlación entre identificación con el rol materno y preparación al parto, indicaría que para estas gestantes la capacidad de proveer cuidados maternos está asociada al mayor o menor grado de regulación emocional y física del proceso

psicológico y físico que implica la separación física del bebé intrauterino, y convertirse en madre de su hijo. Se podría pensar que ante la anticipación del bebé en brazos, las madres de la muestra hacen un manejo maníaco de la ambivalencia, controlando omnipotentemente la dependencia de la relación con el futuro bebé, evitando que los temores lleven al dolor y la culpa. Asimismo, el ideal del yo a partir del narcisismo primario y de las identificaciones con los cuidados maternos, en conjunto con el ideal social y cultural de la madre que obtiene gratificación en el dar al hijo, lleva a que los sentimientos ambivalentes representen una falla en el amor. Kristeva comenta que la fantasía de la madre omnipotente y benevolente refiere a la idealización de la relación que nos une a ella. Escribe:

En primer lugar, vivimos en una civilización en la que la representación *consagrada* (religiosa o laica) de la femineidad es absorbida por la maternidad. Sin embargo, si se mira con atención, esta maternidad es la *fantasía* que alimenta el adulto, hombre o mujer, de un continente perdido: además, se trata menos de una madre arcaica idealizada que de una idealización de la *relación* que nos une a ella, ilocalizable, de una idealización del narcisismo primario (1976, p. 208).

En esta misma línea, Dio Bleichmar (1997) manifiesta que la femineidad, representación con significados conscientes e inconscientes que se transmiten de generación en generación a través del discurso y de la acción, se construye en la intersubjetividad y en la interacción. Desde la perspectiva de género, Levinton Dolman escribe:

A través de la relación temprana con la figura materna proveedora de significaciones, podemos vislumbrar de qué manera la niña internaliza un superyo asociado a las prescripciones de género que su madre, en primer lugar, transmitirá, y que, a posteriori, quedarán reforzadas, intensa y coercitivamente, con infinitas variaciones desde las instituciones de lo simbólico, canales de intervención provenientes de la esfera de lo público (2000, p. 48).

Es decir, la madre como fuente de identificación transmite a través de conductas y mensajes un modelo de femineidad, de lo que

para ella es ser una mujer y madre, prescribiendo normas sobre lo que está permitido o censurado hacer, pensar, decir. Estas normas impondrán un modelo moral como mandato de género que privilegia el cuidado de la vida y las relaciones, sobrevalorando la obediencia, la complacencia, la bondad, la capacidad de entrega, la empatía, remarcando el papel de la mujer como la madre incondicional. Este ideal femenino remite a la postergación y renuncia de sus deseos y proyectos personales, colocando a la mujer en un lugar paradójico: donde se la valoriza en cuanto a su capacidad de ser sostén y cuidadora de la vida, en tanto se la responsabiliza de los efectos de su modalidad de ser madre. Solís-Pontón propone la existencia de un yo parental que se construirá a partir de cuatro fuentes: el ideal del yo, a partir de las identificaciones con los cuidados parentales; las relaciones preedípicas, a partir de las cuales se construye las imagos parentales; el super yo, a partir de la prohibición frustrante, pero protectora, se instalan las cualidades de los padres, la voluntad, orden, y se es capaz de organizar las pulsiones para encontrar el goce en otras actividades que lo ligan a la cultura (2002, p. 19). En tanto, Castellano-Maury (2000) manifiesta que el yo ideal sería una caricatura del ideal del yo, si el super yo es fuente de prohibiciones, el yo ideal crea obligaciones imposibles de cumplir. El yo ideal no admite matices, se sitúa en un todo o nada radical, donde los objetos son vividos como modelos artificiales a imitar, fundando los como sí. Entonces, “el fracaso ante la realidad se vive como una herida narcisista y no como un sentimiento de culpabilidad negociable” (Marty, 1900, citado en Castellano-Maury, 2000, p. 65).

Con respecto a calidad de la relación con la madre, los datos descriptivos indicaron calidad media en la relación con la madre. Estos datos confirman lo detectado a través de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico

(Oberman et al., 2000) respecto a las correlaciones entre las dimensiones conflicto materno infantil y problemas psicológicos maternos durante el embarazo, así como entre problemas psicológicos maternos durante el embarazo y parto en sí mismo, que refieren a la reactivación de la problemática de la gestante con su madre. La calidad de la relación con la madre incluye la disponibilidad de la madre de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre del futuro bebé, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de la relación y crianza del bebé (Lederman, 1984). Es decir que mide el sostén, empatía y cercanía entre la gestante y su madre. En este sentido, si existe un buen nivel de cercanía y mutualidad entre la gestante y su madre, surge espontáneamente en la gestante la necesidad de compartir sus experiencias cuando niña con la madre y, a su vez, la futura abuela traerá relatos de la gestante como bebé, así como de la experiencia del parto y nacimiento (Lederman, 1984). Según Levy & McGee (1975) la información compartida permitirá a la gestante anticipar las tareas del parto y prepararse para este. La buena comunicación entre la gestante y su madre tiene efectos beneficiosos para la futura madre al promover fuerza yoica e incrementar la confianza en sí misma (Leifer, 1980).

Cuando la madre de la gestante está disponible y la relación es mutua, de adulta a adulta, brindará soporte y valoración a su hija, sin que esta quede constituida en un objeto de prolongación narcisista, destinada a la satisfacción de las necesidades de apoyo y control materno. Es decir, si la relación estuviera marcada por el reconocimiento mutuo, la individuación, la valoración, el derecho a ser sujetos de deseo, la madre posibilitará a la gestante indentificarse con un modelo materno que admita la ambivalencia, la individuación, sin que exista una ruptura entre identidad femenina y experiencia de la maternidad (González de Chávez Fernández,

2000). Por el contrario, si la hostilidad caracterizara la relación, si esta fuera crítica, coercitiva, o si existiera en la madre la tendencia a experimentar a la hija como una continuación de sí misma, la gestante se encontraría con mayor dificultad para identificarse con la madre y su modelo materno. Si la gestante no puede ver a la madre como modelo materno, al que según su historia deba admitir, rechazar o modificar, se le dificultará la doble identificación con ella como madre y con el bebé, y tendrá mayores dificultades en el proceso psicoemocional del maternaje (Birksted-Breen, 1975).

El análisis dimensional reveló correlación directa entre calidad de la relación con la madre y calidad de la relación con la pareja, la cual indicaría que en las madres de la muestra la mutualidad, soporte y comunicación con la pareja están asociados con el grado de cercanía, soporte y empatía que reciben de su madre. En este sentido se observa que la vinculación en la edad adulta comparte similitudes con el vínculo con la figura de apego temprana, corroborando lo manifestado por Bowlby que el apego “es propio de los seres humanos desde la cuna a la sepultura” (1979, p. 129), es decir que el sistema de apego es un sistema innato y vital para la supervivencia que perdura a lo largo del desarrollo. El traspaso de los componentes del vínculo afectivo de la figura temprana de apego a la pareja sigue una secuencia fija donde el primer componente es la búsqueda de proximidad, seguida de refugio emocional y de base de seguridad cuando la pareja es estable (Doherty & Feeney, 2004; Hazan & Zeifman, 1994; Lafuente, 1994). La adquisición de los modelos operativos internos resulta de las experiencias reales de la vida, es decir de las interacciones día a día con la figura temprana de apego. Stern define esta experiencia subjetiva como la experiencia de-estar-con, lo que la persona representa es la relación, no la persona (1995).

Asimismo, la asociación entre calidad de la relación con la madre y preparación al parto, indicaría, siguiendo la teoría del apego, que el miedo al dolor, a la indefensión y a la pérdida de control durante el parto se asocia a los componentes del apego que funcionarán como modelos de afrontamiento. López (1993, 1999) manifiesta las siguientes funciones del apego: desde un punto de vista objetivo, filogenético, la función principal del sistema de apego es asegurar la supervivencia de la especie al mantener a la cría en contacto con el cuidador principal, encargado de satisfacer sus necesidades fisiológicas y asegurar su supervivencia. Esta función del apego se manifiesta en la complementariedad de conductas entre la madre y el infante, el infante muestra conductas que atraen la atención de la madre, mientras que en la madre aparecen conductas de cuidado. Desde un punto de vista subjetivo, ontogenético, la función del apego es la búsqueda de seguridad física y emocional a través de la presencia y el contacto con las figuras de apego. De este modo, funcionan como una base de seguridad desde la cual explorar el mundo, ya sea la relación con el ambiente o la interacción confiada con los demás. Otras funciones complementarias del apego son el fomento de la salud física y psíquica mediante el fomento del sentimiento de seguridad y confianza; el desarrollo de capacidades sociales, el conocimiento social, y el acceso a modelos identificatorios a través de la internalización del modelo observado. Bowlby (1969b, 1973, 1980) señaló tres componentes interrelacionales en los que se divide el sistema de apego: el componente cognitivo, el conductual y el emocional. El modelo mental de la relación hace referencia al componente cognitivo integrado por todas aquellas creencias, pensamientos, actitudes, etc. que refieren a cuestiones afectivas (Bowlby, 1979). Una vez construido a través de las experiencias de interacción con la figura de apego, el modelo mental actúa como filtro de procesamiento a través del cual la persona selecciona, analiza e interpreta los sucesos afectivos

y determina las emociones y conductas consecuentes (Sroufe, 1988). El modelo operante interno incluye expectativa, creencias y emociones sobre la accesibilidad y disponibilidad de la figura de apego, pero también información sobre la capacidad de uno mismo para suscitar protección y afecto (Ainsworth, 1989), implicando representaciones mentales de las figuras de apego, de sí mismo y del entorno (Sroufe, 1988; Stern, 1995). La influencia de estos estados mentales permite a la persona anticiparse al futuro y hacer planes, sirviendo de guía en la valoración de las situaciones sociales y en la asimilación de nuevas experiencias, de modo que le permitan mantener una imagen coherente tanto de sí mismo como de los demás (Bretherton & Munholland, 1999). Bowlby escribe:

En el modelo interno de trabajo del mundo que uno tiene, un aspecto clave es la noción de quienes son las figuras de apego, donde las puede encontrar, y cómo se espera que respondan. De forma similar, en el modelo mental del self que uno construye, un aspecto clave es la noción de cómo de aceptable o inaceptable es uno mismo ante los ojos de sus figuras de apego (1973, p. 236).

A su vez, la correlación directa entre calidad de la relación con la madre y preocupación por el bienestar propio y del bebé, indicaría la regresión materna a etapas tempranas de identificación con la madre y con el bebé, donde la ambivalencia refiere a la re-experimentación de los sentimientos de amor y odio que tuvo en relación con su madre cuando niña (Deutsch, 1945; Langer, 1964; Pines, 1972, 1978, 1982; Dally, 1976; Price, 1988; Welldon, 1988; Birksted-Breen, 1989; Raphael-Leff, 1991a, 1991b).

Con respecto a la dimensión relación con la pareja, se denota una tendencia de calidad media. La calidad de la relación incluye el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, la comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestra de confianza hacia ella (Lederman, 1984). Estos resultados corroboran lo hallado a través de la dimensión sucesos significativos con la pareja. Por otra parte, la correlación entre esta dimensión y preparación al parto,

indicaría que el apoyo y sostén que la madre recibe del compañero contribuye a superar inseguridades, problemas emocionales y refuerza una mejor adaptación. Asimismo, la correlación con preocupación por el bienestar propio y del bebé, corroboraría lo detectado por Boulton (1983), la apreciación del compañero sobre las dificultades y retos inherentes a la maternidad es un componente central para la aceptación de la separación física del bebé intrauterino y convertirse en madre. Lebovici expresa: “Ser padre no es sólo tener un hijo, sino también imaginarse su descendencia” (Solís-Pontón, 2002, p. 3). Es decir que la parentalidad empieza en el embarazo y va más allá del sentido biológico, comprende el deseo de tener un hijo. Cramer (1989) plantea que el impulso que lleva a la mujer y al hombre a tener un hijo es la nostalgia del amor de los padres (Solís-Pontón, 2002, p. 6). Solís-Pontón escribe:

El proyecto de un hijo se basa en el deseo de recuperar esa época perdida, ese paraíso en donde el niño era el objeto de amor incondicional de sus padres y donde el mismo se sentía como un hijo perfecto (2002, p. 6).

Cuando la madre y el padre desean al hijo, el bebé es una continuidad de su existencia, inserto en lo que Lebovici denominó el árbol de la vida (1998), que refiere a los procesos de filiación y parentalidad, e implica la transmisión intergeneracional de los cuidados maternos y la relación triádica, donde el padre contextualiza la relación entre el bebé y la madre (Fivaz-Depeursinge et al. 1994, citado en Solís-Pontón, 2002, p. 24). Lebovici expresa: “Para ser madre o padre se requiere haber sido hijo de sus padres” (Solís-Pontón, 2002, p. 9).

Asimismo, la correlación entre calidad de la relación con la pareja y preocupación por el bienestar propio y del bebé, denotaría que los temores y miedos del bienestar propio y del bebé están asociados con el soporte, empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestra de confianza de la pareja hacia ella. Indicando que la regresión materna a etapas tempranas de identificación con la madre y con el bebé requiere el apoyo que pueda proveerle la pareja como soporte afectivo y base de seguridad. Estos datos corroboran lo señalado por Salvatierra Mateu (1989, p. 133), la regresión materna a estados anteriores del desarrollo, a su propia infancia, presentifican la necesidad de seguridad y proximidad. Por su parte, Shereshefsky & Yarrow (1973) observaron que la capacidad del compañero de prestar apoyo durante la gestación, y más tarde en el periodo postnatal, es decisiva. “Esta capacidad depende de muchos condicionamientos, como su identificación con su propia madre, el número de rasgos “femeninos” de su personalidad, su deseo de hijos y la marcha del embarazo mismo” (Salvatierra Mateu, 1989, pp. 53-54). En este sentido, el varón también debe realizar una tarea psicosocial al experimentar la transición a la parentalidad, adaptarse a embarazo, al futuro papel maternal de su compañera y a su propio papel paterno (Gurwitt, 1976; Osofsky, 1982; Osofsky & Osofsky, 1980, 1983; Osofsky et al., 1985). Entonces, dependerá de su capacidad de resolver estas tareas en el camino a la parentalidad, el apoyo que pueda proveerle a la madre. La paternidad y maternidad son procesos complementarios que se desenvuelven dentro de una estructura familiar existente (Oberman, 2008, p. 79). Por su parte, Brazelton & Cramer indican que el reconocimiento del rol del padre ayuda a la madre a ver a su bebé como un ser separado de ella. Si reconoce que el embarazo es el resultado del deseo del padre de tener un hijo, evitará caer en la fantasía omnipotente que el bebé es un producto sólo de ella, y que es la única responsable del éxito o del fracaso. Esto le permitirá

amortiguar sus temores de ser inadecuada y su ansiedad respecto del nuevo rol. En cambio, si la relación con el padre del futuro bebé está marcada de conflicto, si el padre no asume su responsabilidad como coautor y rehuye su rol, la madre tendrá más tendencia a albergar la fantasía omnipotente infantil que el bebé es el resultado de su propia creatividad, lo que llevaría a la intensificación de los temores y ansiedades del bienestar propio y del bebé (Brazelton & Cramer, 1990, p. 49). A su vez, Ross Parke (1981) manifiesta que la participación del padre en el periodo perinatal influye favorablemente el proceso de adaptación de la madre a su bebé. También hace referencia al papel del padre como soporte emocional, económico y físico que influirá en la relación de la madre con el infante. Por su parte, Barriguete Castellón et al. (2002) citando a Cyrulnick & Lemay (1998) manifiestan:

Pese a la diferencia de nueve meses en relación con la mujer, ya que el hombre no lleva al bebé en su cuerpo, acompaña y protege a la madre y en cierto modo se identifica con ella en su embarazo y comparte incluso algunos síntomas; como un “útero fuera del cuerpo materno” (Cyrulnick, 1998) (Solís-Pontón, 2002, p. 36).

Los patrones tempranos de relación con las principales figuras de cuidado se interiorizan y gobiernan las sucesivas pautas de relación con otras personas. Además, los seres humanos están motivados para establecer un equilibrio dinámico entre la conservación de la familiaridad, las conductas reductoras de estrés y las antitéticas de exploración y búsqueda de información (Bowlby, 1969a, 1973, 1980). “Desde este marco teórico el apego es considerado una característica normal y saludable del ser humano a lo largo del ciclo vital, más que un signo de inmadurez que necesita ser superado en la edad adulta” (Cassidy, 1999, p. 5). Ainsworth (1989) manifiesta que los vínculos afectivos, incluido el de apego, se caracterizan primero, por su persistencia a lo largo del tiempo; segundo, por implicar a una persona específica no intercambiable por nadie; tercero, por su significado emocional; cuarto, por el deseo de

mantener proximidad y contacto con la otra persona, si bien este deseo variaría en función de condiciones personales y ambientales; quinto, por el malestar experimentado ante la separación de dicha persona, incluso si esta separación es voluntaria; sexto, por la búsqueda de seguridad y consuelo en la persona. Entonces, el criterio de seguridad es necesario para referirse a un vínculo afectivo como vínculo de apego, es decir la percepción del sujeto de la sensación de seguridad-inseguridad. La gestación activa los conflictos tempranos, que motivan la búsqueda de proximidad; si esta es vivida como un reto, motiva la búsqueda de una base segura; en tanto, el parto activa el miedo a lo desconocido, que motivaría la búsqueda de refugio emocional de las gestantes en la pareja (Kobak & Duemmler, 1994). Bowlby expresa que los vínculos afectivos son en parte responsables del tipo de emocionalidad que manifiesta la persona (1979, p. 130). Es decir, el sistema emocional que surge del vínculo de apego conlleva una serie de emociones asociadas al tipo de relación establecida que van a implicar tanto a la figura de apego como a sí mismo y a la relación. Por su parte, desde la neurociencias, Damasio manifiesta que emoción y pensamiento son una unidad indisociable:

Las emociones se representan en el teatro del cuerpo. Los sentimientos se representan en el teatro de la mente... Las emociones y los fenómenos asociados son el fundamento de los sentimientos, los acontecimientos mentales que forman la base sólida de nuestra mente... ” (2005, p. 32).

Además, Damasio (1994, 1995) indica la importancia del sustrato neurológico de las emociones, señalando que las estructuras neuroanatómicas que regulan los procesos emocionales son, a su vez, las encargadas de regular estados corporales básicos.

Por su parte, Leifer (1980) indica que la tarea psicosocial más importante que debe cumplir la mujer en el embarazo y parto es convertirse en madre, es decir llevar a cabo un proceso de adaptación a un nuevo rol. Para mantener una adaptación maternal óptima,

es necesario que el periodo postnatal transcurra satisfactoriamente, dentro de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la díada madre-hijo, del que forma parte la pareja, familia, así como amigos, compañeros de trabajo, etc. En este sentido, Lederman & Lederman (1987) indican en su Cuestionario de Evaluación Postnatal (Postpartum Self-Evaluation Questionnaire; PSQ) siete dimensiones que deben tenerse en cuenta: relación con la pareja; participación de la pareja en el cuidado del bebé; apoyo de familiares, amigos y otros; gratificación con el parto y nacimiento; satisfacción con las circunstancias vitales; confianza en el desempeño de las tareas de madre; satisfacción con el bebé y su cuidado. Al relacionar estas dimensiones con otros datos del posparto, las dimensiones consideradas se elevan a once: respuesta a las señales del bebé; discrepancia entre las responsabilidades maternas anticipadas por la gestante y las realmente existentes; problemas con las actividades cotidianas; incomodidad física (cansancio, fatiga, falta de sueño). A partir del análisis correlacional dimensional detectaron tres ejes operantes en la adaptación materna: los factores relacionados con la pareja, los referentes al bebé, y los correspondientes a la capacidad del desempeño de los cuidados maternos. En este sentido, observaron que la relación con la pareja influye sobre la capacidad de cuidar al bebé y, a su vez, depende de la participación de la pareja en el cuidado y apoyo que preste, es decir que la relación con la pareja es un elemento importante en el posparto y en la adaptación materna. De igual modo, para Shereshefsky & Yarrow (1973, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 162) el factor más importante en el periodo postnatal es la calidad de la relación con la pareja. En este sentido, Parke & Tinsley (1987, citado en Oiberman, 2008, p. 86) demostraron en una muestra de padres de bebés recién nacidos que la pareja actúa como soporte emocional de la madre en el periodo posterior al nacimiento. Asimismo, Bornholdt demuestra a partir de un estudio de interacción

temperana padre-bebé en una muestra de padres de bebés recién nacidos en el Hospital San Martín de La Plata, que el padre tiene un importante rol afectivo que se circunscribe a ser el continente de la madre en los primeros momentos de vida del bebé. Oiberman citando a Bornholdt escribe:

El rol de sostén del padre es de suma importancia pues constituye ‘la sustentación’ de la madre para el ingreso en este estado de sensibilidad intensa de Preocupación Materna Primaria (Winnicott, 1975), donde solo existe ella y su bebé. Por lo tanto, nos sentimos autorizados a replantear que: ‘el padre cumple un importante rol: el de ser el apoyo de la madre al principio de la vida del bebé’. La madre puede entregarse más fácilmente a la simbiosis y ‘prestar su mente’ y cuerpo al bebé, cuando existe el soporte de un padre (o de alguien que cumpla su función) que da cuenta de la realidad (Bornholdt, 2006, p. 208) (Oiberman, 2008, p. 102).

Los datos corroboran lo manifestado por Winnicott (1960b), la capacidad materna de proveer cuidados y sostén al bebé dependerá de la capacidad de ser sostenida por el compañero. Asimismo, confirman lo indicado por Stern et al. (1998) respecto de la importancia que la madre asigna a su pareja como padre del hijo. Según Stern, la pareja puede brindar apoyo y protección a la madre, sin embargo no puede aconsejar, enseñar y servir de ejemplo válido y experto sobre una amplia gama de información, porque es tan inexperto como la madre. “Su apreciación desde su posición de marido, padre y hombre tiene gran importancia, pero pertenece a un orden diferente y sólo puede satisfacer una parte de la necesidad de “sostén” de la madre” (Stern, 1995, p. 230).

La pareja que espera un hijo necesita nutrirse entre sí y mitigar tiernamente los miedos y dudas que conlleva el embarazo en tanto se preparan para la parentalidad (Deutscher, 1970), de este modo la gestación será percibida como satisfactoria y gratificante (Gladieux, 1978). Considerando la alta frecuencia de sujetos que deben encarar la gestación sin la presencia de padre por diversos motivos, se podría intuir que algunas madres lo hacen desde el deseo narcisista y se adueñan omnipotentemente del bebé, en tanto

otras desean la maternidad como un don que supone que la vida que se recibió sea a su vez transmitida. Entonces, si la madre no tiene el apoyo, ternura y sostén que necesita en estos momentos, ni la referencia de un padre real que provea de referencias simbólicas para su hijo necesitará recurrir a una red de sostén familiar fuerte y social amplia, y otra ligada a la dimensión fantasmática que se va entramando en función de la sexualidad parental y de los deseos inconscientes paternos y maternos entre sí y con respecto al hijo (Schejtman, 2008, p. 33).

Desde la teoría del apego, Crowell & Treboux (2001) y Hazan & Diamond (2000) manifiestan que una relación de apego adulto funcional se caracteriza por un cuidado recíproco y complementario, donde los dos miembros de la pareja tienen un rol proveedor y dispensador de cuidados tanto físicos como emocionales y materiales, dándose una simetría en los tres sistemas implicados: apego, cuidado y sexual. Kobak & Duemmler (1994) describen tres situaciones activadoras del apego en la edad adulta: el miedo, que motiva la búsqueda de refugio emocional; los retos, que motivan la búsqueda de una base segura; y los conflictos, que motivan la búsqueda de proximidad. Siguiendo a Sroufe & Waters (1977), las relaciones de apego en la edad adulta continúan ejerciendo la función de restaurar el sentimiento de seguridad básica, pero más que como figuras protectoras, potenciando las capacidades de la propia persona para superar situaciones que supongan un reto para su seguridad (Weiss, 1982).

La gestación implica una serie de reacomodamientos tanto para la madre como para el padre, el nivel de soporte emocional que el compañero pueda brindarle a la madre dependerá del proceso de transición a la parentalidad. Benedek manifiesta que el hombre para convertirse en padre tiene que superar sus tendencias regresivas para afirmar su virilidad en el acto heterosexual, y para cumplir

su papel de padre como protector y proveedor, tiene que integrar unos potenciales extravertidos y activos (1970a, p. 178). Entonces, la parentalidad no es solamente un logro biológico sino que supera la condición de procreación. En términos de Oiberman:

La parentalidad puede ser definida, entonces, como el proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos (2008, p. 80).

Oiberman considera, además, que se podría pensar el desarrollo de las potencialidades del padre extrapolando el concepto winnicottiano de “preocupación paterna primaria”, proceso determinado por un compromiso parental durante el proceso del embarazo, parto y puerperio. En este sentido, menciona los siguientes factores que permitirían el desarrollo de estas potencialidades: satisfacción en la relación de pareja; influencia de las experiencias infantiles con sus propios padres que le permitan desarrollar sus cualidades paternas; compromiso paterno en el proceso del embarazo, parto y puerperio; un rol masculino no estereotipado que le permita participar de la gestación y futuros cuidados del bebé; y una actitud por parte de la madre tendiente a estimular su participación (Oiberman, 2008, pp. 104-105). En tanto, Lebovici resalta que “Ser padre es haber contribuido a la procreación y es tener el comportamiento, el rol y las funciones pero es también ser proclamado padre por un niño que afirma su mandato filial en la transmisión transgeneracional” (1995a, p. 16, citado en Oiberman, 1998, p. 39).

Con respecto a la dimensión preparación al parto, se denota una tendencia media alta en las madres de la muestra caracterizada por conductas preparatorias, como asistir a clases prenatales, leer libros, etc., o por ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto. Esta dimensión incluye miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto caracterizado por la pérdida de control sobre el

cuerpo y las emociones, así como la confianza en el personal médico y sanitario (Lederman, 1984).

Asimismo, la preparación al parto refiere a la preparación para el proceso fisiológico que comprende la dilatación, contracciones, periodo expulsivo, así como también al proceso psicológico que implica la separación física del bebé intrauterino, y convertirse en madre de su hijo. Una manera de enfrentar el miedo a lo desconocido es recibir información a través de clases, lecturas, y charlas que ayudan en el paso evolutivo de anticipar el parto (Rubin, 1967a, 1967b), una tarea comprensiblemente difícil para la primigestante. Lederman (1984) manifiesta que la dificultad de las tareas psicosociales del embarazo requiere que la gestante reciba información para superar inseguridades y problemas emocionales y obtener una mejor adaptación. Salvatierra Mateu escribe: “La teoría es que si una mujer puede ser ayudada para que prevea anticipadamente las dificultades, su impacto será menor cuando llegue el momento porque sabrá que hacer” (1989, p. 183). Sin embargo, con respecto al cúmulo de información que la gestante recibe acerca del embarazo y parto, los estudios indican que puede ser generador de estrés o tranquilidad. Wenderlein (1977, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 56) ha reportado que el cúmulo de información puede ser generador de mayores niveles de ansiedad. Aunque la información no es siempre bien aceptada por la gestante, puede ser benéfica si se administra con claridad y sin contradicciones (Goethals & Thiery, 1986, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 77).

Los datos hallados no corroboran los resultados del análisis descriptivo de parto en sí mismo de la dimensión problemas maternos psicológicos asociados al embarazo de la entrevista de factores de riesgo, donde una alta frecuencia de sujetos indica parto en sí mismo como factor de riesgo. Se destaca que la dimensión preparación al parto del Cuestionario de Evaluación Prenatal

(Lederman & Lederman, 1984) no incluye los temores o ansiedades propias del embarazo negadas y desplazadas al momento del parto tal como lo indaga e incluye la dimensión conflicto materno psicológico asociado a parto en sí mismo como suceso significativo de vida de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial (Oiberman et al., 2000).

En lo que respecta a la dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé, que incluye la autoestima materna, así como el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto (Lederman, 1984), los datos indican una tendencia media. Estos datos desconfirman los resultados de parto en sí mismo de la dimensión problemas psicológicos maternos durante el embarazo de la variable factores de riesgo psicosocial, indicativos de la necesidad de un trabajo psicológico dentro de los principios de la psicoprofilaxis para poder esclarecer y elaborar las ansiedades del embarazo y acompañar las principales tareas psicológicas de la madre (Soifer, 1971). Raphael-Leff (1995) indica que estas tareas son el logro de la fusión emocional con el bebé intrauterino para luego diferenciarse gradualmente y finalmente lograr la progresiva separación psíquica entre ella y el bebé, la cual culmina en la separación física luego del parto. Si la ambivalencia y ansiedades que acompañan todo embarazo permanecen negadas o desplazadas al momento del parto reaparecerán como preocupaciones o temores. El formato de entrevista permitiría a las gestantes en estado de transparencia psíquica dar rienda a su inconsciente y así poder indagar los temores y ansiedades referidos a la salud propia y del bebé.

Con respecto a los principales temores que surgen en las gestantes, Klein et al. (1950, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 42) lograron identificar en un estudio con 27 primigestas dos grandes tipos de temores como fuente de ansiedad. El primero hace referencia al temor por ellas mismas: el temor por su salud, complicaciones en el embarazo y en el parto, miedo al dolor y a la muerte,

así como a la marcha de las relaciones maritales, y a problemas económicos. El segundo gran temor identificado hace referencia al hijo: a un posible aborto, malformación, muerte intrauterina o neonatal, y anormalidad mental. El estudio de Light & Fenster (1974), identificó como temores más frecuentes los relacionados con la salud y normalidad del futuro hijo, el deterioro del atractivo físico por el embarazo, el parto y la lactancia, así como a una forma efectiva del control de la natalidad. Por su parte, Standley et al. (1979, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 46) en un estudio con 73 primigestas en el último mes de embarazo obtuvieron que la mayor ansiedad se refería al parto y al bienestar fetal. En la mayoría de los casos no se detectó preocupación por la lactancia o por los aspectos físicos del embarazo. En tanto, observaron que las mujeres más jóvenes, menos educadas y sin preparación psicoprofiláctica para el parto mostraban más ansiedad en los factores generales del embarazo, preocupación por los aspectos físicos, por el bienestar fetal, temor al parto y a la ansiedad referida a los cuidados del futuro hijo y la lactancia. Asimismo, estos autores sugieren que estas ansiedades del embarazo se reducen con la edad, la madurez que conlleva y la planificación del embarazo. Finalmente manifiestan que hay una sola ansiedad predominante en las embarazadas primigestantes que comprende la ansiedad general del embarazo, la preocupación por los aspectos físicos, por el bienestar del futuro hijo y el temor al parto.

Leifer (1980) indica que más que dimensiones o causas, se podría hablar de focos de ansiedad frente a los cambios que acompañan el embarazo y la maternidad, ya que pocas mujeres permanecen consistentemente tranquilas a lo largo del embarazo. Señala que aquellas gestantes con gran deseo de hijo, muy ligadas emocionalmente al feto, tienden a enfocar su ansiedad sobre el hijo, en tanto que las que no tienen gran deseo, y tiene una ligazón moderada con el feto, expresan ansiedad mixta acerca de ellas mismas y

de su futuro hijo. Es decir que aquellas gestantes que no desean estar embarazadas presentan más temores referentes a su propia integridad física, mientras que las que si lo desean presentan más temores relacionados con la integridad del bebé. Por su parte, Areskog, Udenberg & Kjessler (1983) encontraron que las embarazadas con miedo excesivo al parto presentan una amplia gama de experiencias negativas, especialmente durante la infancia y el desarrollo sexual, en combinaciones muy variables pero con una marcada predisposición a la ansiedad. Corroborando lo sostenido por Bibring (1959; Bibring et al., 1961), Langer (1964), y Raphael-Leff (1991b, 1995), la embarazada, y especialmente la inminente parturienta, experimenta una regresión tendiendo a repetir la epigenesis psicológica de su vida primaria que rememora el propio nacimiento. Soifer manifiesta en una síntesis de la dinámica psicológica de la parturienta que las ansiedades básicas se estructuran sobre un armazón que es la reactivación de la angustia del nacimiento. Escribe:

Estas ansiedades son: de pérdida, de vaciamiento, de castración, de castigo por la sexualidad y de enfrentamiento con un desconocido, el hijo. La angustia traumática es de naturaleza disruptiva y catastrófica; la ansiedad de vaciamiento y de pérdida son ansiedades depresivas; el temor al castigo, la ansiedad de castración y el miedo a lo desconocido son de raíz paranoide. El interjuego de las mismas produce un estado confusional, con las concomitantes sensaciones de extrañamiento, despersonalización y pérdida de la identidad. Las confusiones giran en torno a la equiparación heces-bebé-penes (partes del propio cuerpo); defecación-parto; acto sexual-parto; sujeto-objeto (quien da a luz y quien es parido, o sea, víctima-victimario) (1971, p. 71).

Asimismo, menciona los mecanismos de defensa que se establecen, siempre que el yo logre conservar un mínimo de integración: negación, disociación, manía, proyección, identificación proyectiva masiva, retracción narcisista, fragmentación, conductas psicopáticas, mecanismos obsesivos, sublimación y reparación. Agrega además que:

La sublimación y la reparación son los componentes alrededor de los cuales el yo estructura su capacidad de enfrentar y tolerar la situación. La sublimación se concentra en la imagen del hijo, de la cual va derivando la paciente la fortaleza necesaria. La reparación lleva a la conexión con la imagen materna y trae alivio necesario para las ansiedades de separación, a la vez que contribuye a los procesos de discriminación (Soifer, 1971, p.73).

Con respecto al objetivo, explorar la asociación entre sucesos negativos de vida y desarrollo del rol materno, la hipótesis planteada fue:

H2. A mayor número de sucesos significativos de vida adversos menor desarrollo del rol materno en las madres de la muestra.

Los datos confirman la hipótesis. Ante la incertidumbre que trae la situación de pareja, embarazo, parto, situación social, problemática actual, problemas psicológicos durante el embarazo, y conflicto materno infantil como sucesos significativos de vida, los datos respecto a calidad de la relación con la pareja referirían a la seguridad percibida con respecto al compañero. Coherente con la teoría del vínculo Crowell & Treboux (2001) indican que madres con conflicto materno infantil, que sufrieron abandono en la infancia eligen compañeros poco contenedores, tiernos y amorosos. Por otra parte, la incapacidad de agente de sostén emocional y material percibida del compañero ante presencia de estos factores de riesgo generaría la exclusión defensiva que se produciría inhibiendo las conductas de acercamiento, evitando, de esta manera, el malestar que genera la falta de respuesta sensible ante la inseguridad percibida (Schore, 1994, 2001). Por su parte, siguiendo a Lebovici, Missonnier expresa que el padre se encuentra primero en la mente de la madre, pero también al lado de ella, asumiendo un rol continente y protector y más tarde catalizador que le permitirá ser madre (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 78).

La teoría del apego señala que el modelo mental o representación interna tanto de sí mismo, del mundo, como de la relación se construye en la interacción con el cuidador principal o figura de apego. Conforme el niño emite una conducta y recibe una respuesta del cuidador, va modulando su visión de sí mismo, del mundo y de la relación, creando un modo de ver la realidad y generando expectativas y anticipando lo que sucederá en la interacción (Fonagy, 1999; Fonagy et al., 2001; Sroufe, 1990, 1996). A lo largo de las interacciones con los cuidadores, se van interiorizando dichas experiencias desarrollando un modelo-de-estar-con en términos de Stern (1995) que se generalizará más allá de la familia. Bowlby escribe:

En el modelo del mundo que uno tiene, un aspecto clave es la noción de quienes son sus figuras de apego, dónde las puede encontrar, y cómo se espera que respondan. De forma similar, en el modelo mental del self que uno construye, un aspecto clave es la noción de cómo de aceptable o inaceptable es uno mismo ante los ojos de sus figuras de apego (1973, p. 236).

Es decir que el modelo interno incluye expectativas, creencias y emociones sobre la accesibilidad y disponibilidad de la figura de apego, así como información sobre la capacidad de uno mismo para suscitar afecto y protección, de esta manera implicando representaciones mentales de sí mismo, de la figura de apego y de la relación. Considerando que las condiciones de interacción en la infancia se mantienen estables, estos modelos mentales de sí mismo y de la relación construidos en la interacción con la figura de apego o cuidadores principales guiarán la relación con la pareja. Estos modelos mentales que se afianzaron a través de las experiencias repetidas en la dinámica familiar son los que se reactivarán en la relación de pareja. Las emociones, pensamientos e interpretación de las situaciones de activación emocional que surgen en la relación de pareja dependerán de los modelos internos de sí mismo y de la relación (Hazan & Zeifman, 1994).

Los datos respecto a calidad de la relación con la madre ante presencia de conflicto con la pareja indicarían que la vinculación en la edad adulta comparte similitudes con los vínculos formados en la infancia, corroborando lo manifestado por Bowlby que el apego “es propio de los seres humanos desde la cuna a la sepultura” (1979, p. 129), es decir que el sistema de apego es un sistema innato y vital para la supervivencia que perdura a lo largo del desarrollo. Los datos hallados corroboran lo detectado en el análisis dimensional correlacional de la variable rol materno donde se obtuvo asociación entre calidad de la relación con la madre y calidad de la relación con la pareja. Por su parte, Hazan & Zeifman (1994, 1999) manifiestan que las funciones principales del apego de seguridad y protección, descritas por Bowlby en la infancia (1969a), permanecen en las relaciones íntimas a lo largo de la vida adulta, con la diferencia de que en la adultez suele ser la pareja la que cumple las funciones de figura de apego principal. De este modo, el vínculo primario y las relaciones de pareja comparten aspectos claves y son relaciones de apego (Hazan & Shaver, 1987; Shaver & Hazan, 1988). Hazan & Zeifman (1999) manifiestan que la vinculación en la edad adulta comparte similitudes con los vínculos formados en la infancia, distinguiendo cuatro: contacto físico, o la búsqueda de proximidad y contacto; los criterios de selección, similares en los niños y adultos, vinculándose a aquellos que son responsivos a las necesidades propias, competentes y familiares; la reacción ante la separación de la figura de apego, trae tristeza, ansiedad y estrés seguido de un estado depresivo, para finalmente, si la separación es excesivamente larga, producirse el desapego o una reorganización afectiva, como señala Bowlby (1980); y por último, los efectos sobre la salud física y psicológica, de modo que la ruptura, la desavenencia en la relación con la figura de apego, trae una mayor susceptibilidad a desarreglos fisiológicos o psicológicos, debido al efecto negativo sobre el sistema inmunológico. Con respecto

al apego en la vida adulta, Hazan & Zeifman escriben:

El sistema de apego ayuda a asegurar el desarrollo de un vínculo duradero que aumenta la supervivencia y la capacidad reproductiva de modo directo e indirecto. Los vínculos de apego no son simplemente alianzas mutuamente beneficiosas basadas en el principio de altruismo recíproco. Por el contrario, implican una profunda interdependencia psicológica y fisiológica tal, que la ausencia o pérdida de la pareja puede ser literalmente una amenaza para la vida del otro (1999, p. 351).

Con respecto a calidad de la relación con la madre en presencia de los siguientes sucesos significativos de vida: muertes, embarazo, parto, problemática social y actual, problemas psicológicos durante el embarazo, y conflicto materno infantil indicarían que el grado de identificación de la primigesta con su madre, la aceptación o rechazo del modelo materno estarían asociados a la calidad de la relación con la madre. Es decir, la dificultad o no para la doble identificación con ella como madre y con el bebé intrauterino estaría asociado al grado de reacercamiento de la gestante con su madre (Missonnier & Solís-Pontón, 2002, p. 79).

Asimismo, se detectó diferencia significativa en aceptación del embarazo en función de los siguientes sucesos significativos de vida: situación de pareja, embarazo y parto en sí mismo, problemática social y actual, problemas psicológicos durante el embarazo, y conflicto materno infantil. Lederman (1984) indica que la aceptación del embarazo correspondería a la planificación y al proyecto de hijo, entonces, el deseo e identificación con el bebé intrauterino impregnan esta dimensión del rol materno. Se podría pensar que la presencia de estos factores de riesgo psicosocial presentifican la ambivalencia entre aceptación y rechazo del embarazo, la cual contrarresta las ansiedades y desafía el temor e incertidumbre que amenaza la autoimagen materna. Esta dimensión del narcisismo de la madre correspondería al mantenimiento de una autoimagen como madre buena, contrarrestando el temor y la preocupación de no

serlo (Parker, 1995). Siguiendo a Stern (1995), se podría pensar en términos de las cuatro preocupaciones de la madre: el tema de la vida y el crecimiento, el tema de la relación primaria, el de la matriz de apoyo, y el de la reorganización de la identidad. Ante estas preocupaciones, a través de mecanismos defensivos la madre se preserva a sí misma y al bebé de las ansiedades que irrumpen. Indicando la contradicción profunda que trae la ambivalencia entre el enriquecimiento que el hijo traería y la herida que esto implicaría (Beauvoir, 1952) ante la amenaza de la responsabilidad asumida de proveerle adecuadamente cuidados, sustento, y seguridad.

Es válido destacar que el análisis descriptivo de la dimensión parto en sí mismo de la entrevista de factores de riesgo reveló una frecuencia alta de gestantes con esta problemática; y que, además, el análisis correlacional dimensional de la variable rol materno indicó asociación directa significativa entre identificación con el rol materno y preparación al parto. Asimismo, no se detectó correlación entre las dimensiones de la variable rol materno identificación con el rol materno y aceptación del embarazo, la cual refiere al deseo de la gestante en asumir el rol maternante (Lederman, 1984). Asimismo, no se obtuvo diferencia significativa en la dimensión identificación con el rol materno ante presencia de sucesos significativos de vida. Se podría decir que la tarea psicológica que llevará a la madre a la doble identificación con su propia madre, de la centralización en sí misma a la unidad mamá-bebé, pasando por la fusión emocional con su bebé intrauterino para lograr la separación psíquica entre ella y el bebé que culmina en la separación física después del parto quedaría diferida. Ante el proceso de doble identificación con la madre y el bebé, las madres de la muestra no podrían dejarse invadir por rememoraciones infantiles, centradas en el pasado de la niña que han sido y que dejarán de ser con la llegada del bebé. Asimismo, la no

diferencia significativa en la dimensión identificación con el rol materno en presencia de los sucesos significativos de vida, podría indicar una maniobra defensiva que llevaría a que la identificación con el rol materno quede diferida o escamoteada. Como ya fuera consignado, sobre las madres de la muestra operarían otros factores que impiden la reelaboración de su capacidad como madre sobre la base de su experiencia pasada, así como sobre el bebé, basándose en su experiencia infantil. La tarea psicológica de la doble identificación con el bebé intrauterino y con la madre, es decir, el intenso trabajo psíquico de la gestante quedaría diferido o escamoteado.

Con respecto a la diferencias detectadas en las dimensiones de la variable rol materno: aceptación del embarazo, calidad de la relación con la pareja y con la madre, y preparación al parto ante presencia de conflicto materno temprano, se podría indicar, siguiendo la teoría del apego, que ante la necesidad innata de seguridad, que es procurada por la proximidad con la madre, y dependiendo de las experiencias de interacción con la figura de apego se genera un modelo interno representacional de sí mismo y de la relación. Si la figura de apego responde sensiblemente, si es capaz de dar respuestas a las señales, de interpretarlas de manera adecuada, y responder apropiadamente, el modelo interno de sí mismo será seguro (Ainsworth et al., 1978, p. 152). En cambio, si esta fracasa en la respuesta sensible, al no brindar apoyo en el logro de los deseos, la representación interna de sí mismo se verá comprometida. Entonces, la regresión que implica la reactivación de los conflictos infantiles durante el embarazo, dependerá de la historia vincular temprana de las gestantes con la madre vivida o no como base segura, reguladora de las emociones, del tipo de modelo operativo interno de sí mismo y de las respuestas o repertorio de conductas que active según sus necesidades. Marrone citando

a Bowlby escribe:

...una persona de cualquier edad que siente confianza en que una figura de apego va a estar disponible y receptiva en caso de necesidad, probablemente se sienta relajada y tenga recursos para que le vaya bien en la vida. En cambio, es probable que una persona que esté preocupada por sus vínculos de apego no funcione de una manera óptima (2005, p. 85).

Los datos con respecto a la dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé ante presencia de situación de pareja, embarazo y parto en sí mismo como sucesos significativos de vida indicarían que a través de mecanismos defensivos la madre estructura su capacidad de enfrentar y tolerar las ansiedades del embarazo, de alguna manera preservando su integridad y la del bebé. La capacidad de sublimación y reparación estructura la capacidad materna de afrontar la situación de ansiedad que remite a la ansiedad básica del toda la gestación (Soifer, 1971). Además, se podría intuir que la madre en su narcisismo, haciendo uso de mecanismos defensivos preserva al bebé y así misma de fantasías dolorosas y de pérdida. Estos datos confirman que transformarse en madre es un secreto de la infancia, un asunto del inconsciente (Delassus, 1988, citado en Oiberman, 2005, p. 177), donde las experiencias infantiles se presentifican en la identificación de la gestante con su propia madre y en la relación que establece con su futuro bebé. El embarazo percibido como suceso de vida reactiva los conflictos infantiles denotando el interjuego de defensas, organización yoica y relaciones objetales que se presentifican en la experiencia materna y en el vínculo con su futuro hijo.

Asimismo, los datos respecto a calidad de la relación con la pareja ante presencia de embarazo en sí mismo como sucesos significativos de vida, indicarían que el embarazo como suceso significativo de vida reactiva conflictos infantiles y fantasías atravesadas por el mundo interno de la gestante, por el lugar que ocupa el bebé y el padre en su realidad psíquica. Cuanto más

intolerante sea la gestante con sus propios sentimientos ambivalentes, sobre sí misma, sobre su madre, sobre el bebé y el padre, más recurrirá a mecanismos defensivos tales como la proyección o escisión para defenderse de las amenazas que le atribuye al bebé o al padre.

Las diferencias detectadas en las dimensiones de la variable rol materno calidad de la relación con la pareja y con la madre en presencia de parto en sí mismo como factor de riesgo corroboran lo hallado en el análisis correlacional dimensional de la variable rol materno, donde se detectó asociaciones directas significativas entre estas dimensiones y la dimensión preparación al parto. Se podría pensar, siguiendo la teoría del apego, que ante la presencia de las ansiedades y sentimientos ambivalentes que presentifica parto en sí mismo se activan las conductas de aproximación ante la amenaza de la inseguridad. Indicando que las gestantes de la muestra, con la motivación de establecer un equilibrio dinámico entre la conservación de la familiaridad, las conductas reductoras de temor y las de exploración, recurren a la figura de apego primaria. Además, la seguridad en el apego refiere a la percepción que la persona tiene sobre sí mismo como agente competente para promover una respuesta positiva de las figuras de apego. Marrone manifiesta que la fuente de angustia es una amenaza a la supervivencia psicológica, a la supervivencia del self (2005, p. 47). Bowlby (1975) utiliza el término seguridad, estabilidad afectiva (*security*), denotando un sentimiento que implica estar libre de temor, ansiedad o alarma.

Asimismo, la madre que ha pasado por tantos cambios biológicos y emocionales hasta adaptarse al estado de gravidez, que ha incorporado al feto como parte de sí, deberá pasar por un nuevo proceso de adaptación luego del parto, que desembocará en el retorno a la situación de no gravidez, pero donde ya no volverá a ser la misma ya que dejará de ser una mujer sola para convertirse en una

madre con su bebé en brazos. Estos dos hechos, la pérdida de un estado y el pasaje a otro, cobran en estos momentos predominancia y reactivan profundas ansiedades en las gestantes (Soifer, 1971, p. 59).

Es válido indicar que se consideró la variable parto como estresor para las madres de la muestra por su doble condición de inmigrantes y de mujeres que gestan y deviene madres en el desarraigo. Estas mujeres han pasado por un proceso de pérdida de su cultura y de adaptación a la cultura de acogida, que se podría considerar como proceso paralelo al proceso de maternalidad que incluye gestación, parto y crianza. Como ya fuera indicado la adaptación a la nueva cultura despierta ansiedad frente al cambio, con los correspondientes fenómenos de ansiedad de pérdida y miedo al ataque por lo desconocido. El parto presentifica estas ansiedades que se expresan en las madres de la muestra en temor por la salud del bebé y propia, presentimiento de parto prematuro y temor al parto como se indicara en los datos detectados a través de la Entrevista Psicológica de los Factores de Riesgo Psicosocial de Diseño Óptico (Oiberman et al., 2000).

Por otra parte, las diferencias halladas en las dimensiones de la variable rol materno calidad de la relación con la pareja y con la madre, y aceptación del embarazo en función de problemática social indicarían que el embarazo lleva a una regresión de la gestante a etapas tempranas. Lebovici expresa que el ser humano se encuentra desvalido en el momento de ser madre o padre (Solís-Pontón, 2002, p. 9). Se podría pensar que ante esta fragilidad, inherente al proceso de maternaje, y la inestabilidad e inseguridad producto de la problemática emergente social podrían llevar al deseo infantil de la madre omnipotente preverbal, aquella que todo lo puede, que todo lo soluciona. Asimismo, siguiendo la teoría del vínculo, se podría pensar que ante situaciones de inseguridad, dependiendo del

vínculo temprano con la figura de apego, se activarán las conductas reductoras del estrés. Es válido considerar que decir apego no significa infantilizar a la gestante, sino reconocer una característica vital del sujeto, partiendo de que la relación vincular se basa en la búsqueda de seguridad afectiva, y teniendo en cuenta que la expresión o grado de dichas necesidades y la forma de restaurar el equilibrio afectivo es lo que diferencia un vínculo de apego infantil de uno adulto (Feeney & Noller, 1996).

Con respecto a la dimensión de la variable rol materno preparación al parto ante presencia de parto en sí mismo y conflicto materno infantil, se intuiría que la presencia de estos factores de riesgo, que refieren a situaciones de pérdida y abandono en la infancia, y a la incertidumbre ante el parto, son altamente representables por la dimensión preparación al parto que refiere al sentimiento de indefensión, miedo a lo desconocido, y pérdida del control (Lederman, 1984). Esto indicaría que las ansiedades propias del embarazo desplazadas al momento del parto están asociadas a la tarea psicológica de la doble identificación, que llevará a la madre a la identificación con su propia madre, pasando por la fusión emocional con su bebé intrauterino para lograr la separación psíquica que culminará en la separación física del bebé después del parto. La primigesta se encuentra invadida en esta identificación con su propia madre por memoraciones infantiles, centradas en su pasado de niña, que dejará de ser con la llegada del bebé. Entonces, dependiendo de la historia vincular y conflicto temprano con la madre será el grado de confianza de la gestante para superar inseguridades, problemas emocionales y lograr una mejor adaptación al proceso fisiológico y psicológico que implica la separación física del bebé intrauterino. La gestante tendrá que esclarecer, elaborar y reparar la ambivalencia y ansiedades que acompañan la gestación, para preservar al bebé y a ella misma ante las ansiedades que irrumpen con la inminencia del parto. Así como dar cuenta de la contradicción

profunda que trae la ambivalencia entre el enriquecimiento que el hijo traería y la herida que esto implica (Beauvoir, 1952). Kristeva describe en *Sabat Mater* la ambivalencia que acompaña a la gestante, significando el parto y nacimiento simultáneamente como deprivación y beneficio:

Vida... Muerte... imprevisible. En el parto salió a la izquierda con la placenta... mi médula quitada que sirve no obstante injerto, que me hiera pero me aumenta. Paradoja: privación y adquisición del parto. Pero, por fin la tranquilidad planea sobre el dolor, el terror de esta rama seca que revive cortada, herida, privada de su concha reluciente. Tranquilidad de otra vida, la vida de este otro, que camina, mientras que yo soy a partir de ahora un esqueleto... Naturaleza muerta. Sin embargo, está él, su carne, que fue mía ayer (1976, p. 216).

Coincidiendo con Ammaniti et al. (1995), Bibring et al. (1961), Birsksted-Breen (1975, 1989), Langer (1964), Lebovici (1983), Leifer (1980), Oiberman (2005), Pines (1980), Soifer (1971), Solís-Pontón (2002), y Stern (1995), los datos corroboran que el desarrollo del rol materno comprende las tareas de la gestante que giran en torno a la relación con la madre, la elaboración del conflicto temprano, los cuidados maternos recibidos y la doble identificación con ella y con el bebé. Además, los factores de riesgo social, problemática social y actual, también dan cuenta de la relación temprana de la gestante, que referirá a una representación de sí misma, de la cual dependerán las conductas que se activarán en busca de seguridad, estabilidad afectiva, regulación emocional, y exploración (Marrone, 2001, 2005).

A manera de conclusión, se indica la multidimensionalidad de la variable y la multiplicidad de factores que se implican e integran en el desarrollo del rol materno. Además, se señala que los factores de riesgo psicosocial emergentes potencian la tarea inherente a cada dimensión del rol materno. A partir de los resultados obtenidos, se destaca, siguiendo a Ammaniti et al. (2006), la

necesidad en próximos estudios de indagar más allá de la evaluación de los múltiples factores de riesgo con la intención de explorar su resonancia subjetiva.

4. Discusión de los Resultados Relativos a la Variable Percepciones Maternas

Los datos revelan una tendencia media en las madres de la muestra a percibir el comportamiento del bebé alerta con interés, y una tendencia baja a percibir el comportamiento del infante como inestable-irregular. A su vez, la tendencia es favorable en la percepción materna de su seguridad en el cuidado del bebé, así como en su nivel general de seguridad y en la percepción del temperamento del bebé como muy fácil.

Los resultados del análisis dimensional confirman lo señalado por Wolke & St. James-Roberts (1987), quienes indican que un informe de la madre con respecto al comportamiento y temperamento del bebé se predice mejor por la percepción materna de su competencia para cuidar al bebé que a través de evaluaciones objetivas del infante, como las administraciones seriadas de la Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (Neonatal Behavioral Assessment Scale, NABS; Brazelton, 1984), las observaciones directas o las evaluaciones que pueden hacer las enfermeras (St. James-Roberts & Wolke, 1986, 1988; Wolke & St. James-Roberts, 1986, 1987).

Las correlaciones indirectas detectadas, coinciden con Rautava, Lehtonen, Helenius & Silanpaa (1995), quienes indican que el temperamento irritable del bebé afecta la interacción diádica, y la percepción de la autoeficacia maternal (Lester, Boukydis, Garcia-Coll, & Hole, 1990). Los resultados hallados confirman lo detectado por Sayre, Pianta, Marvin & Saft (2001), quienes hallaron que las

representaciones maternas se relacionaban con la percepción materna del infante independientemente de las capacidades del mismo. Además, corrobora lo demostrado por Wolke (1997) y Wolke & St. James-Roberts (1987), las percepciones que la madre tiene acerca del comportamiento y temperamento del infante tienen el potencial de influir en la percepción materna de su nivel general de seguridad como madre.

Las correlaciones respecto a rol materno y percepciones maternas revelaron que la percepción materna del nivel general de seguridad así como del temperamento fácil, y del comportamiento alerta del bebé y con interés en la interacción están asociadas directamente a la calidad de la relación con la pareja. Asimismo, las percepciones maternas de falta de seguridad para cuidar al bebé y del comportamiento inestable-irregular del bebé están asociadas inversamente con la calidad de la relación con la pareja. Corroborando lo demostrado por Lederman & Lederman (1987) en su estudio del postparto inmediato, y lo señalado por Shereshefsky & Yarrow (1973, citado en Salvatierra Mateu, 1989, p. 53 y p. 162), que el factor más importante en el periodo postnatal es la calidad de la relación con la pareja. Coincidiendo, asimismo, con Ilicali & Fisek (2004) quienes detectaron en el periodo prenatal asociación entre las representaciones prenatales sobre la pareja, la percepción sobre el bebé y sobre sí mismas como madre. En tanto, en el periodo postnatal hallaron asociación entre las representaciones maternas postnatales sobre el bebé y sobre sí mismas como madre.

Se observa que no se detecta correlación significativa entre percepción de la madre del temperamento fácil del bebé e identificación con el rol materno. A partir de esto se podría intuir que las madres restringen las atribuciones positivas tanto sobre el bebé como sobre ellas como madre, de alguna manera protegiéndose así mismas y al bebé real de posibles frustraciones y de fantasías

idealizantes. Coincidiendo con Brazelton, las madres renuncian a sus representaciones más positivas para preservarse de posibles decepciones, evitarse desilusiones, y hacer inconscientes las representaciones a fin de ajustar su mundo representativo (Stern, 1995, pp. 33-34). Esto se corrobora con la asociación inversa entre la percepción materna del comportamiento inestable-irregular del bebé y la identificación con el rol materno. Así como con la asociación indirecta entre las percepciones maternas del comportamiento inestable-irregular del bebé y falta de seguridad en el cuidado del mismo con aceptación al embarazo.

Por otro lado, se detecta correlación inversa entre falta de seguridad en la capacidad de maternar y calidad de relación con la madre, indicando que la percepción de la capacidad de proveer cuidados maternos está relacionada con los cuidados maternos recibidos y la doble identificación con ella y con el bebé.

Con respecto al objetivo, explorar la asociación entre los factores de riesgo psicosocial y las percepciones maternas sobre sí misma como madre y sobre el bebé, la hipótesis planteada fue:

H₃. A menores factores de riesgo psicosocial las madres presentarán percepciones positivas sobre sí misma como madre y sobre el bebé.

Los datos hallados confirman la hipótesis. La percepción materna de su nivel general de seguridad ante ausencia de factores de riesgo psicosocial indicaría que la madre está focalizada en sus cuidados maternos (Brazelton, 1981), y en su capacidad de reconocer y adaptarse a su nueva realidad de mamá (Brazelton & Cramer, 1990, p. 61). La madre estaría enteramente entregada a los cuidados maternos, en términos winicotianos en estado de preocupación maternal primaria (Winnicott, 1957), centrando todas sus investiduras

libidinales sobre el bebé y sobre sus funciones maternas, en detrimento de sus investiduras exteriores. Siguiendo la tríada psíquica propuesta por Stern (1995), se podría decir que la madre presta atención y demuestra interés por el bebé por encima de todo. Asimismo, a partir de los resultados hallados, se podría pensar que estas madres cuentan con capacidad de autoregulación, dando así cuenta que, las percepciones positivas sobre su nivel de seguridad como madre y sobre el temperamento del bebé refieran a la capacidad de estas madres de regulación afectiva y de respuesta sensible a las necesidades del bebé. Coincidiendo con Cassidy (1994, 1999), Martin, Clements & Crnic (2002), Leerkes & Crockenberg (2002), quienes encontraron que la respuesta materna al infante en un intento de evitar o terminar el afecto negativo depende de la regulación emocional de la madre. Es decir que las madres que confían en su capacidad de materner se identifican con los sentimientos del infante y responden sensiblemente (Leerkes & Crockenberg, 2002, 2006; Teti & Gelfand, 1991). Coincidiendo con lo expuesto por Wolke & St. James-Roberts (Wolke, 1997), quienes consideran que la percepción materna de su competencia para cuidar al bebé es en sí misma una evaluación de la interacción precoz. La madre insegura en el cuidado del infante considera un problema su propia competencia y estará tensa cuando está con el bebé y, en consecuencia, lo percibe más difícil. En tanto, una madre que se percibe competente en su capacidad de cuidar al bebé se predisponerá a proveer los cuidados necesarios de manera calmada y relajada, percibiendo al bebé como fácil.

Wolke & St. James-Roberts (Wolke, 1997) conciben el nivel general de seguridad como predictor de los comportamientos maternos y del desarrollo del bebé, indican que la relación entre la percepción materna de su capacidad de materner y el temperamento del infante es interactiva, donde la baja autopercepción materna es al mismo tiempo causa y consecuencia de los problemas en la

díada, así como de la percepción materna negativa del temperamento del infante (Farrow & Blissett, 2007). Asimismo, la percepción materna del temperamento del infante puede influir la percepción de su capacidad de matinar. Gross, Conrad, Fogg & Wothke (1994) hallaron que baja percepción materna de sí misma como madre se relaciona con percepción materna del bebé como difícil. De igual modo, Teti & Gelfand (1991) demostraron que la baja autoevaluación de la madre de su capacidad maternante correlaciona con la percepción del temperamento difícil del infante, así entonces, determinando la calidad y características del vínculo temprano diádico. Por su parte, Shea & Tronick (1988, p. 101) conceptualizan la autoestima materna de acuerdo a las siguientes dimensiones: autoevaluación de su capacidad de cuidar, habilidad general y preparación para el rol materno, aceptación del bebé, la relación esperada con el bebé, sus sentimientos con respecto al embarazo, parto y nacimiento. Taylor, Roberts & Jacobson (1997) detectaron asociación entre percepción materna de su capacidad de matinar y aceptación del bebé en una muestra de madres afroamericanas, en tanto Shea & Tronick (1988) encontraron asociación entre percepción materna de su capacidad maternante y respuesta sensible.

Los datos revelan que la percepción materna sobre su nivel general de seguridad así como sobre el temperamento fácil del bebé ante presencia de problemática con la pareja indicaría que cuando la pareja sostiene, valora, cuida, provee, la madre se siente reconocida y protegida. Indicando la importancia de los cuidados que pueda proveer el compañero, padre del bebé, y la capacidad de crear un ambiente propicio para que la madre se identifique empáticamente con el bebé. Estos datos coinciden con lo manifestado por Winnicott con respecto al sostén y los cuidados maternos, las madres que “son cuidadas de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea” (1960c, p. 63) estarán disponibles a los comportamientos del bebé, sensibles a las necesidades del mismo y

capaces de adaptarse identificándose con él. Es decir que los cuidados que la madre brinde al bebé estarán en relación con los que ella misma recibe de su ambiente en términos winicotianos y de la matriz de apoyo en términos de Stern (1995). Asimismo, confirman lo anteriormente consignado respecto a migración interna de la pareja, ya que se observa que ante esta conflictiva de pareja las madres se autoperciben seguras, la cual se aprecia como una responsabilidad de la pareja hacia ellas y el bebé por búsqueda de sustento económico y material. Estos datos corroboran lo hallado por Leerkes & Crockenberg (2006) quienes encontraron que la relación con la pareja, así como y el temperamento del bebé correlacionan con las competencias maternas.

Por otra parte, los datos respecto a conflicto de pareja corroboran lo manifestado por Leifer (1980), para una adaptación maternal óptima es necesario que el periodo postnatal transcurra satisfactoriamente dentro de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la díada madre-hijo del que forma parte la pareja. En tanto, Lederman & Lederman (1987) detectaron tres ejes operantes en la adaptación materna postnatal: los factores relacionados con la pareja, los referentes al bebé, y los correspondientes a la capacidad del desempeño de los cuidados maternos. Observaron que la relación con la pareja influye sobre la capacidad materna de proveer cuidados al bebé y, a su vez, depende de la participación de la pareja en el cuidado y apoyo que preste. La relación con la pareja es un elemento importante en el postparto, donde prima la necesidad infantil de protección y halago, agudizándose, como en la infancia, los temores en general y las ansiedades frente a la soledad (Soifer, 1980, p. 77). Confirmando lo sostenido por Winnicott, para que la madre pueda ponerse en el lugar del bebé necesita sostén y apoyo de la pareja (1956, 1960c). Asimismo, es válido destacar que el análisis dimensional de la variable factores de riesgo demostró asociación entre embarazo, parto en sí mismo y conflictiva con

la pareja indicando que la capacidad de tolerar las ansiedades básicas que acompañan la gestación y de elaborar tanto física como psíquicamente el convertirse en madre está relacionado con la relación con la pareja. Se podría decir que la madre representa a partir de los modelos de-estar-con su experiencia vincular con la pareja (Stern, 1995). Confirmando lo hallado por Szewczyk Sokolowski et al. (2007), quienes demostraron que madres con conflicto doméstico presentaban representaciones distorsionadas de sus infantes, categorizándolos como difíciles.

Además, los datos hallados con respecto a problemática actual confirman lo detectado por Szewczyk Sokolowski et al. (2007), quienes hallaron en una muestra de madres afroamericanas que aquellas con problemas habitacionales (vivienda pública) tenían representaciones negativas del bebé comparadas con las que vivían en el sector privado. Por su parte, los datos hallados respecto a problemática social confirman lo consignado por Huth-Bocks, Levendosky, Theran, et al. (2004b) quienes encontraron que las representaciones maternas sobre el bebé se encontraban indirectamente relacionadas a la problemática social, confirmando el impacto de variables contextuales en el vínculo temprano (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat, et al., 2004a).

Crockenberg (1986) propone que el temperamento del infante también interactúa con otras características maternas o del ambiente, indicando que aquellas madres de bebés difíciles o inestables, que presentan riesgo parental debido al nivel de pobreza o salud mental, se encuentran con mayor riesgo de respuesta insensible a las señales del bebé. Asimismo, Stifter & Wiggins (1994) detectaron que la percepción materna sobre el temperamento del bebé podría estar afectada por otros factores aparte de la conducta y temperamento del infante, por ejemplo, características maternas tales como depresión, ansiedad, estilos cognitivos y personalidad.

Los datos respecto a la percepción materna sobre sí misma y sobre el bebé ante conflicto materno infantil corroboran lo manifestado por Fonagy, Steele, et al. (1991), las madres que tienen percepciones positivas sobre sí no han sufrido abandono ni rechazo de sus madres en la infancia. También confirman lo detectado por Leerkes & Crockenberg (2006), quienes encontraron que conflicto materno infantil se encuentra asociado negativamente con sensibilidad materna y seguridad como madre en la capacidad de cuidar al bebé, y directamente con emociones negativas sobre sí misma y sobre el bebé. Por su parte, Szewczyk Sokolowski et al. (2007) detectaron que madres con representaciones negativas sobre sí mismas se referían al bebé como difícil y expresaban su decepción en el infante, corroborando lo manifestado por Fonagy et al. (1992), las madres que niegan la necesidad de vínculo han sufrido abandono y rechazo de sus madres en la infancia. De igual modo, encontraron que conflicto infantil no resuelto con sus madres y dificultad en la relación con el padre del bebé, hostilidad y nivel educativo se asociaban a las representaciones maternas negativas sobre sí mismas y sobre el bebé. En tanto, Crowell & Treboux (1995) indican que las madres que describen a sus padres como poco cariñosos o disponibles cuando niñas, se expresan de igual manera sobre el compañero, corroborando lo propuesto por la teoría del vínculo.

Con respecto a conflicto materno temprano, los datos hallados confirman lo detectado por Huth-Bocks, Levendosky, Theran, et al. (2004b), las representaciones maternas son un mecanismo que rememora las experiencias vinculares maternas y predicen el desarrollo de los patrones vinculares al año del vida del infante. Hallaron que las representaciones seguras de sí misma como madre y del bebé se asociaban a un vínculo seguro del infante. Concluyen que son las variables maternas las que contribuyen al desarrollo de

un vínculo seguro en el infante. Coincidiendo con Fonagy, Steele & Steele (1991) quienes indican que las representaciones maternas de su propia madre son el mejor predictor del vínculo entre el infante y su madre al año de nacido. Es válido notar que en el análisis descriptivo de conflicto materno infantil de la variable factores de riesgo se detectó diferentes tipos de carencias infantiles durante los primeros años. Se podría pensar que las madres de la muestra constituyeron un modelo operativo interno de sí mismas, es decir un modelo representacional de su competencia como madre constituido en la experiencia de estar-con su figura de apego y con los cuidados recibidos en las interacciones tempranas, y las que han tenido lugar a lo largo de la niñez y adolescencia. Estos datos confirmarían lo manifestado por la teoría del vínculo, que la relación con las figuras de cuidado da forma a las representaciones que las madres tienen de sí mismas (George & Solomon, 1996; Huth-Bocks, Levendosky, Theran, et al., 2004b). Asimismo, coherente con la noción de transmisión transgeneracional del apego (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985), son numerosos los estudios que sostienen que los modelos operativos internos maternos contribuyen al tipo de vínculo que se desarrollará entre la figura de apego y el infante (Ainsworth & Eichberg, 1991; Crowell & Feldman, 1988; Grossmann, Fremmer-Bombik, Rudolph, Grossmann, 1988; Zeanah, Benoit, et al., 1993; Zeanah, Mammen, Lieberman, 1993). Con respecto a la transmisión transgeneracional del vínculo, Stern (1990) indica que cuando la madre no puede identificar la experiencia de su bebé procura adivinarla, esa presunción estará sin duda influida por su propia historia. Entonces, si la madre percibe el temperamento del bebé irritado, lo más probable es que reaccione con irritación o con un sentimiento de culpabilidad, es decir su respuesta dependerá de su historia cuando niña y de cómo fueron significadas y reguladas sus emociones. Escribe:

De hecho, los padres llevan un registro de cómo se imaginan que siente y responde su bebé. Componen para él una biografía al día que consultan sin cesar. Así, esta biografía es armazón y diccionario, tanto de la manera en que ven ellos a su bebé como del modo en que se ve él mismo y, por ende, de su vida (1990, p. 17).

Por su parte, Cramer (1995) manifiesta que la clínica e investigación de la primera infancia plantea a través del estudio de las representaciones maternas comprender la experiencia subjetiva de la madre dentro del vínculo con el bebé. “Las madres no se relacionan únicamente con lo que el bebé hace realmente; le confieren un enorme significado al menor sonido o gesto de su hijo, y es este “significado introducido” al que reaccionan (Cramer, 1987)” (Bazelon & Cramer, 1990, p. 205). Fraiberg (1980) propone los fantasmas en el cuarto del infante como metáfora de las representaciones o configuraciones fantasmáticas ligadas al pasado de la madre que irrumpen en el vínculo diádico. Se trata de la transferencia en el infante de una figura, eventos del pasado de la madre que distorsionan la representación materna del infante y, por consiguiente, la capacidad materna. Se trataría, entonces, de una desconexión dinámica entre las representaciones del pasado y la realidad presente de la madre (Hopkins, 1992). Asimismo, Fraiberg et al. (1975) indican que algunas madres no pueden estar disponibles para su bebé, no pueden escuchar el llanto del bebé hasta que alguien primero haya escuchado el propio. En esta línea, Schechter (2004) detectó que el temperamento y comportamiento difícil, irritable del bebé funcionan como disparador de historias ligadas al pasado de la madre. Por su parte Lebovici introduce la noción interacciones fantasmáticas, refiriendo a la incidencia de los conflictos pasados de los padres sobre el vínculo con el bebé (1983, 1989a). En tanto, Soulé (1982) se refiere a la influencia mutua de los avatares de la vida psíquica de la madre y del infante. En palabras de Oigerman:

La interacción fantasmática se refiere a los sentimientos inconscientes que la madre tiene sobre el niño, que representa él para ella, es decir cuales son los sentimientos profundos que existen detrás de esta relación (2008, p. 68).

Bruschweiler-Stern & Stern (1989) manifiestan que las representaciones maternas incluyen aquellas que la madre posee de sí e inciden en la interacción con su bebé. Asimismo, Stern indica que las representaciones maternas están conformadas por los modelos de-estar-con:

...la evocación por parte de la madre de las experiencias maternas recibidas anteriormente (y de su nueva inmersión en ellas) no es un acto de regresión, sino sencillamente resultado del hecho de encontrarse en un contexto memorizador presente poderoso y profundo que no experimenta desde sus primeros años de vida. En este contexto memorizador los antiguos modelos de-estar-con se renovarán trabajosamente a través de las experiencias de la nueva madre (1995, p. 223).

La interacción positiva con los progenitores se asocia con mayor empatía en la niñez y adultez (Eisenberg, Fabes, Schaller, & Carlo, 1991; Koestner, Franz, & Weinberger, 1990), en tanto historia temprana de abuso se asocia con baja empatía (Feshback, 1987; Letourneau, 1981) y historia de rechazo emocional temprano se asocia con sentimientos de desvalorización, desestimación y neutralidad hacia el malestar del infante (Leerkes & Siepak, 2006). Aquellos padres que crecieron en un ambiente punitivo, controlador, o emocionalmente rechazante tienden a experimentar mayor hostilidad y atribuciones negativas hacia ellos mismos y hacia sus infantes (Daggett, O'Brien, Zanolli, & Peyton, 2000; Leerkes & Siepak, 2006; Lesnik-Oberstein, Koers, & Cohen, 1995). La historia temprana de la madre correlaciona con su confianza en la capacidad de cuidar al infante, entonces, aquellas madres que encontraron sus necesidades emocionales satisfechas cuando niñas reportan mayor seguridad en su capacidad de maternar (Leerkes & Crockenberg, 2002). Aquellas madres que reportan aceptación por parte de sus padres cuando niñas perciben a sus infantes más

interesados en la interacción que aquellas que no se sintieron reconocidas (Biringen, 1990). Asimismo, lo mencionado corrobora los datos respecto a muertes como factor de riesgo, considerando que se trata de padre y abuelos que criaron ante el abandono de la madre.

Los datos respecto a la percepción materna sobre su nivel general de seguridad y sobre el temperamento fácil del bebé ante presencia de problemas psicológicos durante el embarazo, embarazo y parto en sí mismos como factores de riesgo coinciden con lo hallado por Zeanah et al. (1985) y Zeanah, Keener et al. (1986) quienes detectaron que las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma en su competencia como madre son un reflejo de las expectativas durante la gestación.

El periodo postnatal es un momento de delimitación entre lo perdido, el embarazo, y lo adquirido, el bebé en los brazos. “También una delimitación entre ensoñación, fantasía inconsciente y realidad. Tanto en lo referente a como iba a ser el parto como en cuanto al niño en sí mismo y la reacción ambiental” (Soifer, 1971, pp. 75-76). Los datos indican que la presencia del bebé no recompensaría el trabajo del embarazo y parto, ni permitiría la elaboración de las fantasías persecutorias sustentadas en la realidad, lo que llevaría a este estado de falta de seguridad en sí misma y en la percepción baja del temperamento fácil del bebé.

En cambio, cuando la madre siente ante la presencia del bebé haber hecho algo bueno, a través del estímulo del narcisismo primario se percibe segura en su capacidad de cuidar del bebé. Brazelton escribe:

Cada vez que algo que ella hace suscita una respuesta por parte del bebé, ya sea la de serenarse, despertarse o ponerse alerta, la madre siente que su competencia ha sido confirmada (Brazelton & Cramer, 1990, p. 82).

Dio Bleichmar manifiesta que la maternidad potencia y enriquece a la mujer de forma que gana en seguridad y estima personal, experiencia que la llena de una honda felicidad (2005, p. 165). Por su parte Lebovici considera que el narcisismo primario se encuentra en los cuidados de la madre al hijo. Expresa:

Gracias al narcisismo primario, el niño se convierte en el “rey” cuando ve la mirada de la madre dirigida hacia él. Cuando él la ve, ella se convierte en madre; así es como esa interacción parece desarrollar de manera efectiva el sentimiento de que el niño pudiera ser beneficiario de su vida sexual (Solís- Pontón, 2002, p. 4).

Brazelton en un segmento del video *Soy tu hijo: Los primeros años marcan para siempre (I am your child: The first years last forever*, The Early Childhood Initiative Foundation & United Way of Miami-Dade, 1997) demuestra como la respuesta del bebé al girar su cabecita hacia la dirección de donde proviene la voz de la madre la llena de satisfacción y gozo. Es decir, la respuesta del bebé al mostrar reconocimiento y distinguirla le permite sentir su competencia como madre. La madre así gratificada en su narcisismo se siente madre de su bebé ya que necesita también ser maternalizada por su bebé (Lebovici, 1983). Lo expuesto confirma lo detectado en el análisis dimensional, donde se obtuvo asociación directa significativa entre percepción materna del comportamiento fácil del bebé y nivel seguridad de la madre. Se confirma con respecto a la asociación indirecta significativa de la percepción materna del comportamiento inestable-irregular del bebé y nivel general de seguridad.

Además, la representación de la madre se altera o confirma en los intercambios con el bebé real, que van acompañados de interacciones a nivel imaginario y fantasmático que le produce un sentimiento de inquietante extrañeza, ya que el bebé real en sus brazos no tiene ningún parecido con el que se había imaginado durante el embarazo (Soulé, 1970, 1982). Solís-Pontón, siguiendo a

Lebovici (1989a), manifiesta que las representaciones que la madre tiene de su bebé durante el embarazo y después se mezclan y alteran:

...dando lugar a una dimensión imaginaria o fantasmática (ligada a la fantasía inconsciente) de las interacciones, las cuales pueden comprender la expresión de los conflictos inconscientes de la madre y que algunas veces son fuente de malos entendidos y de alteración de la armonía en el vínculo con el bebé, e incluso convertirse en el receptáculo de la proyección de conflictos (Solís-Pontón, 2002, p. 13).

En este sentido, la presencia del bebé real reactivaría fantasías que las madres tejen en torno al bebé, a ella mismas, y a los temores e ideales que el bebé hace revivir, indicando representaciones negativas sobre ella como madre y sobre el bebé ante presencia de parto en sí mismo como factor de riesgo. La presencia del bebé en sus brazos no estimularía el narcisismo materno y la capacidad de elaboración de las ansiedades básicas de la gestación desplazadas al momento del parto. Ante la presencia del bebé la madre no siente haber hecho algo bueno y no lo inviste narcisísticamente.

En conclusión, los resultados denotan que existe relación entre los factores de riesgo y las percepciones maternas sobre su competencia como madre y sobre el temperamento del bebé. Coincidiendo con Szewczyk Sokolowski et al. (2007), las representaciones que las madres tienen sobre sí mismas y de su infante sería el mecanismo que explica las asociaciones entre variables personales, contextuales y el vínculo diádico.

5. Discusión de los Resultados Relativos a la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé

Los resultados hallados coinciden con los encontrados por Quiróz Tejada (2001), la función de interacción que se presenta con

mayor frecuencia es la visual. Corroborando lo encontrado por Brazelton (1974, 1979), Oiberman (2001, 2008), Stern (1971) y Tronick (1989) quienes manifiestan que la vía de comunicación privilegiada de la díada es la visual.

Se resalta que los datos arrojaron una frecuencia alta de función corporal indicando que esta es también una vía privilegiada de comunicación entre la madre y el bebé. Oiberman (2001) encontró ausencia de función corporal en la mayoría de las díadas en el primer mes, señalando que esta conducta tiende a aumentar en el sexto mes, escribe: “La conducta corporal se desarrolla en los primeros tres meses del bebé a partir de la iniciativa materna y es en el sexto mes cuando el niño inicia el diálogo corporal” (Oiberman, 2008, p. 196). Se podría pensar que estas madres en situación de emigración se identifican con el desvalimiento e indefensión de sus bebés, proyectando su necesidad de cuidado, contención y arrope ya que esto constituiría una necesidad debido a su estado de fragilidad lejos de los soportes de la familia extendida y de los sostenes sociales y culturales. Se podría intuir que esta alta tendencia de tocar, agarrar, acariciar, y estar adherida al bebé sería una defensa ante la amenaza a su frágil integridad, que le permite a través del contacto corporal una vía psíquica de contenerse así misma al contener al hijo. Escribe Oiberman:

Según A. Binet (1903) el instinto de agarrarse a la madre es una pulsión que existe igualmente en el hombre, pero que está inhibida desde el momento del nacimiento debido a la falta de pelaje del cuerpo humano. Pero...*el deseo de retornar al estado arcaico en el cual madre y niño vivían una relación dual inseparable persiste siempre.* (pág. 395, de Ajuriaguerra, 1985) (2008, p. 229).

Los resultados respecto a función visual y ausencia de función verbal confirman lo hallado por Oiberman (2001, 2008) quien observó un escaso número de díadas donde la realiza un solo miembro. Respecto a las comunicaciones, los resultados confirman que

la vía de comunicación privilegiada de estas madres es el contacto corporal. Esta comunicación de cuerpo a cuerpo a través de la propia receptividad se podría pensar también como interacción fantasmática que incluye aspectos conflictivos en donde el cuerpo del bebé representa un posible lugar de proyección ya que la madre “opera necesariamente en por lo menos dos espacios subjetivos: la interacción comportamental y su vida representativa” (Stern, 1995, p. 68), donde la historia de la madre conjuntamente con sus fantasías y proyecciones se actualiza y transforma en la interacción con el infante (Lieberman, 2007). Oiberman citando a Soulé (1970) manifiesta que los mensajes y señales que la madre dirige al bebé son en reacción a lo que ella recibe de él, y que muchas veces el bebé actúa como “como una especie de “revelador” de los conflictos intrapsíquicos maternos” (Oiberman, 2008, p. 61). Lebovici citando a Kreisler & Cramer (1981) manifiesta que la interacción comprende fantasmas porque el cuerpo del bebé puede y debe convertirse en el lugar en que estos se proyecten (Lebovici, 1983, p. 245). Por otro lado, se podría pensar esta interacción en términos de Stern como modelo de-estar-con, referiría a los diferentes temas representativos de la constelación maternal: de la vida y del crecimiento, de la relación primaria, de la matriz de apoyo, y de la reorganización de la identidad (1995, p. 211). Stern escribe:

Cuando la madre interactúa con su hijo, casi siempre se activan algunas redes de modelos de-estar-con. Cuáles se activan exactamente depende del momento de lo que está sucediendo. A nivel subjetivo, la experiencia de la madre es muy rica y tiene múltiples facetas. En cuanto cambia la red activa de modelos puede adelantarse y retrasarse (incluso cada pocos segundos) con respecto al pasado, el presente y el futuro; con respecto a aquí y a cualquier otro sitio; con respecto a la distancia de la acción y a su inmersión en ella; con respecto a su identificación con el niño y a la experiencia centrada completamente en sí misma; con respecto a sí misma de niña como sujeto principal y a su hijo como sujeto principal; con respecto a la situación vista con sus propios ojos o con los ojos de su madre, etc. La red de modelos activa actual da sentido y sentimiento al momento interactivo presente y también determina en parte qué acontecimientos subsiguientes del flujo interactivo se destacarán, es decir, cuál será el próximo momento emergente (1995, p. 67).

Al tomar las conductas presentes en cada función y la calidad de las mismas a través de la comunicación, se puede destacar el poder de lo visual en la interacción temprana y, por lo tanto, considerarla una vía privilegiada de comunicación intrapsíquica, que remite al sostener y ser sostenido por otro. Este tipo de interacción comportamental y su contenido emocional ha sido conceptualizado por Brazelton (1974) quien sostiene que el bebé al nacer ya está programado para mirar el rostro humano y, asimismo considera la comunicación visual como una de las más importantes intervinientes en el desarrollo del apego. Por su parte Winnicott (1967) señala que el infante desarrolla su sentido de self dentro de la matriz interpersonal y, que al mirar a la madre se ve él mismo. Escribe: “En el desarrollo emocional individual *el precursor del espejo es el rostro de la madre*” (1967, p. 147). La mirada de la madre como espejo estructurante lleva al infante a sentirse existir, a verse al sentirse mirado, a sentirse reconocido, comprendido, acompañado, y “sentirse real” que es más que existir. La mirada de la madre “es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento” (Winnicott, 1967, p. 154). La mirada de la madre le permitirá entonces introyectar imágenes maternas que le dan una envoltura de bienestar y la adquisición de una representación de sí mismo. La mirada recíproca cuya “función de promover la constitución de una imagen de sí del lactante, distinta y diferente de la madre” (Gamarnik, 2005, p. 117) permite que se desarrollen ciclos de miradas que se retroalimentan y generan entonación o sincronización.

El análisis dimensional indicó correlación entre comunicación corporal y función sostén, indicativo de un diálogo

intersubjetivo descrito por de Ajuriaguerra (1962) como diálogo tónico que refiere al proceso de asimilación y acomodación entre el cuerpo de la madre y el del infante que busca confort en los brazos que lo sostienen. Esta acomodación recíproca, intercambio corporal, opera tanto a nivel consciente como inconsciente. Wallon (1941) manifiesta que el tono es la fuente de la emoción con lo cual se convierte en un elemento clave en la relación con el otro. La función tónica al actuar sobre todos los músculos del cuerpo regula constantemente sus diferentes actitudes y así se convierte en base de la emoción. El tono actúa, además de preparador de la acción, como caja de resonancia de las interacciones del individuo con su ambiente. En este sentido, Wallon afirma que el tono es en cada momento el resultado, modificable según los casos y las necesidades, de los influjos que provienen de múltiples fuentes. Se trata de una especie de lugar común donde conectan, a través de la estrecha ligazón tónico-emocional, los aspectos orgánicos, comportamentales y psicológicos de la interacción mamá-bebé. Es decir, la contracción física y tónica del músculo no significan tan sólo movimiento y tensión, sino gesto y actitud. De este modo, la función corporal descubre su verdadero sentido humano y social: ser la primera de las funciones de relación (de Ajuriaguerra & Angelergues, 1962). Asimismo, de Ajuriaguerra desarrolló las relaciones entre el tono, la expresión corporal y la vida emocional, y describió como el ser humano, aunque esté callado habla a través de su cuerpo con y hacia otro, estableciendo una comunicación que es un verdadero diálogo tónico que está en la base de la comunicación corporal mamá-bebé (1985, citado en Oiberman, 2001, p. 229). Se podría decir que el diálogo tónico alcanza su nivel más profundo durante la experiencia de sostén cuando la madre en términos winicotianos es capaz de contener al bebé en sus brazos y vivir un acuerdo comunicacional silencioso con su infante. Esta comunicación corporal entre mamá y bebé servirá de base para la elaboración

progresiva de las posteriores relaciones a medida que las experiencias corporales vividas por el bebé quedan registradas corporalmente.

Asimismo, la correlación entre comunicación visual y comunicación corporal indicaría como estas dos vías comunicacionales privilegiadas en las madres de la muestra se influyen mutuamente. Coincidiendo con Brazelton et al. (1974), Stern (1985, 1988) y Tronick (1989; Tronick et al., 1978), la mirada mutua y el toque de la madre son modalidades centrales en la interacción (Malphurs, Raag, Field, Pickens, & Pelaez-Nogueras, 1996; Stepakoff, Beebe, & Jaffe, 2000, 2008) y regulación del bebé (Brazelton et al., 1979; Tronick & Cohn, 1989; Tronick et al., 1986; Tronick & Gianino, 1986). Schore (2002, 2003a, 2003b) señala que la expresividad facial de la madre es el estímulo visual más potente en captar la atención del bebé para que este se implique en interacciones mutuas. Entonces, a través de la experiencia con la madre, el bebé es capaz de generar representaciones de las experiencias repetidas (Beebe & Lachmann, 1988). Estos esquemas mentales, componentes implícitos de la memoria, almacenados en el hemisferio derecho, le servirán para anticipar futuras experiencias ambientales (Siegel, 1999) y guiarán, posteriormente, el procesamiento de la información social y emocional.

La correlación entre comunicación corporal y comunicación verbal indicaría la alta asociación entre el diálogo tónico y los intercambios verbales. Asimismo, las correlaciones entre comunicación visual y función de sostén, y entre comunicación verbal y función de sostén, indicarían que el bebé, junto a su despliegue de capacidades motoras y sensoriales, suscita respuestas en la madre quien procura a través de varias vías de comunicación responder y proveer un acomodamiento mutuo mientras es sostenido en brazos.

En términos winicotianos referiría al holding que no significa un mero acto físico, sino que incluye el sostén afectivo. Este tener en brazos al bebé “permite hacerse una idea de los efectos que este comportamiento materno produce en los dos protagonistas, sujetos a una relación transitiva y no mediatizada” (Lebovici, 1983, p. 256).

Las múltiples correlaciones halladas indican relaciones significativas entre las dimensiones. La correlación entre comunicación corporal y función sostén reflejan una serie de conductas de tonalidad afectiva positiva que organizan los intercambios no verbales en un “diálogo tónico”. De este modo, la comunicación corporal refuerza la función sostén. En este intercambio de señales el bebé es un activo participante, que inicia, mantiene y termina interacciones, con capacidad de respuesta para ser activado o calmado por el contacto corporal (Brazelton, 1961, 1974, 1979; Emde, 1980, 2001; Emde & Sorce, 1983; Stern, 1985, 1988). De igual forma, a mayor comunicación visual mayor comunicación corporal, indicando que la comunicación visual refuerza a la corporal. Por su parte de Ajuriaguerra (1969, citado en Fiszlewe & Oiberman, 1995, p. 78) distingue dos miradas, la “mirada-visión” y la “mirada-hechicera”. La primera refiere a los aspectos perceptivos, en tanto la segunda refiere a la relación y corresponden al plano de la interacción, donde la mirada del otro ejerce una suerte de “hechizo”. En tanto, Robson (1967) manifiesta que el bebé ejerce una verdadera fascinación sobre la madre llevando a desencadenar otras modalidades de conductas interactivas, tales como corporales, verbales, siendo todas estas formas de comunicación. En este sentido, se observa que a mayor comunicación corporal mayor comunicación verbal, indicativo de la asociación entre ambos registros. Esto se ve corroborado, ya que a mayor comunicación visual mayor función sostén, y a mayor comunicación verbal mayor función sostén. Es decir, la comunicación corporal, visual y verbal refuerza la función sostén, indicando

como las modalidades comunicacionales refuerzan este diálogo mamá-bebé en el sostenimiento. Los resultados confirman los hallados por Oiberman (2001, 2008) indicando como estos registros se encuentran asociados en las diadas y como se refuerzan mutuamente. Además, confirman lo indicado por Stern respecto a la transferencia de información transmodal que le permite al bebé reconocer por ejemplo una correspondencia entre el tacto y la visión. Esta capacidad innata, denominada por Stern percepción amodal, capta información recibida en una modalidad sensorial y la traduce a otra modalidad sensorial, permitiéndole al bebé experimentar un mundo de unidad perceptual, formar representaciones abstractas de las cualidades de la percepción y actuar basándose en ellas (1985, pp. 72-73). La mamá, así como el bebé, tiene experiencias simultáneas: siente mientras percibe, mientras actúa, mientras piensa, estableciendo una comunicación con el bebé en todos los registros que se traduce en el sostén.

6. Discusión de los Resultados Relativos a las Percepciones Maternas y el Vínculo Madre-Bebé

Los resultados respecto a las percepciones maternas confirman lo demostrado por Wolke (1997), las percepciones que la madre tiene acerca del comportamiento y temperamento del infante tienen el potencial de influir en la percepción materna de su nivel general de seguridad como madre.

Siguiendo a Tronick (1989), la relación entre percepción materna del comportamiento y temperamento del bebé y los comportamientos verbales de la madre, así como la comunicación en este registro, indicaría que la madre a través de las conductas verbales, que incluyen tono de voz, variaciones en la entonación, arrullo, nanas, y palabras que dirige al bebé, promueve la regulación afectiva diádica, reforzando la contingencia y el establecimiento de estados intersubjetivos, a partir de los cuales el bebé regula su

estado afectivo y está más disponible para la interacción. Estos datos se confirman con lo hallado respecto a comunicación verbal y las percepciones maternas sobre sí misma. Se intuye que para estas madres inmigrantes la función y comunicación verbal son un importante organizador de la relación con su bebé, donde el vínculo cultural se une al amoroso. Se podría considerar que la lengua madre es la clave con la que estas madre transmiten sus representaciones acerca de ellas mismas, del bebé y de la realidad que viven como inmigrantes que devienen madres y maternarán en otra cultura lejos de sus apoyaturas familiares, sociales y culturales. La lengua materna, con sus frases, palabras, ritmo, entonces, referiría a las propias representaciones maternas, a los modelos de interacción familiar, y a las expectativas y sueños que depositan en su bebé. Es decir, sería la herramienta que posibilitaría los procesos de filiación y maternalidad, y la manera en que estas madres transmiten sus valores familiares y culturales. Se podría pensar, extrapolando el concepto de Lebovici (1998) de transmisión transgeneracional, en un proceso de transmisión transgeneracional cultural, que implica el doble proceso de interacción diádica y de las representaciones de los cuidados maternos. Donde participan las emociones y las interacciones fantasmáticas, sentimientos inconscientes que la madre tiene sobre su infante, como parte del desarrollo afectivo del infante, de esta manera, contribuyendo en el proceso de maternalización de la madre. En este sentido, tomando la metáfora *árbol de la vida* elaborada por Lebovici (1991), que refiere al tejido de vínculos intergeneracionales de la madre que se entreteje en gran parte en el inconsciente, se podría decir que la madre cuando atiende al bebé revisita el pasado a través de lo cotidiano para encontrar una narración que de sentido al porvenir (Solís-Pontón, 2002, p. 7). En la inmigración, el pasado no sólo tiene que ver con ella como hija de sus padres, sino con la propia imagen de hija amada, hablada, reconocida, arrullada en este cuerpo de bebé.

Los datos hallados destacan la importancia de la función y comunicación verbal en las madres de la muestra en la promoción de la regulación afectiva diádica. Considerando que se trata de madres hispanas inmersas en una cultura anglo parlante se podría pensar que utilizan el canal verbal como medio de autoregulación emocional ya que dependiendo de la regulación emocional de la madre dependerá su respuesta al infante en un intento de evitar o terminar el afecto negativo (Cassidy, 1994; Martin et al., 2002; Leerkes & Crockenberg, 2006). Entonces, se destaca la importancia de la lengua materna, que es la lengua de la infancia, la lengua de la relación más profunda y esencial con el origen. Kristeva en un texto autobiográfico (1996) señala que no ha olvidado su lengua materna. Lengua que le vuelve a la mente sobre todo en los sueños, cuando habla con su madre o cuando habla en una lengua extraña adquirida y no logra recordar tal o cual palabra. En esos momentos, cuando extraña su lengua materna, no es la lengua adquirida en la emigración la que la ayuda, sino su lengua de origen. Agrega, además, que su lengua madre es para ella una lengua casi muerta, muerta con una parte de su cuerpo en la inmigración, cuando su cuerpo fue substituido por otro en el país de acogida. Escribe Hurezanu (2011):

Esta metáfora del cuerpo que muere para resucitar como otro en otro espacio (geográfico, lingüístico) es más que una simple figura de estilo, porque recubre una experiencia en cual otros pueden reconocerse. Reinventarse en otra lengua, lo mismo que rehacer sus hitos espaciotemporales implica un cambio radical y por consiguiente muy doloroso, porque se trata de unas dimensiones más íntimas de nuestro ser: lengua, tiempo, espacio (p. 2).

Para las madres de la muestra, inmigrantes hispanoparlantes en Estados Unidos, la inmigración implica el abandono de bienes materiales, familia, amigos, pasado, lengua. Sin embargo se rehacen, procrean y maternan en una cultura extraña, donde han tenido que remplazar la lengua materna por una nueva. Kristeva (1991) señala que vive en cuerpo y alma en francés, lengua adquirida en la

inmigración, morada donde vive y vive en ella, pero, añade, por debajo de esta morada se encuentra su lengua materna, el búlgaro, como cripta subterránea que compara con el cadáver caliente del cuerpo materno. Manifiesta que hay algo matricida en el abandono de la lengua madre, y que la sustitución por otra equivaldría a la muerte de la lengua materna. Se podría pensar, siguiendo a Kristeva, que estas madres en presencia del bebé recurren a esta cripta subterránea donde el cuerpo de la madre no está muerto ya que surge y las vuelve al origen y a la creación de un espacio con su bebé en el que se reconocen como hijas de su madre y madres de su bebé. Entonces, a través de las palabras, ritmos, tonos, música del español estas madres experimentan la reunión con sus propias madres y, en términos de Kristeva, con el cuerpo de la madre, donde son una continuidad de la propia madre y a la vez se diferencian de ella. Se podría decir que a través de la función y comunicación verbal estas madres se reencuentran con sus madres y renuevan en la interacción con el bebé el vínculo con esta. Extrapolando lo manifestado por Irigaray (1989), a través de su habla estas madres no se disocian de su cuerpo, de su propia historia, es decir, no quedan ajenas a su madre ni así mismas.

Por otra parte, los datos hallados respecto a la función sostén, que incluye la manera en que el bebé es sostenido en brazos, así como también el sostenimiento psicológico (Winnicott, 1960c), y la percepción materna sobre sí misma y sobre el comportamiento inestable-irregular del bebé, dan cuenta de la sensibilidad materna que le permitirá identificarse y adaptarse a las necesidades del bebé. Desde la teoría del vínculo, siguiendo a Ainsworth (1973) y Main (1995), se podría decir que la insensibilidad materna descende en tanto aumenta la disponibilidad emocional de la madre a las señales del bebé.

Con respecto a las diferencias entre grupos en las percepciones maternas según el vínculo mamá-bebé, los datos obtenidos confirman lo indicado por Bruschweiler-Stern & Stern (1989), las percepciones maternas organizan la interacción con su bebé. Por otra parte, las investigaciones de Schore (1994, 1996) indican que los procesos inconscientes de formación de los modelos operativos internos y las conductas sociales y emocionales están relacionados con los circuitos del sistema nervioso central (2001, 2002). Es decir, las funciones de regulación biológica y afectiva son dependientes de los modelos operativos internos, donde la mente, el cuerpo y el ambiente están interrelacionados (Schore, 2003a, 2003b).

Si bien el recién nacido es totalmente dependiente de su madre, no es un recipiente pasivo de los cuidados maternos, posee un número importante de capacidades que pone en juego en la maternalización de la madre (Brazelton, 1979, 1982; Osofsky, 1976; Stern, 1985). Korner (1974) manifiesta que el infante contribuye al desarrollo del vínculo madre-bebé y al tipo de cuidados que necesita (p. 51). Lebovici indica que el bebé hace a la madre, en tanto la maternaliza y al mismo tiempo se va construyendo él mismo. La madre, a través de las interacciones reales e imaginarias, a partir de la confrontación del bebé imaginario con el bebé real y de la adaptación a las necesidades de éste, va hilando el tejido vincular, en tanto el bebé con sus necesidades corporales y deseo de satisfacción la hace madre (Lebovici, 1983, 1998, 2002).

Es importante tener en cuenta la importancia del bebé sobre su madre en este encadenamiento intra e intersubjetivo de la díada en interacción fantasmática. El bebé hará revivir algunas de las fantasías que la madre tiene sobre ella y sobre él, que se originaron en su propia infancia. Stern (1991, 1995) manifiesta que la percepción y las representaciones maternas acerca del bebé y de sí misma como

madre organizan la relación y la dinámica de las interacciones con el infante. Existe el bebé real en brazos de la madre y el bebé imaginado por la mente de ella, así como también existe la madre real que sostiene al bebé y la mujer que se imagina como madre. Los datos respecto a la percepción materna del bebé alerta con interés y con temperamento fácil ante ausencia de función corporal indicarían que este mundo interactivo comprende las experiencias maternas de las interacciones con el bebé, así como sus fantasías, esperanzas, temores, recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro del bebé (Stern, 1995). Estas representaciones comprenden, entonces, al hijo bebé que le pertenece como madre, y a su pareja en tanto padre, y también a sus padres en tanto nieto (Lebovici, 1998). Las representaciones maternas acerca del bebé y de sí misma como madre organizan la interacción fantasmática y, asimismo, organizarán la relación y la dinámica de las interacciones comportamentales con el infante. Además, existe el bebé en tanto persona, con su propio carácter y personalidad, derivado de las percepciones maternas sobre el temperamento, descrito en función de lo que el bebé aporta a la relación (Stern, 1995, p. 31). Siguiendo a Brazelton (Brazelton & Cramer, 1990, pp. 82-83) se podría decir que cada vez que la madre suscita una respuesta por parte del bebé, ya sea serenarse, despertarse o ponerse alerta, esta siente que su competencia ha sido confirmada. En cambio, si la capacidad de responder del bebé se ve perturbada o deteriorada, la madre siente que sus expectativas han sido frustradas y, entonces, el vínculo como su futura relación con su hijo se ponen en peligro. Es decir, la madre necesita las respuestas del bebé como una continua confirmación de la capacidad de sus cuidados. La madre inmigrante sin familia extensa que ofrece consejos ni supervisión, desprovista del apoyo de su medio cultural, aislada del grupo de aquellas que ya han experimentado el paso de hija a madre, encuentra en la conducta del bebé la mejor guía. Se coincide con Moro (2002, p.161) que

esta carencia explica una vulnerabilidad de la madre inmigrante, la cual para construirse necesita ser reconocida en su alteridad y en su propia manera de sentirse madre.

7. Discusión de los Resultados Relacionales entre Datos Sociodemográficos y las Dimensiones de las Variables Rol Materno y Relación Temprana Mamá-Bebé

Con el objetivo de examinar la asociación entre factores de riesgo psicosocial y la variable rol materno y relación temprana mamá-bebé, la hipótesis planteada fue:

H4. El motivo de inmigración, nivel educativo, situación socioeconómica y red de sostén estarán asociadas en el desarrollo del rol materno y en el vínculo temprano diádico.

Los datos revelaron que el desarrollo del rol materno se encuentra asociado a motivo de emigración, dando cuenta de la doble crisis por la que atraviesa la madre inmigrante. Siguiendo a Grinberg & Grinberg (1996), si la razón de la emigración consistió en escapar de penurias económicas, esta será experimentada como el resultado de una vivencia persecutoria de la que se intenta huir. En cambio, si fue un movimiento hacia nuevas oportunidades y horizontes, será experimentada como algo bueno. Las dimensiones preocupación por el bienestar propio y del bebé y aceptación del embarazo refieren a la ambivalencia materna entre aceptación y rechazo. La madre experimenta una regresión a estados anteriores del desarrollo, a su propia infancia, tendiendo a repetir la relación temprana con la madre. En términos klenianos la ambivalencia materna significa la re-experimentación de los sentimientos de amor y odio que la gestante tuvo en relación a su madre cuando niña (Klein & Riviere, 1936). De igual modo sería si la emigración se produce

en repudio a los objetos primarios, o si es la manifestación de un yo con capacidad aloplástica (Klein, 1955).

La calidad de la relación con la pareja refiere al sostén y apoyo que la madre encuentra y recibe del compañero, confirmando lo indicado por Winnicott con respecto a la pareja como agente de cuidados y sostén de la madre (1960b). Se podría decir que en la inmigración el sostén de la pareja es de suma importancia así como intrínscico a una buena adaptación al rol materno (Condon & Corklindale, 1997). El apoyo del compañero refiere a la importancia atribuida por las madres a la pareja como padre del hijo (Stern, 1995). En la inmigración, lejos de las apoyaturas familiares y culturales, la madre necesita de la pareja como pilar de apoyo durante la gestación y la crianza del hijo. Los resultados confirman la hipótesis respecto al desarrollo del rol materno y motivo de emigración.

Asimismo, los datos revelaron que el desarrollo del rol materno se encuentra asociado a nivel educativo. Las dimensiones calidad de la relación con la pareja y con la madre, indicarían, desde la teoría del vínculo, que el nivel educativo es una base de seguridad para estas madres. A su vez, implicaría un modelo interno de sí mismas que les permite anticiparse al futuro, hacer planes y les sirve de guía en la valoración de situaciones y en la asimilación de nuevas experiencias. De modo que les permitiría mantener una imagen coherente tanto de sí mismas como de los demás (Bretherton & Munholland, 1999). Los datos confirman la hipótesis respecto al desarrollo del rol materno y nivel educativo.

De igual modo, los datos revelan que el desarrollo del rol materno se encuentra asociado a estatus económico. Los resultados dan cuenta de la importancia que el grado de sostén material y de bienestar económico que provee la pareja y la propia madre posibilita que la madre pueda dedicarse por completo a los cuidados maternos y entregarse al bebé. En tanto el padre y la familia se encuentran

preocupados por cuestiones materiales y el sustento económico, la madre puede dedicarse exclusivamente al bebé. Confirmando lo indicado por Winnicott (1956), la madre puede ingresar más fácilmente al estado de preocupación maternal primaria cuando hay un compañero o alguien que cumpla su función que provea materialmente y funcione de sustento para la madre y su bebé (1957). La dimensión preparación al parto remite al sostén y disponibilidad (Lederman, 1984). Siguiendo a Fonagy (2001), el modelo interno incluye expectativas, creencias y emociones sobre la accesibilidad y disponibilidad de la figura de apego, así como también información sobre la capacidad propia para explorar, pensar, desear, y suscitar protección, afecto de sí mismo y del entorno. La hipótesis se confirma con respecto a desarrollo del rol materno y estatus económico.

Los resultados revelaron que el desarrollo del rol materno se encuentra asociado a red de sostén social. La calidad de la relación con la pareja está relacionada a la red de sostén social percibida por la madre, confirmando lo indicado por Winnicott (1950) con respecto a la pareja como agente de cuidados y sostén de la madre. Asimismo, la calidad de la relación con la madre está relacionada a la red de sostén social, confirmando lo indicado por Stern en la constelación maternal sobre el discurso que tiene lugar tanto interna como externamente de la gestante con la madre cuando ella era niña, y que remite a la matriz de apoyo como uno de los importantes temas de elaboración de la gestante (1995).

Asimismo, considerando la diferencias entre grupos según la red de sostén social por calidad (fuerte-débil), se podría decir, siguiendo la teoría del vínculo, que la calidad de la relación con la figura de apego y el vínculo establecido entre madre e hija, incide en la conducta social exploratoria. Por otra parte, siguiendo a Mahler (1971) el establecimiento de la individuación es el logro del

desapego y la diferenciación del otro. El niño necesita emerger de este proceso de separación-individuación con una imagen mental estable del cuidador principal, es decir alcanzar la constancia objetal. Entonces, el grado de libertad y exploración que el niño manifiesta varía en función de la historia y el tipo de relación con la madre, es decir, que a mayor seguridad en el vínculo, mayor conducta exploratoria. Entonces el sentido de self mostrará la huella del cuidador, o en términos bowlbynicos el modelo mental interno. Haciendo una extrapolación de la etapa infantil, se podría decir, siguiendo la teoría del vínculo, que la calidad de la relación con la pareja permite la exploración y autonomía y al mismo tiempo la disponibilidad y accesibilidad del apoyo emocional del compañero.

También la aceptación del embarazo se relacionan con la red de sostén social percibida, corroborando lo hallado por Lederman (1984) con respecto a un contexto de relaciones interpersonales óptimo para la adaptación al rol materno. Asimismo, se confirma lo manifestado por Soifer (1971) y Langer (1964), el grado de aceptación del embarazo por parte del medio social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad.

Las diferencias entre grupos según la red de sostén social por calidad (fuerte-débil) y cantidad (amplia-escasa) corrobora lo indicado por Lederman (1984) respecto a la dimensión preparación al parto que refiere al nivel de confianza de la gestante en sí misma y en el equipo médico, es decir, en las personas que proveen el necesario acompañamiento y asistencia. Se podría intuir que la asistencia y acompañamiento que estas madres reciben de las asistentes maternas del programa Conexión para la Salud en los

Primeros Años (Health Connect in the Early Years) podría contribuir a la percepción materna de una red de sostén social fuerte en calidad aunque escasa en cantidad.

La hipótesis se confirma con respecto a desarrollo del rol materno y red de sostén social. Corroborando lo indicado por Langer (1964), Lederman (1984), Oiberman (2005), Soifer (1971) y Winnicott (1960b) relativo a la importancia del sostén social, el soporte que la primigravida recibe de su madre, de su compañero y de las figuras significativas dentro del círculo social.

Los resultados revelaron que el desarrollo del rol materno se encuentra asociado a red de sostén familiar. Las diferencias entre grupos en función de la red familiar percibida en cantidad (escasa-amplia) en la dimensión aceptación del embarazo confirman lo manifestado por Soifer (1971) y Langer (1964), el grado de aceptación del embarazo por parte del medio familiar refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad. Los resultados respecto a aceptación del embarazo y red de sostén familiar fuerte en calidad y escasa-amplia en cantidad coinciden con los datos encontrados por Oiberman (2005) en el Servicio de Neonatología del Hospital Ana Goitía y confirman lo indicado por Langer (1964) y Lederman (1984) con respecto a un contexto familiar fuerte para la aceptación del embarazo

Asimismo, las diferencias entre grupos en función de la red familiar por calidad y cantidad en la dimensión calidad de la relación con la pareja confirman lo indicado por Winnicott (1950) respecto a la pareja como agente de cuidados y sostén de la madre. De igual modo, los resultados en la dimensión calidad de la relación con la madre confirma lo indicado por Stern en la constelación

maternal sobre el discurso que tiene lugar tanto interna como externamente de la gestante con la madre cuando ella era niña, que remite a la matriz de apoyo como uno de los importantes temas de elaboración de la gestante (1995).

En síntesis, los resultados corroboran la importancia de la red familiar fuerte en calidad para una adaptación al rol materno. Confirmando lo detectado por Langer (1964), Oiberman (2005), Lederman (1984b) y lo postulado por Winnicott (1960b) sobre la importancia de la función de sostén de la red familiar percibida por la primigrávida.

Los resultados respecto al desarrollo del rol materno en función de los grupos de red de sostén social y familiar escasa-débil indican que estas gestantes se encuentran en mayor situación de riesgo para desarrollar desadaptación, confirmando lo indicado por Bibring et al., 1961; Greenberg, Loesch, & Laken, 1959; Lederman & Lederman, 1987; McVeigh, 1997; Mercer, 1995; Mercer & Ferketich, 1994, 1995; Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1993; Norbeck & Tilden, 1993; O'Hara, 1986; Oiberman & Galíndez, 2005; Pines, 1978; Singh & Sexena, 1991; Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990; Tulman & Fawcett, 2003; y Wenner et al., 1969.

Se confirma la hipótesis con respecto a la asociación entre la variable rol materno y la red de sostén social y familiar. La madre necesita dos pilares, a la vez convergentes y simultáneos, el apoyo de una red familiar y de una red social fuerte en calidad para la adaptación al rol materno.

Asimismo, se confirma la hipótesis respecto a relación temprana y motivo de emigración. La asociación entre función verbal y motivo de emigración indica la importancia de la lengua materna en esas madres inmigrantes. Se podría decir que la lengua materna con

sus ritmos, palabras y tono es la vía de conexión con su historia, con lo que ha separado la migración. La poetisa chilena Gabriela Mistral en su poema “La que camina” enuncia la palabra desde la palabra que le dio la madre “¿Por qué la madre no le dio sino ésta? ¿Y por qué cuando queda silenciosa/muda no está, que sigue balbuceándola?”. Mistral (1981) configura la subjetividad femenina desde la díada madre-hija, coincidiendo con las teóricas feministas Kristeva (1981a, 1981b), Irigaray (1989), Rich (1979) quienes rescatan la díada madre-hija como fundamental en la constitución de la subjetividad femenina contemporánea.

Con respecto a relación temprana y nivel educativo, se confirma la hipótesis. Los resultados indican vicisitudes en la relación en los tres registros y vías comunicacionales, así como en la función sostén en madres con nivel medio incompleto y completo. Se podría intuir el nivel educativo como un factor que interfiere en la relación diádica y capacidad materna para la regulación afectiva. Duhalde et al. (2008) demostraron que existe vinculación entre la autoestima materna y la expresividad materna: a mayor nivel de autoestima mayor la frecuencia de expresión de afecto positivo materno. Respecto a la capacidad materna para la regulación afectiva

Dio Bleichmar escribe:

el adulto participa con sus propias emociones en la relación, y no siempre está dispuesto para la respuesta adecuada. Calmar la excitación excesiva, compartir la alegría, consolar un estado de malhumor, y fundamentalmente no transmitir ansiedad, requieren una refinada regulación emocional por parte del adulto (2005, pp. 68-69).

Asimismo, la hipótesis se confirma respecto a relación temprana y estatus económico. Los resultados indican vicisitudes en la relación en los tres registros y vías comunicacionales, así como en la función sostén en madres con estatus económico bajo. Confirmando lo documentado por Cichetti & Cohen (1995) y Samerff, Lewis, & Millar (2000), la multiplicidad de factores de riesgo

socioeconómico tienen el potencial de interferir adversamente en el vínculo y en desarrollo cognitivo y emocional del infante (Sameroff & Fiese, 2000).

Se confirma la hipótesis respecto a relación temprana y red de sostén social y familiar. Los resultados revelan vicisitudes en el vínculo temprano, en los tres registros así como en las vías comunicaciones y en la función sostén, en madres cuya percepción de la red de sostén social y familiar es escasa en cantidad y débil en calidad. Indicando que el soporte que la madre recibe de la red de sostén familiar y social es altamente significativo en la interacción. Corroborando que la capacidad materna de proveer cuidados al bebé depende de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la díada madre-hijo (Lederman & Lederman, 1987). Coincidiendo con Winnicott (1960b) quien indica que las madres son capaces de brindar cuidados diarios satisfactorios al bebé si son también objeto de cuidados (Winnicott, 1960c), dando cuenta de la vulnerabilidad biopsíquica de la madre maternante.

Se coincide con investigadores de la teoría del apego (Malatesta, Grigoryev, Lamb, Albin, & Culver, 1986; Isabella & Belsky, 1991; van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkerl, 1992; Goldberg & Easterbrooks, 1984; Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983) quienes han comprobado la importancia del balance entre lo positivo y negativo, la “reciprocidad o regulación mutua” (Erikson, 1950a, p. 58), así como la importancia del contexto social, el sostén tanto social como del propio compañero de la madre en el vínculo madre-bebé.

Se confirma, además, lo encontrado por Mertesacker, Bade, Haverkock & Pauli-Pott (2004) quienes detectaron que la falta de soporte emocional y social demostró ser significativa en la capacidad materna de respuesta sensible. Además, indicaron que la

presencia de dos factores de riesgo psicosociales demostró ser crítico, en tanto ante la emergencia de un solo factor de riesgo que afectara el sistema, la díada parecía ser eficiente en compensar las condiciones desfavorables. Postularon que ante presencia de un solo factor de riesgo se activan diferentes mecanismos compensatorios. Si la situación psicosocial de la madre es satisfactoria, las madres interactúan con los infantes sensiblemente, es decir que un buen soporte social y emocional funciona como factor de protección que le permite a la madre utilizar estos recursos para beneficio de la díada. Cuando esto es inexistente, los mecanismos compensatorios fallan y se asocian con una pobre respuesta de la madre al bebé.

8. Discusión de los Resultados Relacionales entre los Factores de Riesgo Psicosocial y las Dimensiones de la Variable Relación Temprana Mamá-Bebé

Con respecto a la relación temprana en función de planificación del embarazo, se podría intuir que las madres encuentran su identidad de madre a partir de su deseo de maternidad y su deseo de embarazo, así como en los intercambios corporales, visuales y verbales y en las interacciones con el bebé. En tanto, en presencia de embarazo no planeado las díadas de la muestra presentan vicisitudes en la interacción. Ante el aumento de respuesta mutua durante la segunda toma de datos en los registros corporal y visual, se podría intuir en la madre un sobreinversión del bebé, donde la interacción visual refuerza la táctil. Los datos indicarían que cuando el deseo de maternidad no se ha expandido en deseo de hijo, las madres presentan dificultad para encontrar su identidad de madre. Extrapolando lo indicado por Brazelton y Lebovici que el bebé la convierte en madre (Solís-Pontón, 2002, p. 4), se podría intuir que estas madres presentan dificultad para que el bebé así la proclame. Entonces, cuando el bebé no es el objeto del deseo de los

padres y cuando estos no se parentalizan suficientemente se observan vicisitudes en el vínculo.

En función de no emergencia de problemática con la pareja, los datos corroboran lo indicado por Winnicott respecto a la capacidad de la madre de proveer cuidados maternos al bebé cuando se encuentra cuidada y sostenida por la pareja (1960b). En tanto, ante presencia de esta conflictiva se detecta vicisitudes en la interacción. *Separación de la pareja durante el embarazo* es la conflictiva de pareja que presenta mayor frecuencia de díadas con vicisitudes en el vínculo, En tanto, la problemática *migración interna de la pareja* presenta baja conflictiva, confirmando lo consignado anteriormente en el análisis de factores de riesgo psicosocial. Se intuiría que esta conflictiva es percibida por las madres como un estresor menor, quizás se aprecie como una responsabilidad de la pareja hacia ellas y el bebé. Corroborando uno de los temas que constituyen la constelación maternal: la matriz de apoyo. Escribe Stern:

La primera y principal función de esa matriz es proteger físicamente a la madre, cubrirle sus necesidades vitales y retirarla durante algún tiempo de las exigencias de la realidad externa de manera que pueda (por utilizar una palabra muy apreciada por Winnicott) dedicarse a sus dos primeras funciones. El marido siempre ha desempeñado un papel importante en esta función, y ahora que la familia nuclear carga con la mayor parte del peso, tiene sencillamente un papel mayor (1995, p. 216).

Con respecto a la función sostén, es válido destacar que sostén inadecuado se presenta mayoritariamente ante *separación durante el embarazo* que se presenta como la conflictiva de mayor estrés para las madres de la muestra. Confirmando lo encontrado por Shereshefsky & Yarrow (1973) y Lederman & Lederman (1987), quienes observaron que el factor más importante en el periodo postnatal es la cualidad de la relación con la pareja, ya que la relación con el compañero influye sobre la capacidad materna de proveer cuidados al bebé.

Con respecto a la relación madre-bebé ante problemática social, se podría pensar que la interacción visual y corporal estaría cargada de ansiedad ante la responsabilidad asumida ante el hijo y la situación de incertidumbre que trae la conflictiva social. Además, el uso defensivo de las funciones corporal y visual se confirma ante los datos de comunicación inadecuada en estos registros. A partir de esto, se podría intuir que la madre hace un uso defensivo de las funciones en busca de autoconfort, en este mirar, tocar, acariciar al bebé deniega su ambivalencia. Siguiendo a Racamier (1979), se podría decir que la problemática social llevaría a estas madres a fracasar en el maternaje. Se podría pensar en un fracaso neurótico, donde la madre mantiene con el bebé una hiperprotección envolvente en una dependencia prolongada en tanto contrarresta su ansiedad. Entonces, la resolución de los conflictos inconscientes que llevarían a una integración yoica queda diferida y se efectúa a expensas del bebé.

Se intuye que ante presencia de problemática social el maternaje queda diferido, realizándose a expensas del bebé. Siguiendo la teoría del vínculo, se podría pensar que estas madres activarían sus conductas de miedo y se aferrarían al bebé en busca de seguridad y confort, utilizándolo como refugio emocional y base de seguridad. Es decir, que bajo circunstancias de estrés, los componentes del apego funcionarían como modelos de afrontamiento si las estrategias de afrontamiento normales no son suficientes, ejerciendo la función de restaurar el sentimiento de seguridad (Sroufe & Waters, 1977). Se activaría, entonces, un sistema de asociación de conductas antitéticas en la madre y en el bebé, donde los comportamientos de apego del bebé se encontrarían simultáneamente facilitados e inhibidos por el comportamiento de la madre de aferrarse al él. El *retrieving*, conducta materna estudiada por Bowlby (1969a, pp. 240-241), que concluye con el infante traído de vuelta al nido tomado en brazos por la madre y que

indica que una parte de los cuidados maternos consiste en la reducción de la distancia entre el infante y la madre, estaría aquí al servicio de la madre y no del bebé.

Con respecto a la relación madre-bebé ante problemática actual, se podría intuir que ante emergencia de esta problemática las madres de la muestra hacen un uso defensivo de la función corporal y visual, estableciendo una experiencia reaseguradora a expensas del bebé que les permitiría escapar de la sensación de incertidumbre que conlleva la presencia de problemática actual, donde el bebé viene a compensar narcisísticamente su herida ante la indefensión e incertidumbre frente a los problemas que acarrea la realidad actual. Los datos corroboran lo hallado por Szewczyk Sokolowski et al. (2007) quienes detectaron que estrés psicosocial dificulta la interacción diádica y la respuesta sensible de la madre (Campbell, Pierce, March, & Ewing, 1991; Pianta & Egeland, 1990; Pianta, Sroufe, & Egeland, 1989).

Asimismo, el uso defensivo de las funciones corporal y visual se confirma ante los datos de comunicación inadecuada en estos registros y función sostén inadecuada.

Ante presencia de embarazo en sí mismo como factor de riesgo, los datos indican vicisitudes en el vínculo en los registros verbal y corporal, así como ausencia de mutualidad y comunicación inadecuada en los tres registros. A partir de estos datos se intuye que ante presencia de esta problemática el estado interior de la madre está subterráneo por conflictos que se proyectan sobre el bebé. La relación que vincula a la madre y el bebé es ambivalente y el odio participa de ella. Winnicott indica que la madre entregada casi por entero a los cuidados del bebé tiene muchos motivos para hacer objeto de violencias al infante desde el momento mismo del

nacimiento. Winnicott (1947) expresa que la madre tiene muchos motivos para odiar al bebé, el infante no es de su propia concepción (mental), no es el de los juegos de infancia, hijo del padre. El hijo es un peligro para su cuerpo durante el embarazo y parto, es cruel, le exige, y sin embargo ella debe sentir amor por él, por sus excrementos, es decir por todo. Estos datos estarían dando cuenta de vicisitudes en la dimensión imaginaria y fantasmática de la interacción de estas madres con sus bebés. La expresión de los conflictos inconscientes de la madre se convierte en fuente de malos entendidos y disarmonía en el vínculo con el bebé, al convertirlo en receptáculo de la proyección de sus conflictos inconscientes (Cramer, 1998; Dio Bleichmar, 2005; Fraiberg, 1980; Lieberman & Blos, 1980; Muir et al., 1999; Osofsky, 1995; Osofsky & Eberhart-Wright, 1988).

En presencia de parto en sí mismo como factor de riesgo, los datos revelaron claro predominio de interacción en el registro visual, así como interacción corporal de forma casi pareja ante ausencia de esta problemática. El uso defensivo de las funciones corporal, visual y verbal se corrobora ante comunicación inadecuada en los tres registros y sostén inadecuado. Manteniendo la tendencia de sostén inadecuado ante presencia de problemática social, actual y embarazo en sí mismo como factores de riesgo.

Con respecto a presencia de problemática psicológica materna durante el embarazo, los datos denotan que las vicisitudes en el vínculo coinciden con las ansiedades predominantes de las gestantes durante el embarazo (Soifer, 1971): temor a la salud del bebé, temor salud propia, temor al parto, presentimiento de parto prematuro. Los datos respecto a sostén inadecuado ante los diversos problemas psicológicos maternos emergentes durante el embarazo confirman que la interacción positiva en la infancia con los

progenitores se asocia con empatía en la adultez (Eisenberg et al., 1991; Koestner et al., 1990), en tanto historia temprana de abuso se asocia con baja empatía (Leerkes & Siepak, 2006).

Los datos revelaron que ante presencia de conflicto materno infantil se observa vicisitudes en el vínculo madre-bebé. Ante presencia de esta conflictiva las madres no responden empáticamente a las señales del bebé, sino que reviven regresivamente la interacción temprana con su figura de apego (Mitchell & Black, 1995, p. 41). Estos datos confirman que la tarea psicológica de la gestante refiere a la relación con la madre, la elaboración del conflicto temprano, los cuidados maternos recibidos y la doble identificación con ella y con el bebé, es decir que es una cuestión del inconsciente. Siguiendo a Racamier (1984a) se podría indicar que la maternidad es un proceso cuyo sentido es el sostenimiento interno de la madre y que reside en las relaciones con su hijo.

Se concluye que ante presencia de parto como factor de riesgo la función corporal y visual tendría una función defensiva, donde la madre toca, acaricia, mira al bebé en un intento de autoconfortarse. Siguiendo a Racamier (1979), se podría decir que los factores de riesgo problemas psicológicos maternos asociados al parto, y problemática actual llevarían a estas madres a fracasar en el maternaje y que este quede diferido. Se podría pensar en un fracaso neurótico, donde la madre mantiene con el bebé una hiperprotección envolvente en una dependencia prolongada en tanto contrarresta su ansiedad. Entonces, la resolución de los conflictos inconscientes que llevarían a una integración yoica queda diferida y se efectúa a expensas del bebé.

Con el objetivo de examinar la asociación entre factores de riesgo psicosocial y la variable relación temprana mamá-bebé, la hipótesis planteada fue:

H5. Los factores de riesgo psicosocial estarán asociados con las vicisitudes del vínculo temprano

Las asociaciones significativas halladas entre la relación temprana mamá-bebé y los factores de riesgo psicosocial confirman la hipótesis. Los resultados indican vicisitudes en el vínculo temprano ante presencia de los factores de riesgo psicosocial. Confirmando lo hallado por Belsky (1984), Lerner, Rothbaum, Boulos & Castellino (2002) quienes detectaron que la calidad del comportamiento materno está determinada por experiencias en la familia de origen, las relaciones actuales, y características maternas y del infante. En términos de Stern (1995), cuando la madre interactúa con el bebé se activan redes de modelos de-estar-con el pasado, el presente y el futuro; con respecto a su identificación con el infante y su experiencia centrada en sí misma; con respecto a sí misma como niña y a su hijo; con respecto a la situación vista con sus propios ojos o con los ojos de su madre (p. 67).

Siguiendo a Ainsworth (1973; Ainsworth et al., 1978) la madre puede fracasar en sintonizar atentamente con las señales que el bebé emite como resultado de preocupaciones internas, tales como sus propias necesidades o bienestar, o externas. La respuesta sensible conlleva por lo menos dos operaciones: la primera es ganar acceso al estado mental del niño, y la segunda es atribuir significado a este estado mental. Marrone escribe: “Esa atribución de significado implica la puesta en marcha de procesos afectivo-cognitivos complejos, basados en los propios modelos operativos internos de los padres y en su capacidad para entender los estados mentales y reflexionar acerca de ellos” (2001, p. 44). La sensibilidad materna tiene que ver con una amplísima gama de diferentes sistemas psíquicos de la madre, tales como heteroconservación, narcisismo, sensualidad, regulación emocional, bien integrados y cuyo resultado es la generación del apego en los hijos (Dio Bleichmar, 2005).

Las vicisitudes en la relación temprana madre-bebé según planificación del embarazo revelan patrones interactivos de riesgo en las tres vías comunicacionales: verbal, corporal, y visual. Así como en la función sostén, y en los tres registros: verbal, corporal, y visual. Se podría pensar las asociaciones entre los tres registros y vías de comunicación con planificación del embarazo como reveladores de los conflictos intrapsíquicos maternos (Soulé, 1970; Oiberman, 2008). Los datos indicarían que cuando el deseo de maternidad no se ha expandido en deseo de hijo, las madres presentan dificultad en la interacción. Lebovici expresa que el narcisismo primario define la parentalidad, “para ser padres hay que hacer sentir al hijo que es un hijo deseado (Solís-Pontón, 2002, p. 4). Ante falta de planificación del embarazo se podría decir que la madre se relaciona con el hijo imaginario, el bebé de sus fantasías conscientes y preconcientes, el hijo de la historia transgeneracional. La madre interactúa con el bebé real pero también con el imaginario y, este bebé real la decepciona al compararlo con el imaginario. En palabras de Solís-Pontón: “El hijo halla su lugar en la familia a partir de la confrontación del bebé imaginario con el bebé real y la adaptación de los padres a las necesidades de su recién nacido” (Solís-Pontón, 2002, p. 14).

Las vicisitudes en la relación temprana madre-bebé según situación de pareja revelan patrones interactivos de riesgo en la función sostén, en las tres vías comunicacionales: corporal, verbal, y visual; así como en los tres registros: corporal, verbal, y visual. Las vicisitudes en la interacción se detectan ante *separación durante el embarazo*. Los datos indican la importancia de los cuidados y sostén que pueda proveer el compañero, padre del bebé, y la capacidad de crear un ambiente propicio para que la madre se identifique

empáticamente con el bebé. Corroborando lo manifestado por Winnicott, la capacidad materna de proveer sostén al bebé dependerá de la capacidad de sostén de la pareja. Winnicott escribe:

La expresión “sosteniendo al bebé” tiene un significado específico en inglés: alguien estaba cooperando con ustedes en alguna tarea, y luego se marchó, y las dejó “sosteniendo al bebé”...Por cierto algunas madres se quedan literalmente sosteniendo al bebé, en el sentido de que el padre es incapaz de disfrutar de su rol y de compartir con la madre la gran responsabilidad que un bebé siempre debe representar para alguien.

También puede ocurrir que en el hogar falte el padre. Por lo común, sin embargo, la mujer se siente apoyada por su esposo y, en consecuencia, puede cumplir adecuadamente la función de madre, y cuando sostiene a su bebé, lo hace con naturalidad y sin pensar en ello (1987, p. 35).

Estos datos confirman lo planteado por Stern (1995) en su conceptualización de la constelación maternal, en referencia a la pareja como matriz de apoyo que brinda cuidados a la madre, provea emocional y materialmente cubriendo las necesidades maternas, y de este modo permitirle retirarse de las exigencias de la realidad externa para estar a disposición del bebé.

En síntesis, los datos confirman que uno de los ejes del maternaje es la relación con la pareja, en tanto el sostén que esta provea. El bebé es incorporado a la pareja, donde cada miembro de la tríada necesita ser contenido, sostenido y considerado. Siguiendo a Winnicott (1956), en estado de preocupación maternal primaria la madre centra todas sus investiduras libidinales sobre el bebé y sobre sus funciones maternas, en detrimento de sus investiduras exteriores y, en particular, de su vida conyugal. Escribe: “el padre cumple la función de agente protector que asegura a la madre la libertad necesaria para consagrarse por completo a su bebé” (Winnicott, 1950, p. 285). Entonces, el nivel de soporte emocional de la pareja posibilitará que la madre pueda en estado de preocupación primaria entregarse al bebé.

Los datos corroboran lo detectado por Leekers & Crockenberg (2006) quienes encontraron que madres con dificultades con la pareja utilizan estrategias agresivas o evitativas en el vínculo con el infante y que priorizan las necesidades propias en vez de las necesidades del bebé. Estos datos confirman lo propuesto por Winnicott con respecto al sostén y los cuidados maternos, las madres que “son cuidadas de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea” (1960c, p. 63) estarán disponibles a los comportamientos del bebé, sensibles a las necesidades del mismo y capaces de adaptarse identificándose con él.

Las vicisitudes en la relación temprana madre-bebé según muertes revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en la comunicación corporal, visual, y verbal, así como en los tres registros: verbal y visual; y en la función sostén. Los datos indicarían la relación entre el pasado de la madre, sus aspectos infantiles, sus duelos no elaborados y problemas que se han repetido transgeneracionalmente; y que tienen impacto en la relación con su bebé (Fraiberg, 1980; Lebovici, 1983; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Lieberman & Pawl, 1993).

Las vicisitudes en la interacción temprana madre-bebé según problemática social revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en las tres vías comunicacionales: verbal, visual, y corporal; en la función sostén; y en los tres registros: verbal, corporal, y visual. Las vicisitudes en la interacción se detectan mayoritariamente ante problemática social *desocupación*, confirmando que la pérdida del trabajo percibida como inseguridad económica (Aber, Bennett, Conley & Li, 1997) afecta negativamente los comportamientos maternos y la relación temprana (Crittenden & Bonvillian, 1984), y deteriora la capacidad materna de proveer sostén y estimulación (Brooks-Gunn, Duncan & Aber, 1997).

Las vicisitudes en la interacción temprana madre-bebé según problemática actual revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en las tres vías comunicacionales: visual, verbal, y corporal; en los tres registros: verbal, corporal, y visual; y en la función sostén. Los datos corroboran lo hallado por Szewczyk Sokolowski et al. (2007) quienes detectaron que estrés psicosocial dificulta la interacción diádica y la respuesta sensible de la madre (Campbell, Pierce, March, & Ewing, 1991; Pianta & Egeland, 1990; Pianta, Sroufe, & Egeland, 1989). La importancia de la comunicación visual como vehículo de contacto entre la madre y su bebé, así como la función y comunicación verbal como vía de promoción de la regulación afectiva, y el tocar, las caricias, el modo de tomar y sostener son temas claves en el desarrollo temprano y en la interacción diádica.

Las vicisitudes en la interacción temprana madre-bebé según embarazo en sí mismo como factor de riesgo revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en las tres vías comunicacionales: visual, verbal, y corporal; en la función sostén; así como en los tres registros: corporal, verbal, y visual. Los conflictos inconscientes de la madre se convierten en fuente de disarmonía en el vínculo con su bebé, al convertirlo en receptáculo de la proyección de sus conflictos inconscientes (Cramer, 1998; Dio Bleichmar, 2005; Fraiberg, 1980; Lieberman & Blos, 1980; Muir et al., 1999; Osofsky, 1995; Osofsky & Eberhart-Wright, 1988).

Las vicisitudes en la interacción temprana madre-bebé según parto en sí mismo como factor de riesgo revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en las tres vías comunicacionales: verbal, corporal, y visual; en la función sostén; así como en los tres registros: verbal, corporal, y visual. Los temores, ansiedades, y conflictos

inconscientes de la madre se vehiculizan en la interacción con el bebé (Fraiberg, 1980; Lieberman & Blos, 1980; Lebovici, 1983; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Osofsky, 1995; Raphael-Leff, 1998).

Las vicisitudes en la interacción temprana madre-bebé según problemas psicológicos durante el embarazo revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en las tres vías comunicacionales: verbal, corporal, y visual; en la función sostén; así como en dos registros: verbal y visual. Los temores emergentes durante el embarazo indicativos de la ambivalencia materna ante la aceptación o rechazo del embarazo, y los cambios y reacomodaciones a nivel biológico se presentifican en la interacción con el bebé al convertirlo en receptáculo de las ansiedades básicas de pérdida, vaciamiento, y miedo (Osofsky, H. & Osofsky, J., 1980).

Las vicisitudes en la interacción temprana madre-bebé según conflicto materno-infantil revelan patrones interactivos de riesgo con ausencia de relación e interacciones inadecuadas con asincronía en las tres vías comunicacionales: visual, verbal, y corporal; en la función sostén; así como en los tres registros: verbal, corporal, y visual. La presencia de conflicto materno-infantil impide la respuesta sensible de la madre quien se encuentra tomada por su historia y poco sensible a las necesidades del bebé. Además, los datos revelan la dimensión imaginaria y fantasmática de la interacción que comprende la expresión de los conflictos inconscientes de la madre que se convierten en fuente de malos entendidos y disarmonía en el vínculo con su bebé, al convertirlo en receptáculo de la proyección de sus conflictos inconscientes. Se podría decir que estas madres utilizan estrategias agresivas o evitativas en el vínculo con el infante priorizando las necesidades propias en vez de las necesidades del bebé. Hay consenso en la literatura y estudios que la respuesta

sensible es un componente importante de la capacidad interactiva (Osofsky & Connors, 1979; Papousêk & Papousêk, 1990; Sroufe, 1996), y un predictor del vínculo (De Wolf & Van IJezendoorn, 1997; Isabella, 1993). El cuidador sensible percibe las señales del bebé, las interpreta correctamente, y luego, muestra respuesta contingente y adecuada ante el comportamiento del infante.

Por otra parte, los cuidados que la madre brinde al bebé estarán en relación con los que ella misma recibe de su ambiente en términos winicotianos y de la matriz de apoyo en términos de Stern. Es así que madres con conflicto infantil materno a través del soporte emocional de un compañero sensible, o por características positivas de personalidad pueden maternar sensiblemente (Egeland, Jacobvitz, & Sroufe, 1988; Leon, Jacobvitz, & Hazen, 2004; Ricks, 1985; Rutter, Quinton, & Liddle, 1983), consistente con lo propuesto por la teoría del apego que los modelos operantes internos pueden cambiar en respuesta a nuevas relaciones y experiencias positivas.

Capítulo 9

Conclusión y Reflexión Final

En este último capítulo, se destaca lo que, a entender de la investigadora, ha supuesto la realización del presente estudio en el avance y comprensión del proceso de maternaje en situación de emigración.

Los resultados presentados en los capítulos anteriores, análisis de los datos y discusión de los mismos coinciden, en su mayor parte, con las investigaciones realizadas sobre factores de riesgo psicosocial, adaptación al rol materno, percepciones maternas y relación temprana diádica que ya han sido comentados en los apartados mencionados. En lo que respecta al periodo prenatal se destaca que sobre las madres de la muestra no sólo predominan en el acontecimiento embarazo los factores psicoemocionales que refieren a la reactivación de conflictos infantiles y de la relación con la madre que aparecen depositados en las ansiedades del parto, momento en el que se colocan los temores y preocupaciones reactivadas por el miedo a lo incontrolable y la inminencia del hijo. Sino también los factores externos como la red de sostén social y familiar, problemática actual y conflicto de pareja. El rol materno, coincidiendo con los autores psicoanalíticos ya mencionados (Bibring et al., 1961; Lebovici, 1983, 1989a; Leifer, 1980; Pines, 1972, 1978, 1993; Winnicott, 1949, 1956, 1960b, 1960c, 1964c), comprende las tareas de la gestante que giran en torno a la relación con la madre, la elaboración del conflicto temprano, los cuidados recibidos y la doble identificación con ella y con el bebé (Oberman, 2005). Además, los factores de riesgo social, problemática actual y social, también dan cuenta de la relación temprana de la gestante, que refiere a una representación de sí misma, de la cual dependerán las conductas que se activarán en busca de seguridad, estabilidad

afectiva, regulación emocional, y exploración. Asimismo, se confirma la importancia del sostén de la pareja y de la madre, es decir que la conducta de apoyo o su contrario, la conducta de falta de apoyo por parte de otro significativo en un contacto cercano es un factor fundamental.

Los datos respecto a la identificación con el rol materno revelarían que el proceso del maternaje queda diferido, estas madres no han podido elaborar adecuadamente la identificación con su propia madre y con el bebé, la satisfacción de necesidades narcisistas, y la reparación (Brazelton & Cramer, 1990, p.41).

En lo que respecta al periodo postnatal, las percepciones de la madre sobre sí misma y sobre el bebé, confirman lo encontrado por Wolke & St James-Roberts (1986; Brazelton & Nugent, 1997), las percepciones que la madre tiene acerca del comportamiento y temperamento del infante tienen el potencial de influir en la percepción materna de su nivel general de seguridad como madre. Asimismo, se corrobora que existe asociación entre los factores de riesgo y las percepciones maternas sobre su nivel de seguridad como madre y sobre el temperamento del bebé, coincidiendo con Szewczyk Sokolowski et al. (2007) que las representaciones maternas sobre sí misma y sobre el bebé sería el mecanismo que explica las asociaciones personales, contextuales y el vínculo diádico. También se corrobora lo detectado por Leerkes & Crockenberg (2006), conflicto materno infantil se encuentra negativamente asociado a la seguridad materna en su capacidad de cuidar al bebé, y directamente asociado con la percepción negativa sobre el bebé. Asimismo, los datos confirman lo manifestado por la teoría del vínculo, la relación con las figuras de cuidado da forma a las representaciones que las

madres tienen de sí mismas (George & Solomon, 1996; Huth-Bocks, Levendosky, Bogat, et al., 2004a; Huth-Bocks, Levendosky, Theran, et al., 2004b).

Respecta a la relación temprana mamá-bebé, los resultados coinciden con investigaciones en esta línea (Brazelton et al., 1975; Oiberman, 2001, 2008; Osofsky, 1976; Stern, 1971, 1985). Asimismo, las vicisitudes en el vínculo ante presencia de los factores de riesgo confirman lo detectado por Belsky (1984) y Lerner et al. (2002), el comportamiento materno está asociado a las experiencias tempranas de la madre, las relaciones actuales, y además, el estrés psicosocial dificulta la interacción diádica y la respuesta sensible de la madre (Campbell et al., 1992; Klaus & Kennel, 1976; Pianta et al., 1989). Por otra parte se destaca la asociación entre planificación del embarazo y comunicación visual, así como las asociaciones entre conflicto materno infantil y vínculo diádico. Corroborando que la presencia de factores de riesgo psicosocial impide la respuesta sensible de la madre, quien se encuentra tomada por su mundo interno y poco disponible a las necesidades del bebé (Pianta & Egeland, 1990). A partir de la observación del vínculo mamá-bebé se detecta que ante presencia de problemática social y actual la madre hace un uso defensivo de las funciones en busca de autoconfort, entonces, siguiendo a Racamier (1979) se detecta que el maternaje queda diferido. Se podría pensar en un fracaso neurótico, donde la resolución de los conflictos inconscientes que llevarían a una integración yoica quedan diferidos y se efectúa a expensas del bebé (Oiberman, 2005).

El desarrollo del rol materno en función de motivo de emigración, nivel educativo, estatus económico, red de sostén familiar y social remite al sostén tanto de la pareja como de la madre. Corroborando la importancia del sostén, tanto social como familiar, para la

gestante en su aceptación del embarazo (Langer, 1964) y en su capacidad de proveer los cuidados maternos al bebé (Winnicott, 1960b, 1960c, 1964c, 1969). Los resultados respecto al desarrollo del rol materno en función de los grupos de red de sostén social y familiar escasa-débil indican que estas gestantes se encuentran en mayor situación de riesgo para desarrollar desadaptación, confirmando lo indicado por Bibring et al., 1961; Greenberg, Loesch, & Laken, 1959; Lederman & Lederman, 1987; McVeigh, 1997; Mercer, 1995; Mercer & Ferketich, 1994, 1995; Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1993; Norbeck & Tilden, 1993; O'Hara, 1986; Oiberman & Galíndez, 2005; Pines, 1978; Singh & Sexena, 1991; Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990; Tulman & Fawcett, 2003; y Wenner et al., 1969.

Respecto a estos factores y la relación temprana mamá-bebé, se confirma lo encontrado por Mertesacker et al. (2004), la falta de soporte emocional y social es significativa en la capacidad materna de respuesta sensible. Corroborando lo indicado por Stern respecto a la matriz de apoyo y por Winnicott respecto a la importancia del sostén que la madre recibe para poder sostener al bebé y entregarse a los cuidados maternos.

Motivo de emigración se encuentra asociado a calidad de la relación con la pareja, indicando la importancia del sostén y apoyo que la madre encuentra y recibe de su compañero para poder disponerse a los cuidados maternos (Winnicott, 1960b). Asimismo, se encuentra asociado a función verbal, denotando la importancia de la lengua materna en estas madres donde se encuentra encitada la historia cuanto niñas y su subjetividad (Kristeva, 1991). Ante la presencia del bebé estas madres vuelven al origen, a su historia, a sus

raíces. A través de las palabras, ritmos, y tonos del español experimentan la reunión con sus propias madres, y en términos de Kristeva con el cuerpo de la madre, siendo una continuidad de esta y a la vez diferenciándose de ella (1981a).

A manera de conclusión se indica que la maternidad en el contexto de la inmigración se produce en condiciones que a veces dificulta el maternaje y las interacciones precoces. Asimismo, se concluye que el maternaje en inmigración dependerá de la historia personal de la madre, de los conflictos infantiles reactivados, de las problemáticas emergentes potenciadas, de la red de sostén que pueda proveer la pareja y las figuras maternas, así como también de la inscripción del bebé en la trama inter y transgeneracional. Destacándose la función de la lengua madre, lengua de los juegos infantiles y del desarrollo psicosexual de la niña devenida madre. Lengua de los afectos, de los ritos, costumbres, y de los modelos de ser mujer y madre en la cultura de origen. Lengua cuyas palabras contienen y transforman, ligando y ordenando los componentes de la representación. Lengua cuyas palabras poseen sabor, olor, sonoridad, tacto (Sami-Alí, 1997), donde como en un "baño melódico" (Aulagnier, 1975) se sumerge la recién estrenada madre inmigrante.

Considerando la riqueza de los datos detectados a través de la Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial (Oiberman et al., 2000) se destaca el valor del formato de entrevista del instrumento que optimiza en las gestantes la tendencia a la vulnerabilidad, a mayor sensibilidad a las interacciones (Gauthier et al., 1985), y a expresarse libremente, indicativo de un cierto levantamiento de la represión y de la "fluidez del inconsciente" (Molénat, 1999). Esta modalidad del instrumento, estableciendo un diálogo, da cuenta del estado relacional particular de la población gestante que propicia una regresión y expresión que le es propia,

una “transparencia psíquica” en términos de Bydlowski (1991, 1995), donde los recuerdos vienen solos, no se levantan las resistencias habituales, el inconsciente queda al descubierto, sin tropezar con la barrera de la represión.

A partir de los aportes de esta investigación se puede generar nuevas cuestiones, preguntas, que pueden llevar a nuevas investigaciones y a enriquecer el campo de la psicología perinatal. Considerando los resultados respecto a la baja planificación del embarazo, se considera válido como futura línea de investigación indagar el deseo de hijo en la inmigración. Si este viene para satisfacer deseos narcisistas, como expresión del anhelo por los objetos perdidos, como sustituto ante la pérdida, como deseo inconsciente de reconstruir su mundo interno que siente fraccionado y, así, a través del hijo instalar el objeto amado perdido para sentirse integrada.

Como se ha demostrado, el maternaje resulta bastante vulnerable en la inmigración, dicha vulnerabilidad se mezcla de manera muy amplia con el discurso de la sociedad norteamericana con respecto al alto índice de natalidad en madres inmigrantes *hispanas*. Desde este aporte se podría intuir que el deseo materno no refiere a lograr un estatus migratorio de legalidad como sugiere el discurso apresurado, sino que tendría que colocarse dentro de la dimensión apropiada que refiere a la maternidad como experiencia femenina que reorganiza las representaciones de sí mismo y de sus relaciones con los otros, especialmente con la propia madre (Stern, 1995; Stern et al., 1998). En situación de inmigración este proceso adquiere una resonancia particular, puesto que las reorganizaciones se operan en un contexto cultural ajeno y en situación de relativa desestabilización del sujeto quien ha perdido las apoyaturas sociales y culturales construidas a lo largo del tiempo (Moro, 1994). La maternalidad en inmigración, que implica embarazo y crianza en una

cultura ajena, le permitiría recuperar una parte de sí misma a través de esta doble gestación del propio hijo y de ella misma como madre en un entorno desconocido.

En el proceso de maternaje, donde se reviven conflictos infantiles reactivados por la resurgencia de la andadura edípica del pasaje de hija a madre, hace que los deseos, conflictos, emociones se expresen más libremente y de manera más explícita. En términos de Moro la inmigración potencia esta transparencia psíquica que se expresa:

de manera diferente a nivel psíquico y cultural. A nivel psíquico, por la reviviscencia de los conflictos y la expresión de las emociones. A nivel cultural, por el mismo proceso pero aplicado esta vez a las representaciones culturales, a las maneras de hacer y decir propias de cada cultura (2008, pp. 21-22).

Los elementos culturales se reactivan, se vuelven importantes y valiosos, y en palabras de Moro “cobran vida” en la madre. Desde esta perspectiva Moro propone el término “transparencia cultural”, indicando que la madre atravesada por la inmigración modifica la relación con la cultura de origen y por lo tanto con sus propios padres (2008, p. 22). Moro citando a Lebovici (1995b) escribe:

Cada uno de nosotros es portador de un mandato transgeneracional: se puede decir que nuestro “árbol de vida” sumerge sus raíces en la tierra regada en la sangre que las heridas provocadas por los conflictos infantiles de nuestros padres han dejado caer. No obstante, estas raíces pueden dejar al árbol de la vida desarrollarse mientras no estén enterradas bajo las profundidades de la tierra y por tanto inaccesibles (2008, pp. 22-23).

En la inmigración la gestante pierde el acompañamiento del grupo, el apuntalamiento familiar, social y cultural (Moro, 1994). La ausencia de las representaciones culturales que sirven de soporte dificulta dar sentido a las emociones, a las representaciones de sí

misma como madre, a la capacidad de dar y mantener la vida, así como a la interacción mamá-bebé. La pérdida de las fantasías, rituales, valores y costumbres que dan sentido a lo que sucede durante la gestación y relación temprana acarrea dificultades en la transmisión transgeneracional, en la adaptación al embarazo, en la redefinición de sí misma como madre y en las representaciones sobre el bebé.

Asimismo, se considera que los resultados de la percepción materna sobre el bebé alerta con interés y temperamento fácil en ausencia de función corporal indicarían la necesidad materna de las respuestas del bebé como una continua confirmación de la capacidad de sus cuidados. La madre inmigrante sin familia extensa que ofrece consejos ni supervisión, desprovista del apoyo de su medio cultural, aislada del grupo de aquellas que ya han experimentado el paso de hija a madre, encuentra en la conducta del bebé la mejor guía. Se coincide con Moro (2002, p.161) que esta carencia explica una vulnerabilidad de la madre inmigrante, la cual para construirse necesita ser reconocida en su alteridad y en su propia manera de sentirse madre.

Por otra parte, es válido destacar que el estudio realizado presenta algunas limitaciones importantes a tomar en consideración a la hora de generalizar sus resultados, a saber, el tipo de muestra, y el carácter voluntario de la misma, lo cual podría haber dejado fuera a gestantes con mayor conflictiva. Sin embargo, el contar con información específica sobre gestantes inmigrantes latinoamericanas primigestas en Miami es de gran relevancia. Desde la perspectiva de la psicología perinatal, y la promoción y prevención de la salud mental del infante, el poder detectar asociaciones entre los factores de riesgo psicosocial en esta población es relevante de modo de poder intervenir y promover el maternaje y una relación temprana diádica más sana. En esta etapa del ciclo vital, tanto de la madre

como del bebé, es de vital importancia que los equipos interdisciplinarios que asisten a las gestantes en sus controles neonatales estén atentos a los factores de riesgo psicosocial que podrían interferir en el proceso de maternaje para poder detectar y prevenir vicisitudes en la relación temprana mamá-bebé. Una detección oportuna promoverá el desarrollo de los procesos psicoafectivos y beneficiará el desarrollo psicoemocional de la madre así como el de su bebé.

Para concluir, es relevante destacar que, debido a los escasos datos nacionales e internacionales del proceso de maternaje en inmigración, los aportes de la presente tesis doctoral pretenden contribuir al avance de la psicología perinatal. La maternidad es una transición llena de cambios y retos, y más aún cuando se realiza en situación de inmigración. Se trata de un proceso personal y subjetivo, que afecta diversos ámbitos de la vida de las mujeres, hábitos cotidianos, identidades, autoestima, roles de género, madurez psicológica y construcción de vínculos (Jiménez Lagares, González Rodríguez, & Morgado Camacho, 2005).

Son múltiples los determinantes que intervienen en el proceso de maternaje que tiene que ver con la historia de las madres, las identificaciones conscientes e inconscientes, la relación con la propia madre, la relación con la pareja padre del bebé, la aceptación del embarazo, el proceso de individuación-separación de la recién estrenada madre, la capacidad reflexiva materna, las proyecciones con las que el bebé se ve identificado, las proyecciones empáticas y la anticipación creadora que posibilita el desarrollo de un vínculo madre-bebé sin vicisitudes. Conocer el proceso de maternaje en madres inmigrantes puede ayudar, desde una mirada interdisciplinaria, a apoyar a la mujer, aclarando y acogiendo sus dudas, preocupaciones, y en caso de ser necesario poder derivarla oportunamente a especialistas en salud mental perinatal. Reconocer la intrincación de los factores de riesgo psicosocial, la transmisión

transgeneracional y el entramado representacional en el maternaje y relación temprana en inmigración contribuye a enriquecer el campo de la psicología perinatal.

Referencias

- Aber, J. L., Bennett, N. G., Conley, D. C., & Li, J. (1997). The effects of poverty on child health and development. *Annual Review of Public Health, 18*, 463-483.
- Achotegui, J. (2001). *Trastornos depresivos en inmigrantes: influencia de los factores culturales*. Barcelona: Jano.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant mother relationship. *Child Development, 40*, 969-1025.
- Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. En B. Caldwell & H. Ricciutu (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3, pp. 1-94). Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. (1985). Attachments across the lifespan. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61*, 792-812.
- Ainsworth, M. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development. En M. P. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp. 99-135). Londres: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M. & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience. En P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-186). New York: Routledge.
- Ajuriaguerra, J. de (1962). Le corps comme relation. *Review Suisse de Psychologie pure et appliquée, 21*, 137-157.

- Ajuriaguerra, J. de (1969). The praxias. En P. J. Unken & G. W. Bruyn (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 4, p. 136). New York: Elsevier.
- Ajuriaguerra, J. de (1985). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-bebé* (p. 229). Buenos Aires: Lugar.
- Ajuriaguerra, J. de & Angelergues, R. (1962). De la psychomotricite du corps dans la relation avec autri. A propos de l'œuvre de Henri Wallon. *L'Evolution Psychiatriques*, 27, 13-25.
- Akhtar, S. (1991) Three fantasies related to unresolved separation-individuation: A less recognized aspect of severe character pathology. En S. Akhtar & H. Parens (Eds.), *Beyond the symbiotic orbit: Advances in separation-individuation theory. Essays in honor of Selma Kramer* (pp. 261-284). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Akhtar, S. (1994). Object constancy and adult psychopathology. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 441-455.
- Akhtar, S. (1995). A third individuation, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 1051-1084.
- Akhtar, S. (1999). The distinction between needs and wishes: Implications for psychoanalytic theory and technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 131-151.
- Amati-Mehler, J., Argentieri, S., & Canestri, J. (1993). *The Babel of the unconscious: Mother tongue and foreign languages in the psychoanalytic dimension*. Madison, CT: International University Press.
- Ammaniti, M (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 246-255.
- Ammaniti, M (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ammaniti, M., Baumgarte E., Candelori, C., Perrucchini, P., Pola, M., Tambelli, R. & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 167-182.

- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza: Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L.,...Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70-90.
- Ammaniti, M. & Stern, D. (Comps.). (1994). *Psychoanalysis and development: Representations and narrations*. New York: New York University Press. Citado en: D. Stern (1995), *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos* (p. 37). Buenos Aires: Paidós (1997).
- Angier, N. (1999). *Woman: An intimate geography*. Boston: Houghton Mifflin.
- Anthony, J. & Benedek, T. (Comps.). (1970). *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu (1983).
- Areskog, B., Udenberg, N., & Kjessler, B. (1983). Experience of delivery in woman with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 16, 1-12.
- Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. París: Editions du Soleil.
- Ariza, M. (2002). Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión. *Revista Mexicana de Sociología*, 64 (4), 53-84.
- Asenjo, R., Chamarro Luser, A., & García-Dié Muñoz, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de Psicología*, 23 (1), 25-32.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia en la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu (1991).
- Backett, E., Davies, A., & Petrós-Barvasián, A. (1985). El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. *Cuadernos de Salud Pública*, 76. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Citado en: F. Morales Calatayud (1999), *Introducción a la psicología de la salud* (p. 148). Buenos Aires: Paidós.

- Badinter, E. (1980). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós (1981).
- Balint, A. (1952). Love for the mother and mother love. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 251-259.
- Balint, M. (1952). *Primary love and psychoanalytic technique*. New York: Liveright (1965).
- Balint, M. (1960). Primary narcissism and primary love. *Psychoanalytic Quarterly*, 29, 6-43.
- Balint, M. (1962). The theory of the parent-infant relationship. Contributions to discussion. *Psycho-Analysis*, 43, 251-252.
- Balint, M. (1968). *The basic fault*. Londres: Tavistock.
- Ballou, J. (1978). The significance of reconciliative themes in the psychology of pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42, 383-413.
- Balsam, R. (1996). The pregnant mother and the body image of the daughter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44 (Suppl.), 401- 427.
- Balsam, R. (2000). Review of N. Chodorow *The power of feelings: Personal meaning in psychoanalysis, gender and culture*. New Haven: Yale University Press. *Psychoanalytic Quarterly*, 69, 816-820.
- Barberá, J. M. (1999). Consultar antes del embarazo. Periódico Digital de Información Educativa. <http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/636/salud>
- Barriguete Castellón, A. (2003). *Psiquiatría perinatal e intercultural*. México, D.F.: Intersistemas
- Barriguete Castellón, A., Lebovici, S., Salinas, J. L., Moro, M. R., Solís-Pontón, L., Botbol, M.,...Córdova, A. (2002). La función del padre en la consulta terapéutica padres-bebé y en el tratamiento de trastornos de la alimentación en el lactante. En L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici* (pp. 35-42). México, DF: El Manual Moderno (2004).

- Bassin, D., Honey, M., & Kaplan, M. (1994). *Representations of motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Bates, J., Freeland, C., & Lounsbury, M. (1979). Measurement of infant difficulties. *Child Development*, 50, 794-803. Citado en: S. Lebovici (1983). *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces* (p. 163). Buenos Aires: Amorrortu (1988).
- Bautista Lozada, Y. (2002) El devenir de la familia mexicana y la parentalidad. En L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici*. (pp. 177-182). México, DF: Manual Moderno (2004).
- Beauvoir, S. de (1952). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte (1981).
- Beebe, B. (1982). Micro-timing in mother-infant communication. En M. Kay (Comp.), *Nonverbal Communication Today* (pp. 169-195). New York: Mouton.
- Beebe, B., Jaffe, J., & Feldstein, S. (1992). Mother-infant vocal dialogues. *Infant Behavior and Development: Abstracts*, May, 15.
- Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S., Mays, K., & Alson, D. (1985). Interpersonal timing: The application of an adult dialogic model to mother-infant vocal and kinesic interaction. En T. Field & N. Fox (Eds.), *Infant Social Perception* (pp. 177-197). New York: Ablex.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (1988). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. *Progress in Self Psychology*, 3, 3-25.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes. *Psychoanalytic Psychology*, 15, 480-516.
- Beebe, B., Lachmann, F. M., & Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133-182.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.

- Belsky, J., Youngblade, L., & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low risk sample. *Developmental Psychopathology*, *1*, 291-304.
- Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, *75*, 81-95.
- Bell, S. & Ainsworth, M. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, *43*, 1171-1190.
- Bellak, L., Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*. New York: John Wiley & Sons.
- Benedek, T. (1942). The sexual cycle in women. *Psychosomatic Medicine Monographs*, *3*, 1-2.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *7*, 379-417.
- Benedek, T. (1970a). Paternidad y providencia. En J. Anthony & T. Benedek (Comps.). (1970), *Parentalidad* (pp. 173-189). Buenos Aires: Amorrortu.
- Benedek, T. (1970b). La psicobiología del embarazo. En J. Anthony & T. Benedek (Comps.). (1970), *Parentalidad* (pp. 146-159). Buenos Aires: Amorrortu.
- Benjamin, J. (1978). Authority and the family revisited: Or, a world without fathers? *New German Critique*, *13*, 35-57.
- Benjamin, J. (1980). The bonds of love: Rational violence and erotic domination. *Feminist Studies*, *1*, 144-174.
- Benjamin, J. (1988). *Los lazos de amor*. Buenos Aires: Paidós. (1996).
- Benjamin, J. (1995). *Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. Buenos Aires: Paidós. (1997).

- Benoit, D., Parker, K., & Zeanah, Ch. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 307-313.
- Bergman, A. (1980). Ours, yours, mine. En R. F. Lax, S. Bach & J. A. Burland (Eds.), *Rapprochement: The critical subphase of separation-individuation*. (pp. 199-216). New York: Aronson.
- Bernstein, D. H. (1991). Gender specific gangers in the female dyad in treatment. *Psychoanalytic Review*, 78, 37-48.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, aculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 5-68.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G., Dwyer, J., Huntington, D., & Valenstein, A. (1961). A study of the psychological process in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-72.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bion, W.R. (1962a). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1962b). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts. Selected papers on psychoanalysis*. Londres: The Maresfield Reprints.
- Biringen, Z. (1990). Direct observations of maternal sensitivity and dyadic interactions in the home: Relations to maternal thinking. *Developmental Psychology*, 26, 278-284.
- Birksted-Breen, D. (1975). *The birth of a first child. Towards an understanding of femininity*. Londres: Tavistock.
- Birksted-Breen, D. (1989). *Talking with mothers*. Londres: Free Association Books.

- Birksted-Breen, D. (1992). Fantasia e realtà in gravidanza e nel periodo postnatale. En M. Ammaniti (Ed.), *La gravidanza tra fantasia e realtà* (pp. 35-46). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Bleger, J. (1973). *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Blehar, M., Lieberman, A., & Ainsworth, M. (1977). Early face-to-face interactions and its relation to later infant-mother attachment. *Child Development*, 48, 182-194.
- Bloom, B. L. (1988). *Health psychology. A psychosocial perspective*. Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Blos, P. (1985). Intergenerational separation-individuation: Treating the mother-infant pair. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 41-56.
- Blos, P. (1999). The maternal experience: Clinical issues and insights. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 16, 5-25.
- Bornholdt, E. (2006). *Inicio de la interacción padre-bebé: perspectiva histórica, social, política y académica*. Tesis Doctoral (inédita). Citado en: A. Oiberman (2008), *Observando a los bebés... Técnicas vinculares madre-bebé padre-bebé* (p. 102). Buenos Aires: Lugar.
- Botella Llusia, J. & Clavero Núñez, J. A. (1993). *Tratado de Ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción* (14a. ed.) Madrid: Díaz de Santos.
- Boulton, M. G. (1983). *On being a mother*. Londres: Tavistock
- Bowlby, J. (1940). The influence of the early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 1, 154-178.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 1-57.

- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. Ginebra: Publicación de la *Organización Mundial de la Salud. Serie Monográfica* (2).
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1965). *Child care and the growth of love* (2a. ed.). Londres: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1969a). *Attachment and loss. Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1969b). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós (1976).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, separation* (Vol. 2). Londres: Hogarth Press. *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1975). Attachment theory, separation anxiety and mourning. En D. A. Hamburg & K. H. Brodie (Eds.), *American handbook of psychiatry. New psychiatric frontiers*. (Vol. 4, pp. 292-309). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata (1986).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, sadness and depression* (Vol. 3). Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Londres: Routledge.
- Braier, E. (2009). *Hacer camino con Freud*. Buenos Aires: Lugar.
- Brazelton, T. B. (1961). The psychophysiological reactions in the neonate. The value of observation of the neonate. *International Journal of Pediatrics*, 58, 508-513
- Brazelton, T. B. (1973). Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Clinics in Developmental Medicine*, 50. Londres: International Medical Publications.

- Brazelton, T. B. (1974). The origins of reciprocity. En M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on the caregiver* (pp. 49-76). New York: Wiley.
- Brazelton, T. B. (1979). Behavioral competence of the newborn infant. *Seminars in Perinatology*, 3, 35-44.
- Brazelton, T. B. (1981). *On becoming a family*. New York: Delacorte Press.
- Brazelton, T. B. (1982). *Infants and mothers* (2a. ed.). New York: Delacorte Press.
- Brazelton, T. B. (1984). *Neonatal behavioral assessment scale* (2a ed.). Londres: Spastics International Medical.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1990). *La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós (1993).
- Brazelton, T.B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity. En M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effects of the infant on the caregiver* (pp. 137-154). New York: Wiley-Interscience.
- Brazelton, T. B. & Nuget, J. K. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early infant-mother reciprocity. En *Parent-infant interaction*. Ciba Foundation Symposium, 33. Amsterdam: Elsevier Scientific.
- Bretherton, I. & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-113). New York: Guilford Press.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G., & Aber, J. (Eds.). (1997). *Neighborhood poverty: Context and consequences for children*. New York: Russell Sage.
- Bruschweiler-Stern, N. (1997). Imagining the baby. Imagining the mother: Clinical implications of maternal representations for perinatology. *Ab Initio*, 4 (1), 1-5.

- Bruschweiler-Stern, N. & Stern, D. (1989). A model of conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3), 142-156.
- Bur, V., Gozlan, A., Lamour, M., Letronnier, P., & Rosenfeld, J. (1989). Presentation de Grilles d'évaluation des interations precoces. En *L'évaluation des interactions precoces entre le bébé et ses partenaires*. París: Eshel. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-bebé* (pp. 86-87). Buenos Aires: Lugar.
- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. Recuperado el 15 de septiembre de 2009 de www.enprendedorasenred.com.ar
- Burin, M. & Dio Bleichmar, E. (Comps.) (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. & Meler, I. (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: GEL.
- Burlingham, D. & Freud, A. (1944). *Infants without families. The case for and against residential nurseries*. New York: International University Press.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter*. New York: Routledge.
- Bydlowski, M. (1989). Desiderio di un bambino, desiderio di gravidanza. Evoluzione delle pratiche di procreazione. En S. Lebovici & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psicopatologia della prima infanzia*. (Vol.1, pp. 33-42). Torino: Bollati Boringhieri.
- Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, 32, 2-9.
- Bydlowski, M. (1995). La relation fœto-maternelle et la relation de la mère a son fœtus. *Nouveau traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. París: PUF.

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (1998). La transparence psychique de la femme enceinte. En P. Mazet & S. Lebovici (Comp.). (1998), *Psychiatrie périnatale* (pp. 101-110). Paris : PUF.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve en enfant: L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Cabrero Roura, L., Saldivar Rodríguez, D., & Cabrillo Rodríguez, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid: Médica Panamericana.
- Call, J., Galenson, F., & Tyson, R. (Eds.). (1983). *Frontiers of infant psychiatry* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Callister, L. C. (1995). Cultural meanings of childbirth. *Journal of Obstetrical and Gynecological Neonatal Nursing*, 24 (4), 327-331.
- Campbell, A., Cohn, J., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 4, 29-47.
- Campbell, S. B., Pierce, E. W., March, C. L., & Ewing, L. J. (1991). Noncompliant behavior, overactivity, and family stress as predictors of negative maternal control with preschool children. *Development and Psychopathology*, 3, 175-190.
- Campos, J. J., Barrett, K.C., Lamb, M. E., Goldsmith, H. H., & Stenberg, C. (1983). Socioemotional development. En M. M. Haith & J. J. Campos (Eds.), *Handbook of child psychology: Infancy and developmental psychobiology* (pp. 783-915). New York: Wiley.
- Candelori, C. (1995). L'IRMAG, uno strumento per esplorare le rappresentazioni in gravidanza. En M. Ammaniti, C. Candelori, M. Pola & R. Tambelli (1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne* (pp. 13-25). Milano, Italia: Raffaello Cortina.
- Caplan, G. (1959). *Concepts of mental health and consultation*. Washington, D.C.: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.

- Carril, E. (2001). El deseo parental. El ayer y hoy de una construcción compleja. *Querencia. Revista de Investigación Psicoanalítica*, 2. Recuperado el 4 de Agosto de 2009, www.querencia.psico.edu.uy
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 59 (240), 2-3.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández Alvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 1(26), 5-13. Recuperado el 15 de Septiembre de 2011, [http:// redalyc.uaemex.mx](http://redalyc.uaemex.mx)
- Castellano-Maury, E. (2000). El yo ideal femenino (pp. 59-67). II Jornadas de salud mental y género, realizado en Madrid del 9 al 10 de octubre de 2000 (p. 31-67). Recuperado el 9 Septiembre de 2010, www.migualdad.es/mujer
- Chertok, L., Bonnaud, M., Borelli, M., Donnet, J., & D'Allones, C.R. (1969). *Motherhood and Personality*. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 40; p. 79). Barcelona: Martínez-Roca.
- Chodorow, N. (1978). *El ejercicio de la maternidad: Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa (1984).
- Chodorow, N. (1981). On the reproduction of mothering: A methodological debate. *Signs*, 6 (3), 500-514.
- Chodorow, N. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven: Yale University Press.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-8.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995). Developmental psychopathology and disorders of affect. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 2, pp. 369-420). New York: Wiley.

- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, R. L. (1988). *Psychiatric consultation in childbirth settings*. New York: Plenum.
- Cohen, L.J. & Slade, A. (1993). The psychology and psychopathology of pregnancy: reorganization and transformation. En Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. (pp. 20-36). New York: Guilford Press.
- Colarusso, C. A. (1990). The third individuation: the effect of biological parenthood on separation-individuation processes in adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 179-194.
- Condon, J. T. & Corklindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Condon, W. & Sander, L. (1974). Synchrony demonstrated between movements of the neonate and adult speech. *Child Development*, 45, 456-462.
- Connolly de González Rugna, A. (2004). Deseo de hijo... ¿Bebé ideal? *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 6, 73-93. UCES.
- Conway, J., Bourque, S., & Scott, J. (1996). El concepto de género. En M. Lamas (Comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 21-34). México: Porrúa.
- Cowan, C. P. & Cowan, P.A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cowan, C. P. & Cowan, P.A. (1997). Working with couples during stressful transitions. En S. Dreman (Ed.), *The family on the threshold of the 21st century: Trends and implications* (pp. 17-47). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cox, L., Holden, L. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

- Cramer, B.G. (1974). Interaction réelle et interaction fantasmatique. Réflexion au sujet des thérapies et des observations du nourrisson. *Psychothérapies, 1*, 39-47.
- Cramer, B.G. (1987). Objective and subjective aspects of parent-infant relations: An attempt at correlation between infant studies and clinical work. En J. Osofsky (Comp.), *Handbook of infant development*. New York: Wiley.
- Cramer, B. G. (1989). *Profession bébé*. París: Hachette.
- Cramer, B.G. (1993). *Mother-baby interactions: In reality and in fantasy*. Trabajo presentado a la Tercera Conferencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional sobre Investigación Psicoanalítica: El niño observado, el niño reconstruido realizado en Londres (Third International Psychoanalytic Association Standing Conference on Psychoanalytic Research: The Observed Child and the Reconstructed Child).
- Cramer, B. G. (1995). Short term dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4*, 649-660.
- Cramer, B. G. (1997). *Scripts parents write and the role babies play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cramer, B. G. (1998). Mother-infant psychotherapies: A widening scope in technique. *Infant Mental Health Journal, 19*, 151-167.
- Cramer, B.G. & Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique des psychoterapies mères-bébés: etudes cliniques et techniques*. París: PUF.
- Cramer, B. & Stern, D. (1988). Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study. *Infant Mental Health Journal, 9* (1), 20-45.
- Crittenden, P.M. & Bonvillian, J.D. (1984). The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 54*, 250-261.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A.S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development, 45*, 209-217.

- Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development, 51*, 209-217.
- Crockenberg, S. (1986). Are temperamental differences in babies associated with predictable differences in care giving? En J. V. Lerner & R. M. Lerner (Eds.), *Temperament and social interaction during infancy and childhood: New directions for child development* (Vol. 31, pp. 52-73). San Francisco: Jossey-Bass.
- Crowell, J. & Feldman, S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development, 59*, 1273-1282.
- Crowell, J. & Treboux, D. (1995). A review of Adult Attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development, 4*, 294-327.
- Crowell, J. & Treboux, D. (2001). Attachment and security in adult partnership. En C. Clulow (Ed.), *Adult attachment and couple psychotherapy: The "secure base" in practice and research* (pp. 28-42). Londres: Brunner-Routledge.
- Cukier-Mémeury, F., Lézine, I., & Ajuriaguerra, J. de (1979). Les postures de l'attaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiatrie de l'Enfant, 22*, 508-518.
- Cyrulnick, B. & Lemay, M. (1998). *Parlez-moi du père* [video]. Marseille: Anthea. Citado en: Barriguete Castellón, A., Lebovici, S., Salinas, J. L., Moro, M. R., Solís-Pontón, L., Botbol, M.,...Córdova, A. (2002). La función del padre en la consulta terapéutica padres-bebé y en el tratamiento de trastornos de la alimentación en el lactante. En L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici* (pp. 35-42). México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Daggett, J., O'Brien, M., Zanolli, K. & Peyton, V. (2000). Parents' attitudes about children: Associations of parental life histories and child-rearing quality. *Journal of Family Psychology, 14*, 187-199.
- Dahl, E. K. (1995). Daughters and mothers: Aspects of the representational world during adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child, 50*, 187-204.

- Dally, A. (1976). *Mothers, their power and influence*. Londres: Weidenfeld & Nicolson.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York: Avon Books.
- Damasio, A. (1995). Toward a neurobiology of emotion and feeling: Operational concepts and hypothesis. *The Neuroscientist*, 1, 19-25.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- David, M. & Apell, G. (1962). La relation mère-bébé: étude de cinq "patterns" d'interaction. *La psychiatrie de l'enfant* (Vol. 9, Fasc. 2). París: PUF.
- Day, L. & Lilley, C. (1973). *Cómo comprender el mundo del bebé*. Buenos Aires: Panamericana. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo* (p. 56). Buenos Aires: Lugar.
- Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M., (1999). *Psychopathologie de la périnatalite*. París: Masson.
- Deave, T. (2005). Associations between child development and women's attitudes to pregnancy and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (1), 63.
- Delassus, J.M. (1998). Devenir mère. Histoire secrète de la maternité. París: Duno. Citado en: A. Oiberman (Comp.), (2005). *Nacer y después...Aportes a la psicología perinatal* (p. 177). Buenos Aires: JCE.
- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women* (Vols. 1 & 2). New York: Grune & Stratton.
- Deutscher, M. (1970). Brief family therapy in the course of first pregnancy: A clinical note. *Contemporary Psychoanalysis*, 7, 21-35.
- De Wolf, M.S. & Van IJezendoorn (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analyses on parental atecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

Diccionario de la Real Academia Española Espasa-Calpe (2005). Recuperado el 7 de Enero de 2010. Disponible en el sitio Web www.wordreference.com

Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina*. Buenos Aires: Paidós.

Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.

Doherty, N. A. & Feeney, J. A. (2004). The composition of attachment networks throughout the adult years. *Personal Relationships*, *11*, 469-488.

Dolto, F. (1996). *Sexualidad Femenina. La libido genital y su destino femenino*. Buenos Aires: Paidós (2001).

Downey, G. & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, *108*, 1-27.

Duhalde, C., Huerin, V., Zucchi, A., Leonardi, E., Mrahad, M.C., Silver, R., ...Schejtman, C. (2008). Regulación afectiva diádica y autorregulación afectiva del niño. Su relación con la autoestima y el funcionamiento reflexivo materno. En C. Schejtman (Comp.), *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. (pp. 71-84). Buenos Aires: Akadia.

Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, *59*, 1080-1088.

Eimas, P., Siqueland, T., Jusczyk, P., & Vigonto, R. (1971). Speech perception in infants. *Science*, *171*, 303-306.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Schaller, M., & Carlo, G. (1991). The relations of parental characteristics and practices to children's vicarious emotional responding. *Child Development*, *62*, 1393-1408.

Emde, R. (1980). Toward a psychoanalytic theory of affect. II. Emerging models of emotional development in infancy. En S. Greenspan & G. Pollock (Eds.), *The course of life: Infancy and early Childhood* (Vol. I, pp. 80-86). US Department of Health and Human Services. Citado en: S. Lebovici (1983), *El lactante, su madre y el psicoanalista* (p. 241). Buenos Aires: Amorrortu (1988).

Emde, R. (1983a). *Los dos primeros meses: investigaciones recientes en psicobiología evolutiva*. Buenos Aires: Apdeba.

- Emde, R. (1983b). The representational self and its affective core. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 165-192.
- Emde, R. (1991). Positive emotions for psychoanalytic theory: Surprises from infant research and new directions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39 (Supl.), 5-44.
- Emde, R. (2001). The science of early development. *Zero to Three*, 21, 30-34.
- Emde, R. & Sorce, J. (1983). The rewards of infancy: Emotional availability and maternal referencing. En J. D. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (Vol. 2, pp. 30-38). New York: Basic Books.
- Entwisle, D. R. & Doering, S. G. (1981). *The first birth*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Erikson, E. (1950a). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1950b). Growth and crises of the healthy personality. En *Identity and the Life Cycle* (pp. 50-100). New York: International University Press (1959).
- Erikson, E. (1956). The problem of ego identity. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W.W. Norton.
- Fagan, J. (1972). Infant's recognition memory for faces. *Journal of Experimental Child Psychology*, 14, 455-476.
- Fagan, J. (1976). Infant's recognition of invariant features of faces. *Child Development*, 47, 627-638.
- Fairbairn, W. R. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Farkas, Ch. & Santelices, M.P. (2008). Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas

chilenas. *SUMMA Psicológica UST*, 5 (1), 13-20. Recuperado el 10 enero de 2009 de <http://132.248.9.1:8991/hevila/SummapsicologicaUST/2008/vol5/no1/2.pdf>

Farkas, Ch., Santelices, M.P., Aracena, M., & Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socio emocional: Un estudio de embarazadas primigestas. *Psyche*, 17 (1), 65-80.

Farrow, C. & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health Journal*, 28 (5), 517-535.

Fava Vizziello, G., Antonioli, M. E., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1992). Dal mito al bambino reale. En M. Ammaniti (Ed.), *La gravidanza tra fantasia e realtà* (pp. 159-180). Roma: Il Pensiero Scientifico.

Fava Vizziello, G., Antonioli, M. E., Cocci, V., Invernizzi, R., & Cristante, F. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, 4-16.

Fava Vizziello, G., Invernizzi, R., Antonioli, M. E., & Maestro, P. (1995). La struttura del cambiamento rappresentativo e narrativo della madre dalla gravidanza alla maternità e modalità di attaccamento. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 62, 185-199.

Fava Vizziello, G. & Stern, D. (Eds.). (1992). *Dalla cure materne all'interpretazione*. Milan: Raffaello Cortina.

Favazza, A. R. (1980) Culture change and mental health. *Journal of Operational Psychiatry*, 11, 101-119.

Feeney, J. A. & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ferenczi, S. (1926). The problem of acceptance of unpleasant ideas. Advances in knowledge of the sense of reality. En *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (Reimpresión Maresfield). Londres: Karnac.

Fernández Alvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En L. A. Oblitas Guadalupe (Ed.), *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. México: El Manual Moderno.

- Fernández Alvarez, H., García, F., & Scherb, E. (1988). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (3), 343-359.
- Ferrández Miralles, E. (2007). Investigaciones sobre las relaciones madre-hijo. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*. Recuperado el 23 de abril de 2007 de <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/modules>
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid: Siglo XXI.
- Feshback, N. (1987). Parental empathy and child adjustment/maladjustment. En N. Eisenberg & J. Stayer (Eds), *Empathy and its development* (pp. 271-291). New York: Cambridge University Press.
- Field, T. (1987). Affective and interactive disturbances in infants. En J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. (pp. 972-1005). New York: Wiley.
- Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 59 (240), 208-227.
- Firestone, S. (1971). *The dialectics of sex: The care for feminist revolution*. New York: Bantam Books.
- Fiszelew, R. & Oiberman, A. (1995). *Fuimos y seremos...una aproximación a la psicología de la temprana infancia*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Fivaz-Depeursinge, E., Stern, D., Burgin, D., Byng-Hall, J., Corboz-Warnery, A., Lamour, M., & Lebovici, S. (1994). The dynamics of interfaces: seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, a father, and a baby. *Infant Mental Health Journal*, 15, 1, 69-89. Citado en: L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici* (p. 24). México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Flapan, M. A. (1969). A paradigm for the analysis of childbearing motivation of women prior to birth of the first child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, 402-417.

- Flax, J. (1978). The conflict between nurturance and autonomy in mother-daughter relationships and within feminism. *Feminist Studies*, 4 (2), 171-191.
- Flax, J. (1990). *Thinking fragments: Psychoanalysis, feminism, and postmodernism in the contemporary west*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Flórez-Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 107-126.
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin Anna Freud Centre*, 12, 91-115.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a boarderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (1996). The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 5 (1), 67-86.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Presentación en el Grupo Psicoanalítico de Discusión sobre el Desarrollo, reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana (Washington DC) mayo 13 1999. En *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado el 20 de septiembre de 2009, www.aperturas.org/3fonagy.html
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2001). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 200-217.

- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgit, A. (1992). The integration of psychoanalytic theory and work on attachment: the issue of intergenerational psychic processes. En D. Stern & M. Ammaniti (Eds.), *Attaccamento e Psiconalis* (pp. 19-30). Bari: Laterza.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgit, A. (1993). Measuring the ghosts in the nursery: an empirical study of the relation between parent's mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989.
- Fonagy, P., Steele H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Journal of Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive validity of Mary Main's Adult Attachment Interview: a psychoanalytic and developmental perspective on the transgenerational transmission of attachment and borderline states. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fonagy, P. Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). *Reflective functioning manual*. Londres: University College Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality. I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories. Perspectives from developmental psychopathology*. Londres: Whurr.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health*. New York: Basic Books.

- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery. En S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health: The first years of life* (pp. 164-196). New York: Basic Books.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.
- Freud, A. (1967). About losing and being lost. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 9-19.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños. Obras Completas*, 4 y 5. Buenos Aires; Amorrortu.
- Freud, S. (1904). El método psicoanalítico. *Obras Completas*, 7, 233 (9a ed.). Buenos Aires: Amorrortu (1996).
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Standard Edition, 14, 237-258.
- Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil. *Obras Completas*, 17,
- Freud, S. (1920a). Complemento a la doctrina de los sueños. *Obras Completas*, 18.
- Freud, S. (1920b). *Más allá del principio de placer*. *Obras Completas*, 18. Buenos Aires: Amorrortu (1996).
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu (1998).
- Freud, S. (1926). Angustia, dolor y duelo. En *Inhibición, síntoma y angustia*, 20, 158-161. Buenos Aires: Amorrortu (1996).
- Freud, S. (1933a). Femininity. *Standard Edition*, 22, 112-135.
- Freud, S. (1933b). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. *Revisión de la doctrina de los sueños*. (Conferencia 29). *Obras Completas*, 22.
- Friedan B. (1963). *The feminine mystique*. New York: Norton.

- Frodi, A. M., Lamb, M. E., Leavitt, L. A., & Donovan, W. L. (1978). Father's and mother's responses to infant cries and smiles. *Infant Behaviour and Development, 1*, 187-198.
- Furman, L. & O'Riordan, M. A. (2006). How do mothers feel about their very low birth infants? Development of a new measure. *Infant Mental Health Journal, 27* (2), 152-172.
- Galíndez, E. (2005). Factores de riesgo psicosocial en situaciones críticas perinatales: Aplicación de un modelo de entrevistas a diferentes poblaciones. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y después...Aportes a la psicología perinatal* (pp. 159-168). Buenos Aires: JCE.
- Gamarnik, Y. (2005). Dentro de un paradigma interaccional. En *El apego en proceso. Aportes desde el advenimiento complejo* (pp. 101-124). Buenos Aires: Letra Viva.
- Garma, A. (1940). *Psicoanálisis de los sueños*. Buenos Aires: Paidós (1963).
- Garma, A. (1962). *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Buenos Aires: Paidós.
- Garma, A. (1979). *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*. Buenos Aires: Paidós.
- Garnezy, N. (1983). Stressor of childhood. En N. Garnezy & M. Rutter (Ed.). *Stress, coping, and development in children*. (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill.
- Garner, S., Kahane, C., & Sprengnether, M. (Eds.). (1985). *The (m)other tongue: Essays in feminist psychoanalytic interpretation*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Garza-Guerrero, A. C. (1974). Culture shock: its mourning and the vicissitudes of identity. *Journal of American Psychoanalytic Association, 22*, 408-429.
- Gauthier, Y. (1998). Du projet d'enfant aux premiers semaines de la vie. Perspectives psychoanalytiques. En P. Mazet & S. Lebovici (Comp.), (1998). *Psychiatrie périnatale* (pp. 39-60). París : PUF.

- Gauthier, Y., Molénat, F., Mangin, P., & Dudan, E (1985). Grossesse et vulnerabilite. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33 (2-3), 95-102.
- Gazmararian J. A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T. J., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1915-1920.
- Genolet, A. (2005). La gran aventura: nacer. Citado en: Frenquelli, R. C. (Comp.). *Los primeros años de vida. Perspectivas en desarrollo temprano* (p. 39-66). Rosario, Santa Fe: Homo Sapiens.
- George, C. & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-217.
- Gianino, A. & Tronick, E. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. En T. Field, P. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development* (Vol. 2, pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gilligan, C. (1984). Reflections on the psychology of love, *Daedalus*, 113 (3), 75-93.
- Gladieux, J. D. (1978). Pregnancy-The transition to parenthood: Satisfaction with the pregnancy experience as a function of sex role conceptions, marital relationship, and social network. En W. B. Miller & L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Godoy, L. (2007). Fenómenos migratorios y género: Identidades femeninas remodeladas. *Psyche*, 16 (1), 41-51.
- Goethals, A. & Thiery, M. (1986). Hospital behavior of the obstetric risk patients. En B. Leysen, P. Nijs & D. Richter (Eds.), *Research in psychosomatic obstetrics and gynaecology* (pp. 151-162). Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 77). Barcelona: Martínez Roca.
- Goldberg, W. A. & Easterbrooks, M. A. (1984). The role of marital quality in toddler development. *Developmental Psychology*, 20, 504-514.

- Goldfarb, W. (1943). The effects of early institucional care on adolescent personality. *Journal of Experimental Education*, 14, 441-447.
- Goldfarb, W. (1945). Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 15, 247-255.
- González Ávila, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, 17, 107-126. Recuperado el 9 de Septiembre de 2010 de www.ciesas.edu.mx
- González de Chávez Fernández, A. (2000). El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres. II Jornadas de salud mental y género Madrid 9 y 10 de octubre de 2000 (p. 31-67). Recuperado el 9 Septiembre de 2010 www.migualdad.es/mujer www.inmujer@migualdad.es
- González-Merlo, J., Laila Vicens, J. M., Fabre González, E., & González Bosquet, E. (2006). *Obstetricia* (5a. ed). Barcelona: Elsevier.
- Gough, D. (1962). The visual behavior of infants in the first few weeks of life. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 55, 308-310.
- Greenberg, N. H., Loesch, J. G., & Laken, M. (1959). Life situatons associated with the onset of pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 21, 296-310.
- Greenspan, S. I. & Liberman, A. (1980). Infants, mothers and their interactions. A quantitative clinical approach to development assessment. En S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The course of life* (Vol. 1, pp. 271-310). Washington: Government Printing office. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-bebé* (pp. 92-99). Buenos Aires: Lugar.
- Grenet, E. (1942). Drume negrita [Grabado por M. Sosa]. En *Mercedes Sosa en Argentina* [CD]. Buenos Aires: Polygram (1994).
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1996). *Migración y exilio*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Grisolía, E. (2008). La evaluación psicológica en la clínica con bebés. Recuperado el 9 septiembre 2008 de www.psi.uba.ar/academia.../psicologia.../evaluacion_bebes_2008
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression and difficult temperament with toddlerhood. *Research in Nursing Health*, 17, 207-215.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., & Grossmann, K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. En R. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 241-260).
- Gurung, R. A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C. & Hobel, C. J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 4, 497-519.
- Gurwitt, A. (1976). Aspects of protective fatherhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 31, 237-270.
- Gurwitt, A. (1995). Aspects of prospective fatherhood. En J. L. Shapiro & M. J. Diamond (Eds.), *Becoming a father. Contemporary, social, developmental and clinical perspectives* (pp. 294-315). New York: Springer.
- Gutmann, D. & Huyck, M. H. (1994). Development and pathology in postparental men: A community study. En E. Thompson (Ed.), *Older men's lives. Research on men and masculinities series* (Vol. 6, pp. 65-84). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Halpern, R. (1993). Poverty and infant development. En Zeanah, Ch. (Ed.). *Handbook of infant mental health* (p. 73-86). New York: Guilford Press.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *The American Psychologist*, 3, 673-685.
- Hawkes, K. (2004). The grandmother effect. *Nature*, 428, 128-129.
- Hawkes, K., O'Connell, J. F., & Blurton Jones, N. G. (1989). Hardworking Hadza grandmothers. En V. Standen & R. A. Foley (Eds.), *Comparative socioecology: The behavioral ecology of humans and other mammals* (pp. 341-366). Londres: Basil Blackwell.

- Hawkes, K., O'Connell, J. F., Blurton Jones, N. G., Alvarez, H., & Charnov, E. L. (1998). Grandmothering, menopause and the evolution of human life histories. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *95*, 1336-1339.
- Hazan, C. & Diamond, L. M. (2000). The place of attachment in human mating. *Review of General Psychology*, *4*, 186-204.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. En D. Perlman & K. Bartholomew (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 5, pp. 151-180). Londres: Kingsley.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 336-354). New York: Guilford Press.
- Heimann, P. (1965). Aspectos psicoanalíticos del embarazo. En Rovinsky J, Guttmacher A, (Eds.). *Complicaciones médicas, quirúrgicas y ginecológicas del embarazo* México: Interamericana. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 39). Barcelona: Martínez-Roca.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4a ed.). México: Mc Graw-Hill International (2008).
- Hidalgo, V. (1998). Transición a la maternidad y la paternidad. En M. J. Rodrigo & J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 341-366). Madrid: Alianza.
- Hinde, R. (1982). *Ethology*. Glasgow: Fontana Paperbacks.
- Hinde, R. (1997). *Relationships: A dialectical perspective*. Hove, UK: Psychology Press.
- Hoffman, L. W. (1977). Changes in family roles, socialization and sex differences. *American Psychologist*, *32*, 644-658.
- Hoffman, M. (2003). *Los árboles no crecen tirando de las hojas*. Buenos Aires: Nuevo Extremo.
- Hopkins, J. (1992). Infant-parent psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, *18*, 5-17.

- Horney, K. (1924). On the genesis of the castration complex in women. En *Feminine psychology* (pp. 55-70). New York: Norton (1967).
- Houskamp, B.M. & Foy, D.W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Houzel, D. (2002). Los retos de la parentalidad. En L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad: desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici* (pp. 27-31). México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Hrdy Blaffer, S. (1999). *Mother nature: A history of mothers, infants and natural selection*. New York: Pantheon.
- Hrdy Blaffer, S. (2009). *Mothers and others. The evolutionary origins of mutual understanding*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press.
- Huerin, V., Duhalde, C., Esteve, M. J., & Zucchi, A. (2008). Funcionamiento reflexivo materno: un modo de abordar el estudio de la relación madre-niño. En C. Schejtman (Comp.), *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación* (pp. 99-110). Buenos Aires: Akadia.
- Hurezanu, D. (2011). La lengua materna y las fuentes de la creación. *Revue d'art et de littérature, musique*, 67. Recuperado el 7 de Febrero de 2011 de <http://www.artistasalfaix.com/reveue/lalengua>
- Huth-Bocks, A., Levendosky, A., Bogat, G. A., & van Eye, A. (2004a). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development*, 75, 480-496.
- Huth-Bocks, A., Levendosky, A., Theran, S., & Bogat, G. A. (2004b). The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 25 (2), 79-98.
- Illicali, E. T. & Fisek, G. O. (2004). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 25, 16-27.

- Inglehart, R., Basanez, M., Diez-Medrano, J., Halman, L., & Luijkx, R. (2004). *Human beliefs and values. A cross cultural sourbook based on the 1999-2002 values surveys*. México: Siglo XXI.
- Irigaray, L. (1989). *Thinking the difference: For a peaceful revolution*. Londres: Athlone Press.
- Isabella, R. (1993). Origins of attachment. Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International University Press.
- Jiménez Lagares, I., González Rodríguez, M. D. M., & Morgado Camacho, B. (2005). *Las familias de madres solas*. Barcelona: Fundación Teresa Gallifa.
- Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Baker Miller, J., Stiver, I. P., & Surrey, J. L. (1991). Women's growth in connection. Writings from the Stone Center. NY: Guilford Press.
- Kaplan, R. & Grotowski, T. (1996). Denied pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30 (6), 861-863.
- Kemp, A., Green, B., Hovanitz, C., & Rawlings, E. (1995). Incidence of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 43-55.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Aronson.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1965). Does human maternal behavior after delivery show a characteristic pattern? En *Parent-infant interaction*. Ciba Foundation, Simposium 33. New York: Associated Scientific.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. St. Louis: Mosby.

- Klein, H., Potter, H., & Dyk, R. (1950). *Anxiety in pregnancy and childbirth*. New York: Paul Hoeber. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 42). Barcelona: Martínez-Roca.
- Klein, M. (1928). Estadios tempranos del conflicto edípico. En *Contribuciones al psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé (1964).
- Klein, M. (1935a). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. En M. Klein *Obras Completas*, 3. Buenos Aires: Paidós (1978).
- Klein, M. (1935b). Psychogenesis of manic-depressive status. *International Journal of Psychoanalytic Association*, 16, 145-174.
- Klein, M. (1955). On identification. En M. Klein, P. Heimann & R. Money-Kyrle (Eds.), *New directions in psychoanalysis*. Londres: Tavistock.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. Londres: Tavistock.
- Klein, M. (1959). Our adult world and its roots in infancy. En R. Money-Kyrle (Ed.), *The writings of Melanie Klein* (pp. 247-263). Londres: Hogarth Press (1975).
- Klein, M. & Riviere, J. (Eds.). (1936). *Love, hate and reparation*. New York: Norton (1964).
- Kobak, R. R. & Duemmler, S. (1994). Attachment and conversation: Toward a discourse analysis of adolescent and adult security. En K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 121-149). Londres: Jessica Kingsley.
- Koestner, R., Franz, C., & Weinberger, J. (1990). The family origins of empathic concern: A 26 year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 709-717.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.

- Korner, A. (1974). Individual differences at birth. Implications for child care practices. En D. Bergsma (Ed.), *The infant at risk* (pp. 51-60). New York: Intercontinental Medical Book.
- Kreisler, L. & Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson, *Psychiatrie de l'Enfant*, 24 (1), 223-263.
- Kristeva, J. (1976). Sabat Mater. En Kristeva, J. *Historias de amor* (10a ed.) (p. 209-231). Buenos Aires: Siglo XXI (2009).
- Kristeva, J. (1977). Nouveau type d'intellectuel: Le dissident. *Tel Quel*, 74, 6. Citado en : S. Garner, C. Kahane & M. Sprengnether (Eds.), (1985), *The (m)other tongue: Essays in feminist psychoanalytic interpretation* (p. 366). Ithaca, NY: Cornell Univeristy Press.
- Kristeva, J. (1980). *Desire in language: A semiotic approach to literatura and art*. New York: Columbia University Press.
- Kristeva, J. (1981a). The maternal body. *m/f*, 5 , 158-163.
- Kristeva, J. (1981b). Women's time. *Signs*, 7 (1), 13-36.
- Kristeva, J. (1991). *Extranjeros en nosotros mismos*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Kristeva, J. (1996). Bulgaria, my suffering. En B. Bray, *An international reader of literature, art and music* (Vol. 3, pp. 122-131). San Francisco: Mercury House.
- Lafuente, (1994). El desplazamiento escalonado de los componentes del apego desde las figuras parentales a los iguales a lo largo de la vida. *Revista de Psicología de la Educación*, 15, 5-21.
- Lahdenperä, M., Lummaa, V., Helle, S., Tremblay, M., & Russell, M. (2004). Fitness benefits of prolonged post-reproductive lifespan in women. *Nature*, 428, 178-181.
- Lamb, M. (1976). *The role of the father in child development*. New York: Wiley.
- Lamb, M. (1977). Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 48, 167-181.

- Lamb, M. (1986). *The father's role: Applied perspectives*. New York: Wiley.
- Lamour, M. & Lebovici, S. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: Evaluation et modes d'abord thérapeutiques. *Reveu Psychiatrie de l'enfant*, 34, 1. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés...Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo* (p. 76). Buenos Aires: Lugar.
- Lamphere, L., Ragoné, H., & Zavella, P. (1997). *Situated lives. Gender and culture in everyday life*. New York: Routledge.
- Langer, M. (1964). *Maternidad y sexo* (5a. ed.). *Estudio psicoanalítico y psicossomático*. Buenos Aires: Paidós (1978).
- Laplanche, J. & Pontalis, J. R. (1971). *Vocabulaire de la psychoanalyse*. París: P.U.F.
- Larbán Vera, J. (2005). Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 39/40, 117-130.
- Lebovici, S. (1983). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu (1988).
- Lebovici, S. (1989a). Les liens intergenerationels. Les interactions fantasmaticques. En S. Lebovici & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 128-142). París: PUF.
- Lebovici, S. (1989b). *La psychopathologie du bébé*. París: PUF.
- Lebovici, S. (1991). Las interacciones precoces. Conferencia dada en la Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires. Material inédito citado en: A. Oiberman (2008). *Observando a los bebés...Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo* (p. 58). Buenos Aires: Lugar.
- Lebovici, S. (1995a). Préface. En Lebovici, S. *Pères et Bébés*. Citado en: A. Oiberman (1998), *Padre-Bebé. Inicio de una relación* (p. 39). La Plata, Bs. As.: Universidad Nacional de la Plata.

- Lebovici, S. (1995b). Surmoi II. En *Les developpments post-freudiens* (p. 5). París: P.U.F. Citado en: M. R. Moro (2008), Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque (pp. 22-23). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente*, 12, 19-26. Recuperado el 25 de septiembre de 2009, www.feap.es/anuarios/2008/pdf/publicaciones-19-2.pdf
- Lebovici, S. (1996). La transmission intergénérationnelle (TIG) ou: vuelles considérations sur l'utilité de l'étude de l'arbre de vie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé. En J. Manzano (Comp.), *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Citado en: A. Oiberman (2008), *Observando a los bebés...Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo* (p. 58). Buenos Aires: Lugar.
- Lebovici, S. (1998). L'arbre de vie: le processus de filiation et de parentalisation. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 22, 98-127, 240-246. Citado en: L. Solís-Pontón (2002), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici* (p. 13). México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Lebovici, S. (2002). Madre y bebé: Sus interacciones precoces. Conferencia del Prof. Serge Lebovici en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires, realizada el 1 de agosto de 1991. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*, 7 (3), 181-192.
- Lebovici, S. (2006). On intergenerational transmission: from filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272.
- Lebovici, S., Ajuriaguerra, J. de, & Diatkine, R. (1958). A propos de l'observation chez le jeune enfant. *Psychiatrie de l'enfant*. Citado en: E. Grisolia (2008), La evaluación psicológica en la clínica con bebés. Recuperado el 9 septiembre 2008 de www.psi.uba.ar/academia.../psicologia.../evaluacion_bebes_2008
- Lederman, R. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy. Assessment of seven dimensions of maternal development* (2a. ed.). New York: Springer.
- Lederman, R. & Lederman, E. (1984). Methods of assessment. En R. Lederman (1984b), *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development* (2da ed., pp. 274-308). New York: Springer.
- Lederman, R. & Lederman, E. (1987). Dimensions of postpartum adaptation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 7, 193-203.

- Leerkes, E. M. & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its influence on maternal behavior. *Infancy, 3*, 227-247.
- Leerkes, E. M. & Crockenberg, S. C. (2006). Antecedents of mothers' emotional and cognitive responses to infant distress: The role of family, mother, and infant characteristics. *Infant Mental Health Journal, 27* (4), 405-428.
- Leerkes, E. M. & Siepak, K. J. (2006). Attachment linked predictors of women's emotional and cognitive responses to infant distress. *Attachment and Human Development, 8*, 1-22.
- Leifer, M. (1980). *Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy*. New York: Prager.
- Leon, I. G. (1986). Psychodynamics of perinatal loss. *Psychiatry, 49*, 357-366.
- Leon, K., Jacobvitz, D. B., & Hazen, N. L. (2004). Maternal resolution of loss and abuse: Associations with adjustment to the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 25*, 130-148.
- Lerner, R. M., Rothbaum, F., Boulos, S., & Castellino, D. R. (2002). Developmental systems perspective on parenting. En M. H. Bornstein (Ed.), *The handbook of parenting. Biology and ecology of parenting* (2a ed., Vol. 2, pp. 315-344). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lesnik-Oberstein, M., Koers, A. J., & Cohen, L. (1995). Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. *Child Abuse and Neglect, 19*, 33-49.
- Lester, B., Boukydis, C., Garcia-Coll, C., & Hole, W. (1990). Colic for developmentalists. *Infant Mental Health Journal, 11*, 321-333.
- Lester, B., Mc Grath, M., Garcia-Coll, C., Brem, F. S., Sullivan, M. C., & Mattis, S. G. (1995). Relationship between risk and protective factors, developmental outcome, and the home environment at four years of age in term and preterm infants. En H. E. Fitzgerald, B. M. Lester & B. Zuckerman (Eds.). (1995), *Children of poverty. Research, health, and policy issues* (pp. 197-227). New York: Garland.
- Lester, E. & Notman, M.T. (1988). Pregnancy and object relations: Clinical considerations. *Psychoanalytic Inquiry, 8*, 196-221.

- Letourneau, C. (1981). Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work*, 26, 383-389.
- Lett, D. (2003). Le fabliau des pères tendres. *Le nouvel observateur*, 49, 30-33. Citado en: Missio, M. (2004). Estudio descriptivo cualitativo de las representaciones parentales en el periodo perinatal mediante el cuestionario "Entrevista R" (p. 196). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 6, 171-200.
- Levinton Dolman, N. (2000). El superyo femenino (p. 45-58). II Jornadas de salud mental y género realizadas en Madrid el 9 y 10 de octubre de 2000 (p. 31-67). Recuperado el 9 septiembre de 2010 de www.migualdad.es/mujer
- Lévi-Strauss, C. (1979). *Las estructuras elementales del parentesco*. Buenos Aires: Paidós.
- Levy, J. M. & McGee, R. K. (1975). Childbirth as a crisis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 171-179.
- Lézine, I. (1975). Observations sur le couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires. *Psychiatrie de l'enfant*, 18, 75-146.
- Lichtenstein, H. (1963). The dilemma of human identity: notes on self-transformation, self-objectivation and metamorphosis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 11, 173-223.
- Lieberman, A. (1995). *The emotional life of the toddler*. New York: Simon & Schuster (1999).
- Lieberman, A. (1997). Toddler's internalization of maternal attributions as a factor in quality of attachment. En L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (2 a. ed., pp. 277-484). New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. (2007). Ghosts and angels: Intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. *Infant Mental Health Journal*, 28 (4), 422-439.
- Lieberman, A. & Bos, P. (1980). Make way for Abby. En S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health: The first years of life* (pp. 242-259). New York: Basic Books.
- Lieberman, A, Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental figures. *Infant Mental Health Journal*, 26 (6), 504-520.

- Lieberman, A. & Pawl, J. (1993). Infant-parent psychotherapy. En Ch. Zeanah (Comp.), *Handbook of infant mental health* (pp. 427-442). New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. & Van Horn, P. (1998). Attachment, trauma, and domestic violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 423-443.
- Light, H. K. & Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, 46-50.
- Lipari, E. & Speranza, A. M. (1992). La gravidanza nella letteratura psicologica e psicoanalitica. En M. Ammaniti (Ed.), *La gravidanza tra fantasia e realtà* (pp. 11-34). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Lis, A. & Zennaro, A. (1997). A semistructured interview with parents-to-be used during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 18, 306-323.
- López, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. En M. J. Ortiz & S. Yarnoz (Eds.), *Teoría del apego y relaciones afectivas* (pp. 11-62). Bilbao: Universidad del País Vasco/Euskal Eriko Unibertsitatea.
- López, F. (1999). Evolución del apego desde la adolescencia hasta la muerte. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes & M. J. Ortiz (Eds.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 41-66). Madrid: Pirámide.
- Lorenz, K. (1957). *Institutive Behavior*. New York: International University Press.
- Lumley, J. M. (1980). The image of the fetus in the first trimester. *Birth and Family Journal*, 7, 5-14.
- Lydon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C. L., & Pierce, T. (1996). Pregnancy decision making as a significant life event: A commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 141-151.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobitz, D. (1999). Attachment organization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 520-554). New York: Guilford Press.

- Lyra, M. C. D. & Seidl de Moura, M. L. (2000). Desenvolvimento na interação social e no contexto histórico-cultural: adequação entre perspectiva teórica e metodologia. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13 (2), 217-222. Recuperado el 20 de julio 2009 de www.scielo.br/scielo.php?pid=0102-79722000000200002&script=sci
- Mahler, M. (1958a). Autism and symbiosis: two extreme disturbances of identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 77-83.
- Mahler, M. (1958b). On two crucial phases of integration of the sense of identity: separation-individuation and bisexual identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6, 136-139.
- Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26:403-424.
- Mahler, M. & Furur, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International University Press.
- Mahler, M. & McDevitt, J. B. (1980). The separation-individuation process and identity formation. En S. I. Greenspan & G. H. Pollack (Eds.), *The course of life* (pp. 395-406). Bethesda, MD: NIMH (1980).
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975) *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-479). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1991). *Adult attachment classification system*. Berkeley: University of California at Berkeley.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, 209), 66-104.
- Malatesta, C. Z., Grigoryev, P., Lamb, C., Albin, M., & Culver, C. (1986). Emotional socialization and expressive development in pre-term and full-term infants. *Child Development*, 57, 316-330.
- Malinowski, B. (1955). *Magic, science and religion*. New York: Doubleday.

- Malphurs, J., Raag, T., Field, T., Pickens, J., & Pelaez-Nogueras, M. (1996). Touch by intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Early Development and Parenting*, 5 (2), 111-115.
- Manzano, J. (1998). De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum. En P. Mazet & S. Lebovici (Comp.), *Psychiatrie périnatale* (pp. 131-139). París: PUF.
- Manzano, J. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Las terapias en psiquiatría infantil y psicopedagogía*. Barcelona: Paidós.
- Manzano, J. & Palacio-Espasa, F. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad: Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F., & Zilkha, N. (1999). The narcissistic scenarios of parenthood. *International Journal of Psychoanalysis*, 80 (3), 465-476.
- Marrone, M. (1998). *Attachment and interaction*. Londres; Kingsley.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marrone, M. (2005). Teoría del apego: Algunos aspectos fundamentales. En R. C. Frenquelli (Comp.), *Los primeros años de vida. Perspectivas en desarrollo temprano* (pp. 275-299). Rosario, Santa Fe: Homo Sapiens.
- Martin, S. E., Clements, M. L., & Crnic, K. A. (2002). Maternal emotions during mother-infant interactions: Parting in affective context. *Parenting: Science and Practice*, 2, 105-126.
- Martínez-Gertner, M., Costas-Moragas, C., Botet-Mussons, F., & Fornieles-Deu, A. (2004). Efectos de la intervención temprana basada en la escala de Brazelton sobre las percepciones maternas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 4, 143-170. UCES.
- Marty, P. (1900). La psychosomatique de l'adulte. *Que-sais-je?, 1850*, París: PUF. Citado en: E. Castellano-Maury (2000), El yo ideal femenino (p. 65). II Jornadas de salud mental y género, realizado en Madrid del 9 al 10 de octubre de 2000 (p. 31-67). Recuperado el 9 Septiembre de 2010, www.migualdad.es/mujer

- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Maxted, A., Dickstein, S., Millar-Loncar, C., High, P., Spritz, B., Liu, J., & Lester, B. (2005). Infant colic and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*, 26 (1), 56-68.
- Mazet, P. (1999). El aporte de las interacciones precoces en la comprensión de las primeras relaciones padres-hijo. En A. Barriguete, P. Cardenes & B. Golse (Eds.), *Adopción en el siglo XXI: Actualidades en el estudio multidisciplinario de la adopción* (pp. 15-39). México, DF: DIF.
- Mazet, P., Cukier-Hemeury, F., Latoch, J., Rosenblum, O., & Stibon, H. (1989). Etude historique et critique. En S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Eds.), *L'evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 15-39). París: Eshel.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatología do recém-nacido*. Porto Alegre: Artes Médicas
- McVeigh, C.A. (1997). An Australian study of functional status after childbirth. *Midwifery*, 13, 172-178.
- Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New Cork: Morrow.
- Mead, M. (1961). *El hombre y la mujer*. Buenos Aires: Fabril.
- Meler, I. (1991). La madre fálica. ¿Un producto de la industria? Citado en: M. Alizade & O. Salas (Comps.), *Voces de femineidad* (p. 107). Buenos Aires: Efe Color.
- Meler, I. (1996). Estados depresivos en pacientes mujeres. La perspectiva de los estudios de género. *Espacios Temáticos*. Recuperado el 8 de junio de 2009, <http://www.psyconet.com/foros/genero/depresivos.htm>
- Meler, I. (2003). El estatuto teórico del cuerpo en los estudios psicoanalíticos de género. Trabajo presentado en las Jornadas de COWAP en la APdeBA del 24, 27 y 28 de Junio de 2003. Recuperado el 8 de junio de 2009 de <http://www.psycoanalisis.com.ar>

- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New Cork: Springer.
- Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43, 38-43.
- Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1995). Experience and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing and Health*, 18, 333-343.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L., & DeJoseph, J.F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing and Health*, 16, 45-56.
- Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity/sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness/anxiety, and social support. *Infant Mental Health Journal*, 25 (1), 47-61.
- Metzoff, A. & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Miller-Loncar, C., Erwin-Loeta, J., Landry, S., Smith, K., & Swank, P. (1998). Characteristics of social support networks of low socioeconomic status african american, anglo american, and mexican american mothers of full term and preterm infants. *Journal of Community Psychology*, 26, 131-143.
- Missio, M. (1993). Observación de la comunicación entre el recién nacido y su madre. Tesis doctoral. Micropublicaciones UAB 1994.
- Missio, M. (2004). Estudio descriptivo cualitativo de las representaciones parentales en el periodo perinatal mediante el cuestionario "Entrevista R". *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 6, 171-200.
- Missonnier, S. (1998). Entre créativité et vulnérabilité: les métamorphoses de la parentalité. En *Psychiatrie Française*, 3, 64-81.
- Missonnier, S. & Solís-Pontón, L. (2002). Parentalidad y embarazo. Convertirse en madre, convertirse en padre: Las interacciones entre los padres y su hijo antes del nacimiento. En L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici* (pp. 75-82). México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Mistral, G. (1981). *Desolación-Ternura-Tala-Lagar*. México: Porrúa.

- Mitchell, J. (1971). *Women's Estate*. New York: Random House.
- Mitchell, J. (1982). *Psicoanálisis y feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- Mitchell, S. & Black, M. (1995). *Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Molénat, F. (1999). El bebé tiene la palabra: aproximaciones a la psicología perinatal. Seminario Internacional. UBA.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyche*, 15 (2), 93-103. Recuperado el 5 julio de 2009 de <http://redalyc.vaemex.mx/src/inicio/ArtPdRed.jsp?!Cue=96715209>
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. París: P.U.F. Collection Le fil rouge.
- Moro, M. R. (1998). Accounter en exil... naitre ailleurs. *Spirale*, 8, 19-30. Citado en: Solís-Pontón, L. La parentalidad en situación de migración. Recuperado el 20 de Enero de 2009 de www.haimh.org/file
- Moro, M. R. (2002). Parentalidad y migración. En L. Solís-Pontón (Ed.), *La parentalidad: desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici*. (pp. 159-163). México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Moro, M. R. (2008). Tratar bien a sus hijos aquí y allá. Un nuevo enfoque. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente*, 12, 19-26. Recuperado el 25 de septiembre de 2009 de www.feap.es/anuarios/2008/pdf/publicaciones-19-2.pdf
- Muir, E., Lojkasek, M., & Cohen, N. (1999). *Watch, wait and wonder. A manual describing a dyadic infant-parents approach to problems in infancy and early childhood*. Ontario, Canada: The Hincks-Dellcrest Center and Institute.
- Nasio, J. D. (Comp.) (1996). *Introducción a la obra de Winnicott, Dolto, Lacan. Grandes psicoanalistas* (Vol. 2). Barcelona: Gedisa.

- Negri, R. (1995). Observation de la vie foetale. En M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Eds.), *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications* (pp. 137-159). París: Eres.
- Norbeck, J. S. & Tilden, V. P. (1993). Life stress, social support, and emocional disequilibrium in complications in pregnancy: A prospective, multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 30-46.
- Nuget, J. K. & Brazelton, T. B. (2006). Preventive intervention with infants and families: The NBAS model. *Infant Mental Health Journal*, 10 (2), 84-99.
- Oakley, A. (1979). *Becoming a mother*. New York: Schochen.
- Offerman-Zuckerberg, J. (1980). Psychological and physical warning signals regarding pregnancy: Adaptation and early psychotherapeutic intervention. En B. Blum (Comp.), *Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding* (pp. 151-173). New York: Human Sciencies Press.
- O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.
- Oiberman, A. (1994). La relación padre-bebé: Una revisión bibliográfica. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 13 (2), 66-72.
- Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé. Inicio de una relación*. La Plata: Ediciones Ciipme-Conicet.
- Oiberman, A. (1998). *Un método de observación de la relación madre-bebé*. Tesis Doctoral presentada en la Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Ciencias Humanas.
- Oiberman, A. (2000). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 1(1), 87-91. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-bebé*. Buenos Aires: Lugar.

- Oiberman, A. (2004). El rostro oculto de la maternidad: El desarrollo del maternaje. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 4, 149-167. Buenos Aires: UBA, Facultad de Psicología.
- Oiberman, A. (Comp.). (2005). *Nacer y después... aportes a la psicología perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Oiberman, A. (2008). *Observando a los bebés: técnicas vinculares madre-bebé y padre-bebé*. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A., Fiszlelew, R., Galíndez, E. & Mercado, A. (1998). Un modelo de entrevista psicológica en situaciones críticas del nacimiento. *Revista Interdisciplinaria*, 15 (1-2), 39-48.
- Oiberman, A., Fiszlelew, R., Vega, E., Di Biasi, S., Galíndez, E. & Pavlinusich, G. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato. *IV Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, UBA.
- Oiberman, A. & Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el postparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24 (3), 100-109.
- Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., Cantello, M., Dehollainz, I., Mercado, A., Lucero, A., & Echeverría, M. (2008). Nuevos dispositivos en salud mental: Construcción de un modelo de trabajo en psicología perinatal. Dispositivos en salud mental. Aportes de la psicología. Premio Estímulo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman, A., Santos, S., & Misic, M. (2011). Dispositivos de Intervención Perinatales (DIP): Instrumentos en Salud Mental Perinatal. Primer Premio Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman, A., Schneider, S., Vega, E., Galíndez, E., Mercado, A., Santos, S., Mansilla, M., & Grisolia, E. (2003). *Nacer y después. Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Ediciones Ciipme-Conicet.
- Oiberman, A., Schoham, C., Galíndez, E., Di Biasi, S., Vega, E., Mercado, A., Mansilla, M., & Grisolia, E. (2000). De la entrevista psicológica al diseño óptico: Detección de factores de riesgo psicosocial en momentos críticos del embarazo y el puerperio. *VIII Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, UBA.
- Oiberman, A., Vega, E., Galíndez, E., & Mercado, A. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato. *VI Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, UBA, 346-358.

- Oiberman, A., Vega, E., Galíndez, E., Mercado, A., Schoham, C., Mansilla, M., & Grisolíá, E. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*, 5 (2), 77-89.
- Oiberman, A., Vega, E., Mercado, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Schoham, C., & Grisolíá, E. (2003). Trastornos de angustia y ansiedad en momentos críticos del nacimiento: Estudio comparativo de dos modelos de entrevista. . *XI Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología, UBA*, 41-50.
- Osofsky, H. (1982). Expectant new fatherhood as a developmental crisis. *Bulletion of the Menninger Clinic*, 46 (3), 209-230.
- Osofsky, H. & Culp, R. E. (1989). Risk factors in the transition to fatherhood. En A. Gurwitt & S. Cath (Eds.), *Fathers and their families* (pp. 145-165). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Osofsky, H. J. & Osofsky, J. (1980). Normal adaptation to pregnancy and new parenthood. En P. M. Taylor (Ed.), *Parent-infant relationships* (pp. 24-48). New York: Grune & Stratton.
- Osofsky, H. J. & Osofsky, J. (1983). Adaptation to pregnancy and new parenthood. En L. Dennerstein & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology* (pp. 249-267). Amsterdam: Elsevier Biomedical Press.
- Osofsky, H. J., Osofsky, J., Culp, R., Krantz, K., Litt, K., & Tobiasen, J. (1985). Transition to parenthood: Risk factors for parents and infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4 (4), 303-315.
- Osofsky, J. (1976). Neonatal characteristics and mother-infant interaction in two observational situations. *Child Development*, 47, 1138-1147.
- Osofsky, J. (1993). Applied psychoanalysis: How research with infants and adolescents at high psychosocial risk informs psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 193-207.
- Osofsky, J. (1995). *Clinical implications of research on affect regulation and emotional availability in high psychosocial risk groups*. 5th IPA Conference on Psychoanalytic Research. Londres: University College.

- Osofsky, J. (1999). Development. Review. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 47, 241-248.
- Osofsky, J. (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New York: Guilford Press.
- Osofsky, J. (2005). Ghosts and angels: How can we find them in the nursery and beyond? *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 525-528.
- Osofsky, J. & Connors, K. (1979). Mother-infant interaction: An integrative view of a complex system. En J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 519-540). New York: Wiley.
- Osofsky, J. & Eberhart-Wright, A. (1988). Affective exchanges between high risk mothers and infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 121-131.
- Pajulo, M., Helenius, H., & Mayes, L. (2006). Prenatal views of baby and parenthood: Association with sociodemographic and pregnancy factors. *Infant Mental Health Journal*, 27 (3), 229-250.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22, 529-544.
- Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique psychothérapeutique avec l'enfant*. París: Bayard Press.
- Palacio-Espasa, F. (2004). Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: Implication for treatment. *Journal of Child Psychotherapy*, 30, 155-171.
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 22, 35-69. Recuperado el 20 julio de 2009 de www.publicaciones.cucshvdg.mx//ppperiod/laventana/volumenes/ventana22.htm
- Papousêk, M. & Papousêk, H. (1990). Excessive crying and intuitive parental care: Buffering support and its failutes in parent-child interaction. *Early Child Development and Care*, 65, 117-126.
- Parens, R. E. (1975). Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 23, 154-165.

- Parens, R. E. (1999). On the mothers' emotional investment in their babies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 16, 25-49.
- Parke, R. D. (1981). *Fathers*. Cambridge: Harvard University Press.
- Parke, R. D. (1986). Fathers and families. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Being and becoming a parent* (Vol. 1, pp. 27-74). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Parke, R. D. & Tinsley, E. (1987). Fathers as agents and recipients of support in the postnatal period. En Z. Boukydis (Ed.), *Support for parents in the postnatal period*. New York: Ablex. Citado en: A. Oiberman (2008), *Observando a los bebés...técnicas vinculares madre-bebé padre-bebé* (p. 86). Buenos Aires: Lugar.
- Parker, R. (1995). *Mother love/ mother hate*. New York: Basic Books.
- Parodi, T. (1997). Esa musiquita. En *Señales de Vida* [CD]. Buenos Aires: Sony Music.
- Pianta, R. C. & Egeland, B. (1990). Life stress and parenting outcomes in a disadvantaged sample: Results of the mother-child interaction project. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 329-326.
- Pianta, R.C., Egeland, B., & Sroufe, L.A. (1990). Maternal stress and children's development: Prediction of school outcome and identification of protective factors. En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 215-235). New York: Cambridge University Press.
- Pianta, R. C., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1989). Continuity and discontinuity in maternal sensitivity at 6, 24 and 42 months in a high risk sample. *Child Development*, 60, 481-487.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychiatry*, 45, 333-343.
- Pines, D. (1978). On becoming a parent. *Journal of Child Psychotherapy*, 4 (4), 19-31.

- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 311-319.
- Pines, D. (1993). *A woman's unconscious use of her body*. New Haven: Yale University Press (1994).
- Piontelli, A. (2002). *Del feto al niño. Un estudio observacional y psicoanalítico*. Barcelona: Espaxs.
- Pizzinato, A. & Calessio-Moreira, M. (2007). Identidad, maternidad y feminilidad: retos de la contemporaneidad. *Psico*, 38(3), 224-232. Recuperado 8 de julio 2010 de <http://revistaselectronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2883/2178>
- Pohlman, E. (1968). Changes from rejection to acceptance of pregnancy. *Social Science and Medicine*, 2 (3), 337-340.
- Pohlman, E. (1969). *The psychology of birth planning*. Cambridge, Mass.: Shenkman
- Price, J. (1988). *Motherhood : What it does to your mind*. Londres: Pandora.
- Quiróz Tejada, P. (2001) *La calidad de las relaciones objetales y la interacción madre-bebé en un grupo de madres adolescentes*. Tesis Doctoral presentada en la Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Psicología.
- Racamier, P. (1979) *De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques*. París: Payot.
- Racamier, P. (1984a). *Mère mortifère, mère neutrière, m`ere mortifiè*. París: E.S.F.
- Racamier, P. (1984b). A propos des psychoses sur la maternité. En *Mère mortifère, mère neutrière, m`ere mortifiè*. París: E.S.F. Citado en: A. Oiberman (2004), El rostro oculto de la maternidad: El desarrollo del maternaje. (p. 153). *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 4, 149-167. Buenos Aires: UBA, Facultad de Psicología.
- Racamier, P., Sens, C., & Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 26(4), 525-570.
- Raphael-Leff, J. (1982). Psychotherapeutic needs of the mothers-to-be. *Journal of Child Psychotherapy*, 8 (1), 3-13.

- Raphael-Leff, J. (1991a). *Psychological process of childbearing*. Londres: Chapman & Hall.
- Raphael-Leff, J. (1991b). Psychotherapy and pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 119-135.
- Raphael-Leff, J. (1991c). The mother as container: Placenta process and inner space. *Feminism and Psychology*, 1, 393-408.
- Raphael-Leff, J. (1995). *Pregnancy: The inside story*. New Jersey: Aronson.
- Raphael-Leff, J. (1996). Pregnancy-procreative process, the 'placental paradigm', and perinatal therapy. *Journal American Psychoanalytic Association*, 44, 373-399.
- Raphael-Leff, J. (1998). *Female Experience: Four generations of British women psychoanalysts on work with women*. Londres: The Anna Freud Center.
- Rautava, P., Lehtonen, H., Helenius, H., & Silanpaa, M. (1995). Infantile colic: Child and family three years later. *Pediatrics*, 92, 551-558.
- Rech Viegas, V. (2004). El comportamiento neonatal de prematuros hospitalizados y la interacción con sus madres. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 6, 303-324. UCES.
- Rexford, E., Sander, L., & Shapiro, T. (1976). *Infant psychiatry: A new synthesis*. New Haven: Yale University Press.
- Reyes de Polanco, N. (2000). Aspectos psicológicos y sociales de las fantasías fecundantes. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, realizado en Gramado, Brasil, Septiembre 2000. Factores culturales en la estructuración de la personalidad e identidad en niños y adolescentes.
- Rheingold, H. (1961). The effect of environment and stimulation upon social and exploratory behavior in the human infant. En B. Foss (Comp.), *Determinants of infant behavior* (Vol 1). New York: John Wiley.
- Rheingold, J. (1964). *The fear of being a woman: A theory of maternal destructiveness*. New York: Grune & Stratton.

- Ribes, E. & López, F. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes, *Problemas conceptuales del análisis del comportamiento humano*. México: Tillas. Citado en: F. Morales Calatayud (1999), *Introducción a la psicología de la salud* (p. 127). Buenos Aires: Paidós.
- Rich, A. (1979). Motherhood: The Contemporary Emergency and the quantum leap. En *On lies, secrets and silences: Selected prose 1966-1978*. New York: Norton & Company
- Ricks, M. (1985). The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. Monographas for the Society of Research. *Child Development*, 50 (1-2, 209).
- Robert-Tissot, C., Serpa-Rusconi, S., Bachman, J.P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., ... Stern, D. (1989). L'entretien "R", une methode d'évaluation des representations maternelles. En S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Eds.). *L'évaluation des interactions precoces entre l'bébé et ses partenaires*. París: Eshel.
- Robertson, J. (1951). *A two year old goes to hospital*. [video] Tavistock Child Development Research Unit. New York University Film Library, New York.
- Robertson, J. & Robertson, J. (1989). *Separation and the very young*. Londres: Free Association Books.
- Robinson, B. & Barret, R. (1983). *The developing father*. New York: Guilford Press.
- Robson, K. S. (1967). The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 13-25.
- Rodríguez Jaume, M. J. & Perensón, C. (2008). Globalización y migración latinoamericana en España. Una mirada a las familias transnacionales. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- Rodríguez Ponte, M. & Ruiz, A. L. (2004). Creación de un espacio psíquico durante el embarazo en tiempos de crisis. *Cuestiones de Infancia Revista de Psicoanálisis con Niños* (UCES), 150-163.

- Rubin, R. (1967a). Attainment of the maternal role. Part I: Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245.
- Rubin, R. (1967b). Attainment of the maternal role. Part II: Models and referents. *Nursing Research*, 16, 342-346.
- Ruddick, S. (1980). Maternal thinking. *Feminist Studies*, 6 (3), 343-367.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking*. Boston: Beacon Press.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. En M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology. Social competence in children*. (Vol. 3, pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M., Quinton, D., & Liddle, C. (1983). Parenting in two generations: Looking backwards and looking forwards. En N. Madge (Ed.), *Families at risk* (pp. 60-98). Londres: Heinemann Educational.
- Salvatierra Mateu, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Sameroff, A. & Fiese, B. (2000). Models of development and developmental risk. En Ch. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2a ed., pp. 3-19). New York: Guilford Press.
- Sameroff, A., Lewis, M., & Millar, S. (Eds.). (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum.
- Sami-Alí, M. (1997). *El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático*. Buenos Aires: Amorrortu (2000).
- Sander, L. (1980). *Contribuciones al estudio del desarrollo del self*. Buenos Aires: Apdeba. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés... estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo* (p. 74). Buenos Aires: Lugar.
- Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 128-145.
- Sarriera, J. C. (2000). Educação para integração entre culturas e povos: da aculturação para o multiculturalismo. En J. C. Sarriera (Comp.), *Psicologia comunitária: estudos atuais* (p. 179-202). Porto Alegre: Sulina.

- Sarriera, J. C., Pizzinato, A., & Rangel, M. P. P. (2005). Aspectos psicosociais da imigração familiar na Grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia, 10* (1), 5-13.
- Saunders, D. G. (1994). Post-traumatic stress symptoms profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims, 9*, 31-44.
- Sayad, A. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. París: Le Seuil.
- Sayre, J. M., Pianta, R. C., Marvin, R. S., & Saft, E. W. (2001). Mother's representations of relationships with their children: Relations with mother characteristics and feeding sensitivity. *Journal of Pediatric Psychology, 26*, 375-384.
- Schechter, D. S. (2004). How post-traumatic stress affects mother's perceptions of their babies: A brief video feedback intervention makes a difference. *Zero to Three, 24* (3), 43-40.
- Schejtman, C. (Comp.) (2008). *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. Buenos Aires: Akadia.
- Schejtman, C., Vardy, I., Leonardelli, E., Silver, R., Umansky, E., Lapidus, A., Mendez, S., ... Zucchi, A. (2004). Estudio de la expresividad emocional y la regulación afectiva en díadas madre-bebé durante el primer año de vida de sus hijos. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, Sociedad y Cultura*, Tomo III, 275-277. Facultad de Psicología, UBA. Citado en: C. Schejtman (Comp.), *Primera infancia psicoanálisis e investigación* (p. 42). Buenos Aires: Akadia.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. New Jersey: Hillsdale.
- Schore, A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 59-88.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 291-269.
- Schore, A. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 16*, 249-264.

- Schore, A. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect dysregulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Seifer, R. (1995). Perils and pitfalls of high risk research. *Developmental Psychology*, 31, 420- 424.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Anagnostopolou, R., & Elias, P. K. (1992). Mother-infant interaction during the first year: Effects of situation, maternal illness and demographic factors. *Infant Behavior and Development*, 15, 405-426.
- Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A. J., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 32, 12-25.
- Serrano, C. (2002). Reseña del libro de Jessica Benjamin *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación* (1988). Buenos Aires: Paidós (1996). *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 12. Disponible en www.aperturas.org
- Serrat, J. M. (1974). De Parto. En *Joan Manuel Serrat* [CD]. Madrid:Zafiro/Novola
- Sevon, E. (2005). Timing motherhood: Experiencing and narrating the choice to become a mother. *Feminism & Psychology*, 15, 4, 461.
- Shaver, P. R. & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 473-501.
- Shea, E. & Tronick, Z. (1988). The maternal self-report inventory: A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. En H. E. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioral pediatrics* (pp. 101-140). New York: Plenum Press.
- Shereshefsky, P. M. & Yarrow, L.J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. New York: Raven Press. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 53; p. 162). Barcelona: Martínez Roca.

- Shorter, E. (1975). *The making of the modern family*. New York: Basic Books.
- Singh, U. & Sexena, M. (1991). Anxiety during pregnancy and after birth. *Psychological Studies*, 36, 108-111.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siqueland, E. & Lipsitt, L. (1966). Conditioned head-turning behavior in newborns. *Journal of Experimental Child Psychology*, 3, 356-376.
- Silverman R. C. & Lieberman, A. (1999). Negative maternal attributions, projective identification, and the intergenerational transmission of violent relational patterns. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 161-186.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research. Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 575-594). New York: Guilford Press.
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: a critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three*, 22, (6), 10-16.
- Slade, A. (2004). Minding the baby: A reflective parenting program. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74-100.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7 (3), 269-281.
- Slade, A. (2010). Attachment, mentalization and fear: Their role in the clinical process. Trabajo Presentado en Memorial Regional Hospital, Hollywood, Florida, el 27 de Febrero de 2010.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J.L. (1999). Mothers' representations of their relationship with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35, 611-619.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienerberg, J., Wohlgemuth Levy, D., & Locker, A. (2005). *Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual, for use with the Parent Developmental Interview, Version 2.0*. New York: New York University Press.

- Slade, A. & Cohen, L. J. (1996). The process of parenting and remembrance of things past. *Infant Mental Health Journal*, 17 (3), 217-238.
- Slade, A., Haganir, L., Grunebaum, L., & Reeves, M. (1987). *The pregnancy interview*. New York: New York University Press.
- Slade, A., Sadler, L., Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the baby: A Reflective Parenting Program. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74-100.
- Smith, J. (1999). Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *The British Journal of Social Psychology*, 38, (4), 409-428.
- Soifer, R. (1971). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Kargieman (1992).
- Solís-Pontón, L. (Ed.). (2002), *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici*. México, DF: El Manual Moderno (2004).
- Solomon, J. & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17, 183-197.
- Soulé, M. (1970). *L'enfant et son corps*. París: PUF. Citado en: A. Oiberman (2001), *Observando a los bebés... estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo* (pp. 54-57). Buenos Aires: Lugar.
- Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. En T. B. Brazelton (Ed.), *La dynamique du nourrisson*. París: ESF.
- Soulé, M. (1990). La madre che lavora sufficientemente a maglia. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 57, 794-753.
- Soulé, M., Gourand, L. Missonnier, S., & Soubieux, M. J. (1999). *Ecoute voir ... L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation*. Toulouse: Erès.
- Speitzer, I., Santelli, J., Aftable-Munsuz, A., & Kendall, C. (2004). Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 36, (5), 198-205.

- Spielvogel, A. M. & Hohener, H. C. (1995). Denial of pregnancy: A review and case reports. *Births*, 22 (4), 220-226.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. (1946a). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Spitz, R. (1946b). Hospitalism: A follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica (1969).
- Sroufe, L. A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. En J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1990). An organizational perspective on the self. En D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 281-307). Chicago: University of Chicago Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Standley, K., Soulé, B., & Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 22-26. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 46). Barcelona: Martínez-Roca.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- Stepakoff, S., Beebe, B., & Jaffe, J. (2000). Mother-infant tactile communication at four months. Poster presentado en la Conferencia Internacional de Estudios del Infante, Brighton, Inglaterra, Julio 2000.

- Stepakoff, S., Beebe, B., & Jaffe, J. (2008). Mother-infant tactile communication at four months: The role of infant gender, maternal ethnicity, and maternal depression. New York: Psychiatric Institute Press.
- Stern, D. (1971). A microanalysis of the mother-infant interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 501-507.
- Stern, D. (1974). The goal and structure of mother-infant play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13, 402-421.
- Stern, D. (1977). *The first relationship*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1988). Affect in the context of the infant's lived experience: Some considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 233-238.
- Stern, D. (1990). *Diario de un bebé*. Buenos Aires: Paidós (1999).
- Stern, D. (1991). Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 174-186.
- Stern, D. (1995). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós (1997).
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *El nacimiento de una madre. Como la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Barcelona: Paidós (1999).
- Stifter, C. A. & Wiggins, C. N. (1994). Assessment of disturbances in emotion regulation and temperament. En R. Del Carmen, C. Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment* (pp. 79-103). New York: Oxford University Press.

- St. James-Roberts, I. & Wolke, D. (1986). Bases for a socially referenced approach to temperament. En G. A. Kohnstamm (Comp.), *Temperament discussed: Temperament and development in infancy and childhood* (pp. 17-26). Lisse, Holanda: Swets & Zeitlinger.
- St. James-Roberts, I. & Wolke, D. (1988). Convergences and discrepancies among mothers' and professionals' assessments of difficult neonatal behaviour. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines*, 29, 21-42.
- Surrey, J. (1994). The mother-daughter relationship: Themes in psychotherapy. En J. van Mens-Verhulst, K. Schreurs & L. Woertman (Eds.), *Daughtering and mothering: Female subjectivity reanalysed* (pp. 114-124). New York: Routledge.
- Szewczyk Sokolowski, M., Hans, S. L., Bernstein, V., & Cox, S. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social contextual variables in a high risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28 (3), 344-365.
- Target, M. & Fonagy, P. (1996). Playing with reality. II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-479.
- Taylor, R., Roberts, D., & Jacobson, L. (1997). Stressful life events, psychological well-being, and parenting in African American mothers. *Journal of Family Psychology*, 11, 436-446.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers and infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- The Early Childhood Initiative Foundation & United Way of Miami-Dade. (1997). *I am your child: The first years last forever* [video]. www.teachmorelovemore.org
- Thomaz, A. C., Lima, A. R., Tavares, C. H., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 139-146. Recuperado el 20 septiembre de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26110116.pdf>
- Thompson, R. A. (1995). *Preventing child maltreatment through social support: A critical analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Ticho, G. (1971). Cultural aspects of transference and countertransference. *Bulletin Menninger Clinic*, 35, 313-326.
- Tizón J. L. (1991). La observación terapéutica del niño junto con su madre en la clínica infantil. *Clínica y Análisis Grupal*, 13 (3), 417-443.
- Tizón J. L. (1999). El pediatra, la salud mental y los equipos de salud. En J. Sasot & F. Moraga (Eds.), *Psicopediatría en atención primaria* (pp. 83-101). Barcelona: Prous Science.
- Tizón, J. L. (2001). Atendiendo el sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En J. Sasot & F. Moraga (Eds.), *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad* (pp. 145-167). Barcelona: Prous Science.
- Tizón, J. L., Salamero, M., Pellegrero, N., Sáinz, F., Atxotegi, J., San José, J., & Díaz-Munguira, J. M. (1993). Migraciones y salud mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada de Cataluña. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Trad, P.V. (1990). Emergence and resolution of ambivalence in expectant mothers. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 577-589.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infant. *Journal of American Psychology*, 44, 112-119.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick, E. & Cohn, J. (1989). Infant mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordinations. *Child Development*, 60, 85-91.
- Tronick, E., Cohn, J., & Dhea, E. (1986). The transfer of affect between mothers and infants. En T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 11-25). Norwood, NJ: Ablex.
- Tronick, E. & Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to Three*, 6 (3).
- Tronick, E., Ricks, M., & Cohn, J. (1982). Maternal and infant affective exchange: Patterns of adaptation. En T. Field & A. Fogel (Eds.), *Emotion and early interaction* (pp. 83-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Trowell, J. & Etchegoyen, A. (2002). *The importance of fathers. A psychoanalytic reevaluation*. Londres: The Institute of Psychoanalysis.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- Tubert, S. (1993). Demanda de hijo y deseo de ser madre. *Debate Feminista*, 8 (8), 349-355.
- Tubert, S. (1996). Introducción. En S. Tubert (Comp.), *Figuras de la madre* (pp. 7-37). Valencia: Universitat de Valencia-Instituto de la Mujer.
- Tulman, L. & Fawcett, J. (2003). *Women's health during and after pregnancy: A theory-based study of adaptation and change*. New York: Springer.
- Tulman, L., Fawcett, J., Groblewski, L., & Silverman, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research*, 39, 70-75.
- Tyson, P. (1991). Some nuclear conflicts of infantile neurosis in female development. *Psychoanalytic Inquire*, 11, 582-601.
- Tyson, P. (1994). Bedrock and beyond: An examination of the clinical utility of contemporary theories of female psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 447-467.
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkerl, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 59, 147-156.
- van Mens-Verhulst, J., Schreurs, K., & Woertman, L. (Eds.). (1994). *Daughtering and mothering: Female subjectivity reanalysed*. New York: Routledge.

- Vardy, I. & Schejtman, C. (2008). Afectos y regulación afectiva. Un desafío bifronte en la primera infancia. En Schejtman, C. (Comp.). *Primera infancia psicoanálisis e investigación*. (p. 53-70). Buenos Aires: Akadia.
- Vásquez, A. & Araujo, A. M. (1990). *La maldición de Ulises. Repercusiones psicológicas del exilio*. Santiago: Sudamericana.
- Veccia, T. A. (2003). Teoría y práctica de la entrevista. Su aplicación a procesos diagnósticos. Validez y confiabilidad del instrumento. En *Diagnóstico de la personalidad. Desarrollos actuales y estrategias combinadas* (2a ed.) Buenos Aires: Lugar.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología: rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar.
- Vidal, G., Alarcón, R., & Lolas, F. (1995). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Tomo I. Buenos Aires: Médica Iberoamericana.
- Voland, E., Chasiotis, A., & Schiefenhövel, W. (Eds.) (2005). *Grandmotherhood: The evolutionary significance of the second half of female life*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Volkan, V. D. (1993) Immigrants and refugees: A psychodynamic perspective. *Mind and Human Interaction*, 4, 63-69.
- Von Mering, O. & Mulhare, M. (1970). Perspectivas antropológicas sobre el proceso de socialización. En J. Anthony & T. Benedek (Comps.). (1970), *Parentalidad* (pp. 70-96). Buenos Aires: Amorrortu (1983).
- Wallon, H. (1941). *La evolución psicológica del niño*. México: Grijalbo (1975).
- Warren, J. & Brewis, J. (2004). Matter over mind? Examining the experience of pregnancy. *Sociology: The Journal of the British Sociological Association*, 38 (2), 219-236.
- Waters, M. C. (1990) *Ethnic options: Choosing identities in America*. Berkeley: University California Press.
- Webster-Stratton, C. (1998). Parent training with low income families. Promoting parental engagement through a collaborative approach. En J. R. Lutzker (Ed.), *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 183-210). New York: Plenum.

- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. En C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- Wellson, E. (1988). *Mother, madonna, whore. The idealization and denigration of motherhood*. Londres: Free Association Books.
- Wenderlein, J. M (1977). Aspectos psicossomáticos y psicosociales en ginecología. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 56). Barcelona: Martínez-Roca.
- Wenner, N. K., Cohen, M. B., Weigert, E. V., Kvarnes, R. G., Ohaneson, E. M., & Fearing, J. M. (1969). Emotional problems in pregnancy. *Psychiatry*, 32, 389-410.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- William, G. (1957). Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence. *Evolution*, 11, 398-411.
- Winget, C. & Kapp, F. (1972). The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primiparae. *Journal of American Psychosomatic Medicine*, 34 (4), 313-320. Citado en: V. Salvatierra Mateu (1989), *Psicobiología del embarazo y sus trastornos* (p. 133). Barcelona: Martínez-Roca.
- Winnicott, D. (1945a). Desarrollo emocional primitivo. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 199-214). Buenos Aires: Paidós (1999).
- Winnicott, D. (1945b). El niño evacuado. En *Deprivación y delincuencia* (pp. 53-58). Buenos Aires: Paidós (1996).
- Winnicott, D. (1945c). El regreso al hogar. En *Deprivación y delincuencia* (pp. 65-70). Buenos Aires: Paidós (1996).
- Winnicott, D. (1945d). El retorno del niño evacuado. En *Deprivación y delincuencia* (pp. 59-64). Buenos Aires: Paidós (1996).
- Winnicott, D. (1947). El odio en la contratransferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 215-236). Buenos Aires: Paidós (1999).

- Winnicott, D. (1948). Pediatría y psiquiatría. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 215-236). Buenos Aires: Paidós (1999).
- Winnicott, D. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 325-340). Buenos Aires: Paidós (1999).
- Winnicott, D. (1950). Algunas reflexiones sobre el significado de la palabra “democracia”. En *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista* (pp. 275-299). Buenos Aires: Paidós (1994).
- Winnicott, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 307-324). Buenos Aires: Paidós (1999).
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. (1955). Las influencias grupales y el niño inadaptado: El aspecto escolar. En *Deprivación y delincuencia* (pp. 220-231). Buenos Aires: Paidós (1996).
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397- 404). Buenos Aires: Paidós (1999).
- Winnicott, D. (1957). La contribución de la madre a la sociedad. En *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista* (pp. 143-148). Buenos Aires: Paidós (1994).
- Winnicott, D. (1958a). El primer año de vida. En *La familia y el desarrollo del individuo* (4a ed., pp. 15-28). Buenos Aires: Lumen-Hormé (1995).
- Winnicott, D. (1958b). El psicoanálisis y el sentimiento de culpa. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 17-35). Buenos Aires: Paidós (1993).
- Winnicott, D. (1958c). *Through paediatrics to psychoanalysis*. Londres: Hogarth Press.

- Winnicott, D. (1960a). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Buenos Aires: Paidós (1993).
- Winnicott, D. (1960b). La relación inicial de una madre con su bebé. En *La familia y el desarrollo del individuo* (4a ed., pp. 29-35). Buenos Aires: Lumen-Hormé (1995).
- Winnicott, D. (1960c). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 47-82). Buenos Aires: Paidós (1993).
- Winnicott, D. W. (1963). El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 95-107). Buenos Aires: Paidós (1993).
- Winnicott, D. (1964a). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé. (1980).
- Winnicott, D. (1964b). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 122-129). Buenos Aires: Paidós (1991).
- Winnicott, D. (1964c). El recién nacido y su madre. En *Los bebés y sus madres* (pp. 55-72). Buenos Aires: Paidós (1990).
- Winnicott, D. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International University Press.
- Winnicott, D. (1967). El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y juego* (pp. 147-155). Barcelona: Gedisa (1971).
- Winnicott, D. (1968). Aprendizaje infantil. En *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista* (pp. 164-172). Buenos Aires: Paidós (1994).
- Winnicott, D. (1969). La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 299-310). Buenos Aires: Paidós (1991).

- Winnicott, D. (1970). La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé. En J. Anthony & T. Benedek (Comps.), *Parentalidad* (pp. 250-261). Buenos Aires: Amorrortu.
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1987). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós (1990).
- Wolff, E. (1994) Selfobject experiences: development, psychopathology, treatment. En S. Kramer & S. Akhtar (Eds.), *Mahler and Kohut: Perspectives on Development, Psychopathology and Treatment* (pp. 65-96). Northvale, NJ: Aronson (1994).
- Wolke, D. (1997). Las percepciones de los padres utilizadas como guías se las sesiones clínicas con la NBAS. En T. B. Brazelton & K. J. Nugent (1997), *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal* (pp. 149-158). Barcelona: Paidós.
- Wolke D. & St. James-Roberts, I. (1986). Maternal affective-cognitive processes in the perception of new-born difficultness. En G. A. Kohnstamm (Comp.), *Temperament discussed: Temperament and development in infancy and childhood* (pp. 27-34). Lisse, Holanda: Swets & Zeitlinger.
- Wolke, D. & St. James-Roberts, I. (1987). Multi-method measurement of the early parent-infant system with easy and difficult newborns. En H. Rauh & H. C. Steinhausen (Comps.), *Psychobiology and early development* (pp. 49-70). Amsterdam, North Holland: Elsevier.
- Woollett, A., Dosanjh N., Nicolson, P., Marshall, H., Djanbakhch, O., & Hadlow, J. (1995). The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in East London: Part I. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 65-84.
- Zambrana, R., Scrimshaw, S., Collins, N., & Dunkel-Schetter, C. (1997). Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: The role of acculturation. *American Journal of Public Health*, 87, 1022-1026.
- Zeanah, Ch. (1993) *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Zeanah, Ch. (1998). *Emotional development: Perspectives on the role of maternal perceptions of emotions and internal working models of attachment*. Trabajo presentado a la conferencia bienal International 11th Biennial Conference on Infant Studies, realizado en Atlanta del 2 al 5 de Abril de 1998.

- Zeanah, Ch. & Barton, M. (1989). Internal representations and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 10, 135-141.
- Zeanah, Ch. & Barton, M. (1991). Representing the internal world. *Infant Mental Health Journal*, 12, 130-133.
- Zeanah, Ch. & Barton, M. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539-554.
- Zeanah, Ch. & Benoit, D. (1995). Clinical implications of parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4 (3), 539-554.
- Zeanah, Ch., Benoit, D., Barton, M., Regan, C., Hirschberg, L., & Lipsitt, L. (1993). Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 278-286.
- Zeanah, Ch., Benoit, D., Hirschberg, L., & Barton, M. (1986). Working model of the child interview: Rating scales and classification. New Orleans: Louisiana State University.
- Zeanah, Ch., Benoit, D., Hirschberg, L., Barton, M., & Regan, C. (1994). Mothers' representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology*, 1, 9-18.
- Zeanah, Ch., Boris, N., & Lieberman, A. (2000). Attachment disorders in infancy. En A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 293-304). New York: Plenum.
- Zeanah, Ch., Finley-Belgrad, E., & Benoit, D. (1997). Intergenerational transmission of relationship psychopathology: A mother-infant case study. En L. Atkinson & J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology*. (pp. 293-318). New York: Guilford Press.
- Zeanah, Ch., Keener, M., & Anders, T. (1986). Developing perceptions of temperament and their relation to mother infant behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 499-512.
- Zeanah, Ch., Keener, M., Stewart, L., & Anders, T. (1985). Prenatal perception of infant personality: A preliminary investigation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 204-210.

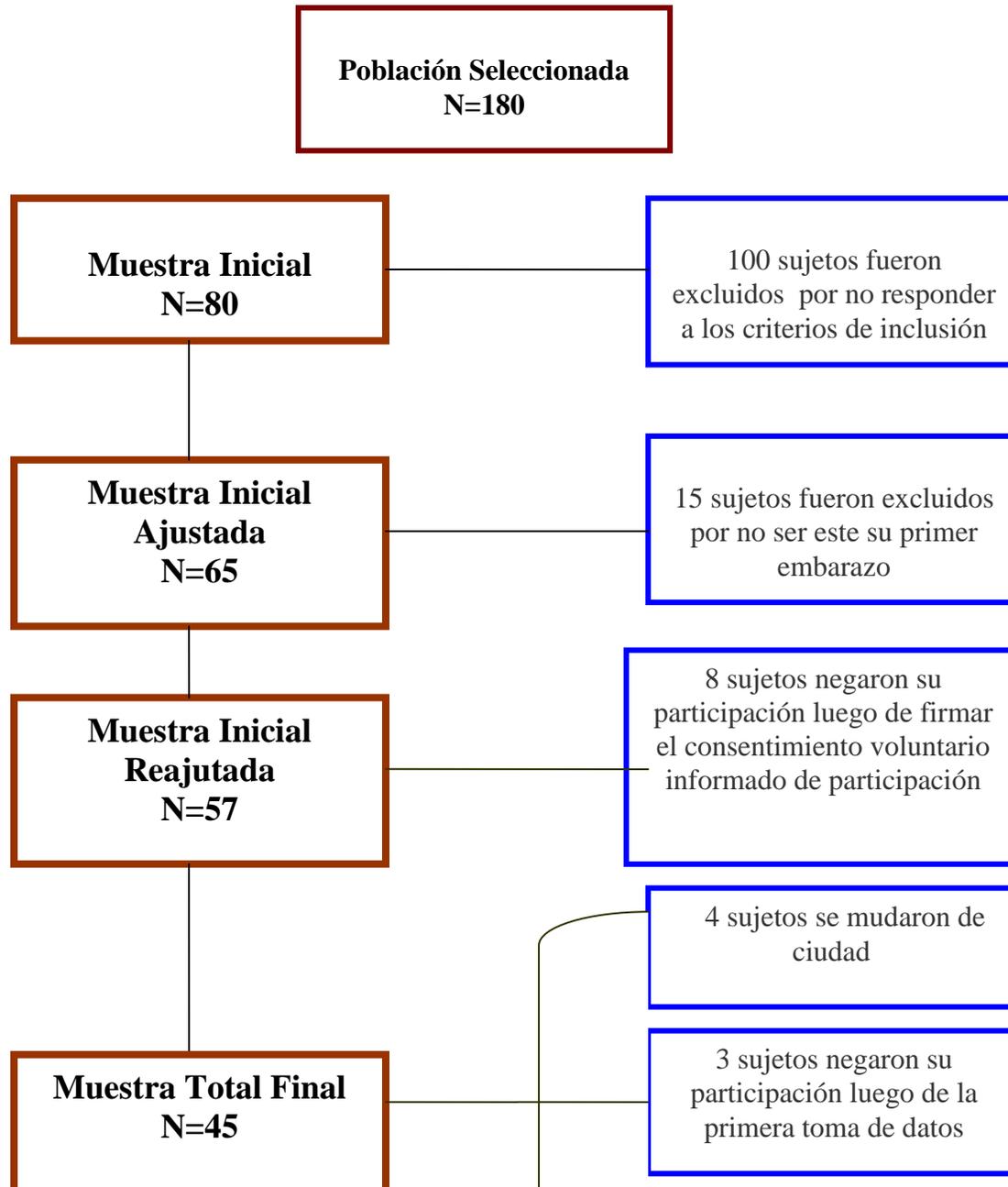
Zeanah, Ch., Mammen, O., & Lieberman, A. (1993). Disorders of attachment. En Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 332-349). New York: Guilford Press.

Zeanah, Ch. & Scheeringa, M.S. (1997). The experience and effects of violence in infancy. En J. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 97-123). New York: Guilford Press.

Zeskind, P. S. & Lester, B. M. (1978). Acoustic features and auditory perceptions of the cries of newborns with prenatal and perinatal complications. *Child Development*, 49, 580-589.

ANEXO 1

Selección de la Muestra



ESQUEMA DE VARIABLES

Variables Demográficas

Edad de la madre
Situación Pareja
Nivel educativo
Profesión de la madre en país de origen
Ocupación de la madre en país de acogida
Estatus Económico
País de origin
Motivo Migración
Años de migrada

Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo

Planificación
Aceptación del embarazo
Imaginó/soño el bebé
Se movía el bebé
Fue buscado
Se sintió físicamente
Se sintió emocionalmente
Life event pareja
Trimestre del LE pareja
Life event Muertes

**Psicosocial de Diseño Óptico
(Oberman et al., 2000)**

Trimestre del LE muertes
Life event Social
Trimestre LE Social
Life event Problema actual
Trimestre de LE Problema actual
Embarazo en sí mismo como life event
Parto en sí mismo como life event
Problemas físicos durante el embarazo
Problemas psicológicos en el embarazo
Conflictos infantiles
Red familiar
Red social

**Cuestionario de Evaluación
Prenatal (PSQ; Lederman &
Lederman, 1984a;
(adapt.) Asenjo et al., 2007)**

Aceptación del Embarazo
Identificación con Rol Materno
Calidad Relación con la Madre

Calidad Relación con la Pareja
Preparación al Parto
Preocupación Bienestar Propio y Bebé

Bebé Alerta-Interés
Bebé Inestable-Irregular

**Escala Mamá-Bebé Parte A
(MABS; Wolke & St. James-
Roberts, 1987)**

Falta de Seguridad en el Cuidado del
Bebé

Temperamento Fácil

Nivel General de Seguridad

**Técnica de Observación
del Vínculo Madre-Bebé
(Oberman, 2001)**

Función Visual

Función Corporal

Función Verbal

Comunicación Visual

Comunicación Corporal

Comunicación Verbal

Función Sostén

Observación Puntaje (1 RA Y 2DA 9BS)

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad:

2. ¿Primer Embarazo? **Si** **No**

3. Fecha en la que entra al tercer trimestre de gestación:

4. Fecha probable de parto:

6. País de Origen: _____

7. Años de Emigrada: _____

8. Motivo de Emigración: _____

9. Estatus Económico: _____

9. Nivel Educativo (estudios completados): _____

10. Profesión: _____

11. Ocupación (actividad a la que se dedica): _____

ANEXO 3

ENTREVISTA PSICOLOGICA DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DE DISEÑO OPTICO (Oiberman et al., 2000)

Entrevista de Diseño Optico					
Nombre de la Madre: _____					
Madre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Situación de la Pareja					
Estable/ Conv	<input type="checkbox"/>	Sola c/apoyo Fliar			<input type="checkbox"/>
Estable/ No Conv.	<input type="checkbox"/>	Sola s/apoyo Fliar			<input type="checkbox"/>
Inestable	<input type="checkbox"/>	Separac. Dur. Emb.			<input type="checkbox"/>
EMBARAZO		Si	No	DURANTE EL EMBARAZO	
Llego, vino sin avisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sintio: Físicamente		
Aceptacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emocionalmente		
Controles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>
Imagino/sño al bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal	<input type="checkbox"/>
Se movia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Buscado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sucesos Significativos (Mencionado como tales por la madre)			Ultimo Año (Si fue durante el embarazo/cual trimestre)	Años Anteriores	
Pareja	Separacion durante el embarazo	○		○	

Familiar	○	○	○	○	
Social	○	○	○	○	

Tomado de Entrevista Psicológica de Factores de Riesgo Psicosocial (Oiberman et al., 2000)

ANEXO 4

CUESTIONARIO EVALUACION PRENATAL (PSQ; Lederman & Lederman, 1984; adaptación de Asenjo, Chamarro Luser & García-Dié Muñoz, 2007)

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION PRENATAL (Adaptación del PSQ)

Las siguientes afirmaciones estan hechas para mujeres embarazadas, con la intención de descubrirse a sí misma. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor dercriba sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

A= Mucho B= Con frecuencia C= A veces D= Nunca

COD.	DIMENSION	AFIRMACION	PUNTUACION			
			A	B	C	D
	AE	1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada				
	AE	2. Puedo tolerar las molestias del embarazo				
	RP	3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				
	RP	4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	PA	5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
	RM	6. Mi madre está ilusionada con este bebé que espero				
R	PB	7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
R	PB	8. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
	RM	9. Mi madre está contenta con mi embarazo				
	RM	10. Mi madre me da buenos consejos				
	RP	11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre mi embarazo				
	PA	12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
	PA	13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				

	RM	14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
	RP	15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	PB	16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
	RM	17. Mi madre ya espera a su nieto				
R	PB	18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
	RP	19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
	RP	20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				
R	PB	21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
R	RM	22. Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos a menudo				
	PA	23. Estoy preparada para el parto				
	PA	24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
R	PB	25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
	PA	26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
	RP	27. En el momento de tomar decisiones, con mi marido siempre nos ponemos de acuerdo				
	RM	28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
	PA	29. Me siento bien informada sobre el parto				
	PB	30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
	AE	31. Me cuesta aceptar este embarazo				
	RM	32. Mi madre me anima que haga las cosas a mi manera				
	AE	33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
R	AE	34. Ojalá no estuviera embarazada				
R	PB	35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
R	RM	36. Mi madre critica mis decisiones				
R	PB	37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
	RP	38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé				
	MI	39. Ya siento afecto por el bebé				
	MI	40. Creo que puedo ser una buena madre				
	MI	41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				

	MI	42. Estoy feliz con este embarazo					
--	----	-----------------------------------	--	--	--	--	--

R= Invertir la puntuación del ítem para la corrección

Tomado de Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ)

Autor Lederman

& Lederman,1984

Validación y adaptación Asenjo et al., 2007

ANEXO 5

ESCALA MAMA-BEBE. PARTE A (MABS, D. Wolke & I. St. James-Roberts, 1987)

Anexo 9

Escala Mamá- Bebé Parte A (MABS)

A: Su bebé y sus sentimientos

A continuación se dan una serie de informaciones sobre la conducta y sentimientos del bebé y de sus padres. Por favor responda a cada pregunta marcando uno de los números CON UN CIRCULO. <0> indica que la conducta o sentimiento no se da <nunca>. Las opciones <1,2,3,4> indican grados crecientes de frecuencia, y el <5> indica que la conducta o sentimiento ocurren <con mucha frecuencia>.

0 = Nunca		1,2,3,4 = Grados crecientes de frecuencia	5 = Con mucha frecuencia					
Código*	Escala**	Nada/ Nunca	Mucho/ Con mucha Frecuencia					
A	Cuando le hablo a mi bebé, parece darse cuenta	0	1	2	3	4	5	
II	Mi bebé se agita antes de calmarse/tranquilizarse	0	1	2	3	4	5	
FSCB	Me siento insegura cuando me bebé llora	0	1	2	3	4	5	
II	Mi bebé se agita o llora en momentos en que yo sé que no esta hambriento	0	1	2	3	4	5	
R	II	Mi bebé se calma/ tranquiliza rápida y fácilmente	0	1	2	3	4	5
R	FSCB	Me siento segura para cuidar de mi bebé	0	1	2	3	4	5
A		Mi bebé observa mi cara	0	1	2	3	4	5
II		Durante las últimas 24 horas he tenido que arrullar a	0	1	2	3	4	5

	mi bebé para que se calmase después de una ingesta		1	2	3	4	5
FSCB	Me siento torpe en el cuidado de mi bebé	0					
FSCB	Me hubiese gustado recibir más consejos sobre lo que hacer en este período	0	1	2	3	4	5
II	Después de las ingestas tengo que mecer o tomar en brazos a mi bebé para calmarlo	0	1	2	3	4	5
A	Mi bebé se aferra a mí cuando lo sostengo en brazos	0	1	2	3	4	5
FSCB	Cuidar a mi bebé ha sido más difícil de lo que esperaba	0					
II	Después de las ingestas el humor de mi bebé es de agitación o llanto	0	1	2	3	4	5
A	Cuando mi bebé se alimenta me mira fijamente a los Ojos	0	1	2	3	4	5
FSCB	Me siento ansiosa sobre si saldré airosa cuando mi bebé y yo vayamos a casa	0	1	2	3	4	5

Código*	Escala**	Nada/ Nunca	Mucho/ Con mucha Frecuencia				
II	El humor de mi bebé después de una ingesta varía de una toma a otra	0	1	2	3	4	5
II	Mi bebé ha variado en la facilidad para calmarse	0	1	2	3	4	5

R	FSCB	Creo que lo estoy haciendo bien con mi bebé	0	1	2	3	4	5
R	A	A esta edad mi bebé no está interesado en interactuar con las personas	0	1	2	3	4	5
	II	Durante las últimas 24 horas la conducta de sueño/vigilia se ha visto perturbada por hipos/gases	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Temo que mi bebé se me pueda caer	0	1	2	3	4	5
	FSCB	He pedido ayuda a la enfermera cuando mi bebé estaba Intranquilo	0	1	2	3	4	5
	A	Mi bebé está realmente alerta y atento	0	1	2	3	4	5
	II	Entre las ingestas de la noche mi bebé se muestra Intranquilo y llora	0	1	2	3	4	5
	II	Para tranquilizar a mi bebé le doy una ingesta completa	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Me he sentido preocupada por si podía lastimar a mi bebé cuando lo manipulaba	0	1	2	3	4	5
	A	Yo creo que mi bebé me responde	0	1	2	3	4	5
	II	Entre las ingestas, mi bebé ha estado irritable	0	1	2	3	4	5
	FSCB	Me siento insegura de si estoy haciendo lo correcto mientras cuido a mi bebé	0	1	2	3	4	5
	II	Para tranquilizar a mi bebé, lo cojo en brazos	0	1	2	3	4	5
	A	Cuando juego con mi bebé, me responde Inmediatamente	0	1	2	3	4	5

R	FSCB	Cuando mi bebé está intranquilo me las arreglo bien	0	1	2	3	4	5
	II	La duración del período entre las ingestas ha variado	0	1	2	3	4	5
	II	Mi bebé ha pasado largos períodos, entre las ingestas, Intranquilo o tranquilo sólo si está en brazos	0	1	2	3	4	5
R	FSCB	Yo creo que lo estoy haciendo muy bien como madre	0	1	2	3	4	5

IMPRESIONES GENERALES Y EXPERIENCIAS

Su bebé

Escala**

		Muy irritable	Muy calmado
TF	En general, ¿cuán irritable es su bebe?	3 2 1 0	1 ⁺ 2
		Muy malo	Muy bueno
TF	En general, ¿cómo es el sueño de su bebé?	3 2 1 0	1 ⁺ 2
		Muy soñoliento	Muy despierto
TF	En general, ¿cómo se muestra su bebé cuando ha de responder?	3 2 1 0	1 2
		Muy difícil	Muy fácil
TF	En general, ¿cuán difícil es su bebé?	3 2 1 0	1 ⁺ 2

				<i>Usted misma</i>			
				Muy insegura			Muy segura
NGS	En general, ¿cuán segura se siente en la capacidad de						
	cuidar de su bebé?	3	2	1	0	1	2
				Muy Difícil			Muy Fácil
NGS	En general, ¿cuán difícil es para usted cuidar de su						
	bebé?	3	2	1	0	1 ⁺	2
				Muy ansiosa			Muy serena
NGS	Generalmente, ¿cuán ansiosa se considera usted?	3	2	1	0	1 ⁺	2

*R= Recodificar invirtiendo las puntuaciones (0=5, 1=4, 2=3, 3=2, 4=1, 5=0) antes de totalizar los resultados de a subescala

**A= Alerta-interés; II= Inestable-irregular; FSCB= Falta de seguridad en el cuidado del bebé; TF= Temperamento fácil;

NGS= Nivel general de seguridad.

Tomado de Escala Mamá-Bebé Parte A (MABS)
Autores: D. Wolke & I. St. James-Roberts (1987)

ANEXO 6

TECNICA DE OBSERVACION DEL VINCULO MADRE-BEBE

Técnica de Observación del Vínculo Mamá-Bebé

Perfil de la observación del vínculo madre-bebé (0 a 1 Mes)

Edad del bebé		1ra. Observación			2da. Observación		
		Bebé	Mamá	Pje.	Bebé	Mamá	Pje.
Función Visual	1. Mira con atención	Lo mira					
	2. Busca que la madre lo mire	Responde					
	3. Responde	Busca que el bebé la mire					
	4. Se miran						
Función Corporal	5. Responde	Busca acariciar al bebé					
	6. Busca tocar a la madre	Acepta					
	7. Se tocan						
Función Verbal	8. Vocaliza	Le habla					
	9. Se hablan						
		<i>Puntaje Total</i>					

Función Sosten					
Comuni- cación	Categorías	Ausencia	Inadecuada	Buena	Muy Buena
	Visual				
	Corporal				
	Verbal				

Puntaje: 2 p. Ambos realizan la conducta; 1p. Uno de los dos miembros la realiza; 0 p. Ninguno de los miembros la realiza

Tomado de Técnica de Observación del Vínculo Madre-Bebé
Autor A. Oiberman (2001).

ANALISIS DE LA VARIABLE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Salida estadística de prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia de Pearson

Tablas de contingencia de frecuencia observadas y esperadas

Tabla A 11. Prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia de sucesos significativos de vida

	Situación de Pareja			Muertes			Problema Social			Problema Actual		
	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.
Muerte	9.408 (4)	0.052	0.416									
Problema Social	58.164 (20)	0.000	0.751	9.786 (5)	0.082	0.423						
Problema Actual	58.365 (28)	0.001	0.751	5.236 (7)	0.631	0.323	77.165 (35)	0.000	0.795			
Embarazo en Sí Mismo	13.966 (4)	0.007	0.487	3.412 (1)	0.065	0.265	17.874 (5)	0.003	0.533	23.525 (7)	0.001	0.586
Parto en Sí Mismo	16.963 (4)	0.002	0.523	4.574 (1)	0.032	0.304	32.870 (5)	0.000	0.650	21.597 (7)	0.003	0.569
Problemas Psicológicos Embarazo	72.232 (48)	0.013	0.785	22.162 (12)	0.036	0.574	97.971 (60)	0.001	0.828	159.701(84)	0.000	0.883
Conflicto Materno Infantil	63.347 (20)	0.000	0.765	17.349 (5)	0.004	0.527	73.113 (25)	0.000	0.787	62.742(35)	0.003	0.763

Tabla B 11. Prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia de sucesos significativos de vida

	Embarazo en Sí Mismo			Parto en Sí Mismo			Problemas Psicológicos durante Embarazo		
	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.	χ^2 (gl)	P	Coef. Cont.	χ^2 (gl)	p	Coef. Cont.
Parto en Sí Mismo	16.552 (1)	0.000	0.519						
Problemas Psicológicos Embarazo	35.625 (12)	0.000	0.665	45.000 (12)	0.000	0.707			
Conflicto Materno Infantil	14.582 (5)	0.012	0.495	13.698 (5)	0.018	0.483	93.583 (60)	0.004	0.822

Tabla 12. Frecuencias observadas y esperadas de situación de pareja y problema social

		Situación de Pareja						
			No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total
Problema Social	No Emerge	FO	14	0	0	1	0	15
		FE	7.3	4.7	.3	2.0	.7	15.0
	Desocupación	FO	2	9	1	1	0	13
		FE	6.4	4.0	.3	1.7	.6	13.0
	Desocupación-Abuso otro	FO	0	2	0	0	0	2
		FE	1.0	.6	.0	.3	.1	2.0
	Problema económico-Otros	FO	6	3	0	3	1	13
		FE	6.4	4.0	.3	1.7	.6	13.0
	Problema económico-Violencia familiar	FO	0	0	0	1	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	Desocupación-Problema económico	FO	0	0	0	0	1	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
Total		FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 13. Frecuencias observadas y esperadas de situación de pareja y problema actual

		Situación de Pareja						
Problema Actual	No Emerge		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo- Violencia familiar	Total
		FO	15	1	0	1	0	17
		FE	8.3	5.3	.4	2.3	.8	17.0
	Mudanza	FO	3	3	0	1	0	7
		FE	3.4	2.2	.2	.9	.3	7.0
	Problemas familiares	FO	0	3	0	1	1	5
		FE	2.4	1.6	.1	.7	.2	5.0
	Otros	FO	3	2	1	2	0	8
		FE	3.9	2.5	.2	1.1	.4	8.0
	Mudanza-Problemas familiares-Otros	FO	0	4	0	0	0	4
		FE	2.0	1.2	.1	.5	.2	4.0
	Accidentes	FO	1	0	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	Mudanza-Problema familiares	FO	0	0	0	0	1	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	Mudanza-Otros	FO	0	1	0	1	0	2
		FE	1.0	.6	.0	.3	.1	2.0
Total		FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 14. Frecuencias observadas y esperadas de situación de pareja y embarazo en sí mismo

		Situación de Pareja						
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total	
Embarazo en Sí Mismo	No	FO	19	4	0	3	1	27
		FE	13.2	8.4	.6	3.6	1.2	27.0
	Si	FO	3	10	1	3	1	18
		FE	8.8	5.6	.4	2.4	.8	18.0
Total	FO	22	14	1	6	2	45	
	FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0	

Tabla 15. Frecuencias observadas y esperadas de situación de pareja y parto en sí mismo

		Situación de Pareja						
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total	
Parto en Sí Mismo	No	FO	14	0	0	2	0	16
		FE	7.8	5.0	.4	2.1	.7	16.0
	Si	FO	8	14	1	4	2	29
		FE	14.2	9.0	.6	3.9	1.3	29.0
Total	FO	22	14	1	6	2	45	
	FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0	

Tabla 16. Frecuencias observadas y esperadas de situación de pareja y problemas psicológicos durante el embarazo

		Situación de Pareja						Total	
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia			
Problemas Psicológicos durante el Embarazo	No Emerge	FO	14	0	0	2	0	16	
		FE	7.8	5.0	.4	2.1	.7	16.0	
	Temor salud bebé	FO	3	1	0	0	0	0	4
		FE	2.0	1.2	.1	.5	.2	4.0	
	Presentimiento parto prematuro	FO	1	0	0	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0	
	Angustia	FO	1	1	0	0	0	0	2
		FE	1.0	.6	.0	.3	.1	2.0	
	Otros	FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0	
	Temor salud bebé-Temor parto	FO	0	2	0	0	0	0	2
		FE	1.0	.6	.0	.3	.1	2.0	
	Temor salud bebé-Present. parto prema.-Ansiedad	FO	1	3	0	0	0	0	4
		FE	2.0	1.2	.1	.5	.2	4.0	
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Present. parto premature	FO	1	3	0	1	1	1	6
		FE	2.9	1.9	.1	.8	.3	6.0	
	Temor salud bebé-Temor salud propia	FO	1	0	0	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0	
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Angustia-Temor parto	FO	0	1	1	2	0	0	4
		FE	2.0	1.2	.1	.5	.2	4.0	
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto	FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0	
	Temor salud bebé-Angustia-Otros	FO	0	0	0	0	1	1	1
FE		.5	.3	.0	.1	.0	1.0		
Temor salud bebé-Angustia-Temor parto-Otros	FO	0	1	0	1	0	0	2	
	FE	1.0	.6	.0	.3	.1	2.0		
Total		FO	22	14	1	6	2	45	
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0	

Tabla 17. Frecuencias observadas y esperadas de situación de pareja y conflicto materno infantil

			Situación de Pareja					
			No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total
Conflicto Materno Infantil	No Emerge	FO	21	2	0	6	0	29
		FE	14.2	9.0	.6	3.9	1.3	29.0
	Abandono	FO	0	2	0	0	1	3
		FE	1.5	.9	.1	.4	.1	3.0
	Otros	FO	0	1	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	Abandono-Criada por familiares-Muerte padre	FO	0	3	0	0	0	3
		FE	1.5	.9	.1	.4	.1	3.0
	Abandono-Criada por familiares	FO	1	6	1	0	0	8
		FE	3.9	2.5	.2	1.1	.4	8.0
	Abandono-Criada por familiares-Otros	FO	0	0	0	0	1	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	Total	FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 18. Frecuencias observadas y esperadas de muertes y parto en sí mismo

			Muertes		
			No Emerge	Otros Familiares	Total
Parto en Sí Mismo	No	FO	16	0	16
		FE	13.5	2.5	16.0
	Si	FO	22	7	29
		FE	24.5	4.5	29.0
Total	FO	38	7	45	
	FE	38.0	7.0	45.0	

Tabla 19. Frecuencias observadas y esperadas de muertes y problemas psicológicos durante el embarazo

		Muertes			
		No Emerge	Otros Familiares	Total	
Problemas Psicológicos durante el Embarazo	No Emerge	FO	16	0	16
		FE	13.5	2.5	16.0
	Temor salud bebé	FO	4	0	4
		FE	3.4	.6	4.0
	Presentimiento parto premature	FO	1	0	1
		FE	.8	.2	1.0
	Angustia	FO	2	0	2
		FE	1.7	.3	2.0
	Otros	FO	1	0	1
		FE	.8	.2	1.0
	Temor salud bebé-Temor parto	FO	2	0	2
		FE	1.7	.3	2.0
	Temor salud bebé-Present. parto prema.- Ansiedad	FO	1	3	4
		FE	3.4	.6	4.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Present. parto prematuro	FO	3	3	6
		FE	5.1	.9	6.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia	FO	1	0	1
		FE	.8	.2	1.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Angustia-Temor parto	FO	3	1	4
		FE	3.4	.6	4.0
Temor salud bebé-Angustia-Temor parto	FO	1	0	1	
	FE	.8	.2	1.0	
Temor salud bebé-Angustia-Otros	FO	1	0	1	
	FE	.8	.2	1.0	
Temor salud bebé-Angustia-Temor parto-Otros	FO	2	0	2	
	FE	1.7	.3	2.0	
Total		FO	38	7	45
		FE	38.0	7.0	45.0

Tabla 20. Frecuencias observadas y esperadas de muertes y conflicto materno infantil

			Muertes		
			No Emerge	Otros Familiares	Total
Conflicto Materno infantil	No Emerge	FO	28	1	29
		FE	24.5	4.5	29.0
	Abandono	FO	3	0	3
		FE	2.5	.5	3.0
	Otros	FO	1	0	1
		FE	.8	.2	1.0
	Abandono-Criada por familiares-Muerte padre	FO	2	1	3
		FE	2.5	.5	3.0
	Abandono-Criada por familiares	FO	4	4	8
		FE	6.8	1.2	8.0
	Abandono-Criada por familiares-Otros	FO	0	1	1
		FE	.8	.2	1.0
	Total	FO	38	7	45
		FE	38.0	7.0	45.0

Tabla 21. Frecuencias observadas y esperadas de problema social y problema actual

Problema Social									
			No Emerge	Desocu pación	Desocu pación- Abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocu pación- Problema económico	Total
Problema Actual	No Emerge	FO	14	1	0	2	0	0	17
		FE	5.7	4.9	.8	4.9	.4	.4	17.0
Mudanza		FO	1	4	0	2	0	0	7
		FE	2.3	2.0	.3	2.0	.2	.2	7.0
Problemas familiares		FO	0	1	1	2	0	1	5
		FE	1.7	1.4	.2	1.4	.1	.1	5.0
Otros		FO	0	3	0	5	0	0	8
		FE	2.7	2.3	.4	2.3	.2	.2	8.0
Mudanza- Problemas familiares- Otros		FO	0	3	1	0	0	0	4
		FE	1.3	1.2	.2	1.2	.1	.1	4.0
Accidentes		FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
Mudanza- Problemas familiares		FO	0	0	0	1	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
Mudanza- Otros		FO	0	0	0	1	1	0	2
		FE	.7	.6	.1	.6	.0	.0	2.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 22. Frecuencias observadas y esperadas de problema social y embarazo en sí mismo

			No Emerge	Desocupación	Desocupación-Abuso otro	Problema económico-Otros	Probl. económico-Violencia familiar	Desocupación-Probl.económico	Total
Problemas Psic. durante Embarazo	No Emerge	FO	14	1	0	1	0	0	16
		FE	5.3	4.6	.7	4.6	.4	.4	16.0
	Temor salud bebé	FO	0	1	0	3	0	0	4
		FE	1.3	1.2	.2	1.2	.1	.1	4.0
	Present. parto prematuro	FO	0	0	0	1	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	Angustia	FO	0	1	1	0	0	0	2
		FE	.7	.6	.1	.6	.0	.0	2.0
	Otros	FO	0	0	1	0	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Temor parto	FO	0	2	0	0	0	0	2
		FE	.7	.6	.1	.6	.0	.0	2.0
	Temor salud bebé-Present. parto prema.-Ansiedad	FO	0	3	0	1	0	0	4
		FE	1.3	1.2	.2	1.2	.1	.1	4.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Present. parto prema.	FO	1	2	0	1	1	1	6
		FE	2.0	1.7	.3	1.7	.1	.1	6.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia	FO	0	0	0	1	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Angustia-Temor parto	FO	0	2	0	2	0	0	4
		FE	1.3	1.2	.2	1.2	.1	.1	4.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto	FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Otros	FO	0	0	0	1	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto-Otros	FO	0	0	0	2	0	0	2
		FE	.7	.6	.1	.6	.0	.0	2.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 25. Frecuencias observadas y esperadas de problema social y conflicto materno infantil

		Problema Social							Total
		No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema económico-Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico		
Conflicto Materno Infantil	No Emerge	FO	15	4	0	9	1	0	29
	Abandono	FE	9.7	8.4	1.3	8.4	.6	.6	29.0
		FO	0	1	0	2	0	0	3
	Otros	FE	1.0	.9	.1	.9	.1	.1	3.0
		FO	0	1	0	0	0	0	1
	Abandono-Criada por familiares- Muerte padre	FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
		FO	0	2	1	0	0	0	3
	Abandono-Criada por familiares	FE	1.0	.9	.1	.9	.1	.1	3.0
		FO	0	5	1	2	0	0	8
	Abandono-Criada por familiares-Otros	FE	2.7	2.3	.4	2.3	.2	.2	8.0
FO		0	0	0	0	0	1	1	
Total		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 26. Frecuencias observadas y esperadas de problema actual y embarazo en sí mismo

			Problema Actual								
			No	Mudanza	Problemas	Otros	Mudanza- Problemas familiares- Otros	Accidentes	Mudanza- Problema familiares	Mudanza- Otros	Total
Embarazo en Sí Mismo	No	FO	15	3	1	7	0	0	1	0	27
		FE	10.2	4.2	3.0	4.8	2.4	.6	.6	1.2	27.0
	Si	FO	2	4	4	1	4	1	0	2	18
		FE	6.8	2.8	2.0	3.2	1.6	.4	.4	.8	18.0
Total		FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45
		FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 27. Frecuencias observadas y esperadas de problema actual y parto en sí mismo

			Problema Actual								
			No	Mudanza	Problemas	Otros	Mudanza- Problemas familiares- Otros	Accidentes	Mudanza- Problema familiares	Mudanza- Otros	Total
Parto en Sí Mismo	No	FO	13	2	0	1	0	0	0	0	16
		FE	6.0	2.5	1.8	2.8	1.4	.4	.4	.7	16.0
	Si	FO	4	5	5	7	4	1	1	2	29
		FE	11.0	4.5	3.2	5.2	2.6	.6	.6	1.3	29.0
Total		FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45
		FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 28. Frecuencias observadas y esperadas de problema actual y problemas psicológicos durante el embarazo

				Problema Actual							
		No Emerge	Mudanza	Probl. flia	Otros	Mudanza-Probl flia-Otros	Accidentes	Mudanza-Probl. flia.	Mudanza-Otros	Total	
Problemas Psic. durante Embarazo	No Emerge	FO	13	2	0	1	0	0	0	16	
		FE	6.0	2.5	1.8	2.8	1.4	.4	.4	16.0	
	Temor salud bebé	FO	2	1	0	1	0	0	0	0	4
		FE	1.5	.6	.4	.7	.4	.1	.1	.2	4.0
	Present. Parto prematuro	FO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Angustia	FO	0	0	1	0	0	1	0	0	2
		FE	.8	.3	.2	.4	.2	.0	.0	.1	2.0
	Otros	FO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Temor parto	FO	0	1	0	0	1	0	0	0	2
		FE	.8	.3	.2	.4	.2	.0	.0	.1	2.0
	Temor salud bebé-Present. parto prema.-Ansiedad	FO	0	2	0	2	0	0	0	0	4
		FE	1.5	.6	.4	.7	.4	.1	.1	.2	4.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Present. parto prematuro	FO	2	0	2	0	1	0	0	1	6
		FE	2.3	.9	.7	1.1	.5	.1	.1	.3	6.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia	FO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Angustia-Temor parto	FO	0	0	2	2	0	0	0	0	4
		FE	1.5	.6	.4	.7	.4	.1	.1	.2	4.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto	FO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Otros	FO	0	0	0	0	0	0	1	0	1
FE		.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0	
Temor salud bebé-Angustia-Temor parto-Otros	FO	0	1	0	0	0	0	0	1	2	
	FE	.8	.3	.2	.4	.2	.0	.0	.1	2.0	
Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45	
	FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 29. Frecuencias observadas y esperadas de problema actual y conflicto materno infantil

			Problema Actual								
			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas flia-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
Conflicto Materno Infantil	No Emerge	FO	16	5	1	5	0	1	0	1	29
		FE	11.0	4.5	3.2	5.2	2.6	.6	.6	1.3	29.0
	Abandono	FO	0	0	0	0	1	0	1	1	3
		FE	1.1	.5	.3	.5	.3	.1	.1	.1	3.0
	Otros	FO	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Abandono-Criada por Familiares-Muerte Padre	FO	0	0	1	0	2	0	0	0	3
		FE	1.1	.5	.3	.5	.3	.1	.1	.1	3.0
	Abandono-Criada por familiares	FO	0	2	2	3	1	0	0	0	8
		FE	3.0	1.2	.9	1.4	.7	.2	.2	.4	8.0
	Abandono-Criada por familiares-Otros	FO	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45
		FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 30. Frecuencias observadas y esperadas de embarazo en sí mismo y parto en sí mismo

		Embarazo en Sí Mismo			
		No	Si	Total	
Parto en Sí Mismo	No	FO	16	0	16
		FE	9.6	6.4	16.0
	Si	FO	11	18	29
		FE	17.4	11.6	29.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 31. Frecuencias observadas y esperadas de embarazo en sí mismo y problemas psicológicos durante el embarazo

		Embarazo en Sí Mismo			
			No	Si	Total
Problemas Psicológicos durante el Embarazo	No Emerge	FO	16	0	16
		FE	9.6	6.4	16.0
	Temor salud bebé	FO	4	0	4
		FE	2.4	1.6	4.0
	Presentimiento parto prematuro	FO	1	0	1
		FE	.6	.4	1.0
	Angustia	FO	1	1	2
		FE	1.2	.8	2.0
	Otros	FO	0	1	1
		FE	.6	.4	1.0
	Temor salud bebé-Temor parto	FO	0	2	2
		FE	1.2	.8	2.0
	Temor salud bebé-Present. parto prema.-Ansiedad	FO	2	2	4
		FE	2.4	1.6	4.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Present. parto prema.	FO	0	6	6
		FE	3.6	2.4	6.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia	FO	1	0	1
		FE	.6	.4	1.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Angustia-Temor parto	FO	1	3	4
		FE	2.4	1.6	4.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto	FO	0	1	1
		FE	.6	.4	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Otros	FO	1	0	1
		FE	.6	.4	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto-Otros	FO	0	2	2
		FE	1.2	.8	2.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 32. Frecuencias observadas y esperadas de embarazo en sí mismo y conflicto materno infantil

		Embarazo en Sí Mismo			
		No	Si	Total	
Conflicto Materno Infantil	No Emerge	FO	23	6	29
		FE	17.4	11.6	29.0
	Abandono	FO	1	2	3
		FE	1.8	1.2	3.0
	Otros	FO	0	1	1
		FE	.6	.4	1.0
	Abandono-Criada por familiares-Muerte padre	FO	0	3	3
		FE	1.8	1.2	3.0
	Abandono-Criada por familiares	FO	3	5	8
		FE	4.8	3.2	8.0
	Abandono-Criada por familiares-Otros	FO	0	1	1
		FE	.6	.4	1.0
	Total	FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 33. Frecuencias observadas y esperadas de parto en sí mismo y problema psicológicos durante el embarazo

		Parto en Sí Mismo		Total	
		No	Si		
Problemas Psicológicos durante el Embarazo	No Emerge	FO	16	0	16
		FE	5.7	10.3	16.0
	Temor salud bebé	FO	0	4	4
		FE	1.4	2.6	4.0
	Presentimiento parto prematuro	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Angustia	FO	0	2	2
		FE	.7	1.3	2.0
	Otros	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Temor salud bebé-Temor parto	FO	0	2	2
		FE	.7	1.3	2.0
	Temor salud bebé-Present. parto prematuro-Ansiedad	FO	0	4	4
		FE	1.4	2.6	4.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Present. parto prema.	FO	0	6	6
		FE	2.1	3.9	6.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Temor salud bebé-Temor salud propia-Angustia-Temor parto	FO	0	4	4
		FE	1.4	2.6	4.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Otros	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Temor salud bebé-Angustia-Temor parto-Otros	FO	0	2	2
		FE	.7	1.3	2.0
Total		FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 34. Frecuencias observadas y esperadas de parto en sí mismo y conflicto materno infantil

			Parto en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Conflicto Materno Infantil	No Emerge	FO	16	13	29
		FE	10.3	18.7	29.0
	Abandono	FO	0	3	3
		FE	1.1	1.9	3.0
	Otros	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Abandono-Criada por familiares-Muerte padre	FO	0	3	3
		FE	1.1	1.9	3.0
	Abandono-Criada por familiares	FO	0	8	8
		FE	2.8	5.2	8.0
	Abandono-Criada por familiares-Otros	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Total	FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 35. Frecuencias observadas y esperadas de problemas psicológicos durante el embarazo y conflicto materno infantil

		Problemas Psicológicos durante el Embarazo															
		No Emerge	Temor salud bebé	Present. parto prema.	Angustia	Otros	Temor salud bebé- Temor parto	Temor salud bebé- Present. parto premat.- Ansiedad	Temor salud bebé- Temor salud propia- Present. parto prematuro	Temor salud bebé- Temor salud propia	Temor salud bebé- Temor salud propia- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Otros	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto- Otros	Total		
Conflicto Materno Infantil	No Emerge	FO	16	4	1	1	0	1	0	2	1	2	0	0	1	29	
		FE	10.3	2.6	.6	1.3	.6	1.3	2.6	3.9	.6	2.6	.6	.6	1.3	29.0	
	Abandono	FO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
		FE	1.1	.3	.1	.1	.1	.1	.3	.4	.1	.3	.1	.1	.1	.1	3.0
	Otros	FO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		FE	.4	.1	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	1.0
	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	FO	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3
		FE	1.1	.3	.1	.1	.1	.1	.3	.4	.1	.3	.1	.1	.1	.1	3.0
	Abandono- Criada por familiares	FO	0	0	0	1	0	0	4	1	0	1	1	0	0	0	8
		FE	2.8	.7	.2	.4	.2	.4	.7	1.1	.2	.7	.2	.2	.2	.4	8.0
	Abandono- Criada por familiares- Otros	FO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		FE	.4	.1	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	.0	1.0
	Total	FO	16	4	1	2	1	2	4	6	1	4	1	1	2	45	
		FE	16.0	4.0	1.0	2.0	1.0	2.0	4.0	6.0	1.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

ANEXO 8

ANALISIS DE LA VARIABLE ROL MATERNO

Tablas de puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de factores de riesgo psicosocial respecto al desarrollo del rol materno

Tabla 39. Comparación de los puntajes medios y desviaciones estándares de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación Prenatal y los grupos de nivel educativo

	Nivel Educativo												<i>F</i>	<i>P</i>
	Primario Completo		Secundario Incompleto		Secundario Completo		Universitario Incompleto		Universitario Completo		Post Grado			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.600	0.000	3.333	0.556	3.630	0.423	3.800	0.282	3.831	0.378	4.000	0.000	1.802	0.135
Identificación Rol Materno	4.000	0.000	3.861	0.181	3.980	0.693	4.000	0.000	3.934	0.140	4.000	0.000	1.067	0.393
Calidad Relación Pareja	4.000	0.000	1.568	1.123	2.085	1.300	3.685	0.445	3.632	0.426	3.870	0.000	8.659	0.000
Calidad Relación Madre	3.660	0.000	3.181	0.346	3.464	0.408	3.495	0.233	3.685	0.212	3.770	0.000	3.407	0.012
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	2.660	0.000	2.688	0.485	2.937	0.467	3.495	0.233	3.111	0.681	2.770	0.000	1.082	0.386
Preparación Parto	3.420	0.000	3.345	0.599	3.502	0,502	3.925	0.106	3.832	0.226	4.000	0.000	2.359	0.058

gl = 5

Tabla 43. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de situación de pareja como suceso significativo de vida con respecto al desarrollo del rol materno

	Situación de Pareja											
	No emerge		Separación durante embarazo		Problema pareja anterior		Migración interna		Separación durante embarazo- Violencia familiar		F	p
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.836	0.324	3.328	0.518	4.000	0.000	3.900	0.167	3.400	0.565	4.567	0.004
Identificación Rol Materno	3.965	0.116	3.928	0.152	4.000	0.000	3.875	0.136	3.875	0.176	0.754	0.561
Calidad Relación Pareja	3.742	0.359	1.222	0.550	3.870	0.000	3.360	0.427	1.000	0.000	84.272	0.000
Calidad Relación Madre	3.681	0.281	3.225	0.370	3.550	0.000	3.641	0.108	3.275	0.077	5.688	0.001
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.206	0.616	2.767	0.416	3.550	0.000	2.551	0.413	2.885	0.629	2.786	0.039
Preparación Parto	3.743	0.389	3.486	0.566	3.000	0.000	3.783	0.197	3.425	0.403	1.544	0.208

gl = 4

Tabla 45. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problema social como suceso significativo de vida con respecto al desarrollo del rol materno

	Problema Social												F	p
	No emerge		Desocupación		Desocupación- Abuso otro		Problema económico.- Otros		Problema económico- Violencia familiar		Desocupación- Problema Económico			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.946	0.159	3.430	0.558	3.100	0.424	3.646	0.409	4.000	0.000	3.800	0.000	3.313	0.014
Identificación Rol Materno	3.966	0.129	3.903	0.162	4.000	0.000	3.923	0.120	4.000	0.000	4.000	0.000	0.493	0.780
Calidad Relación Pareja	3.814	0.292	2.012	1.180	1.000	0.000	2.777	1.299	3.000	0.000	1.000	0.000	6.792	0.000
Calidad Relación Madre	3.750	0.195	3.251	0.380	2.885	0.162	3.610	0.210	3.550	0.000	3.330	0.000	7.407	0.000
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.320	0.666	2.783	0.469	2.720	0.395	2.886	0.477	2.550	0.000	2.440	0.000	1.968	0.105
Preparación Parto	3.864	0.214	3.469	0.508	3.425	0.813	3.556	0.510	3.850	0.000	3.710	0.000	1.414	0.241

gl = 5

Tabla 46. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problema actual como suceso significativo de vida con respecto al desarrollo del rol materno

	Problema Actual																F	P
	No emerge		Mudanza		Problemas familiares		Otros		Mudanza-Problemas familiares-Otros		Accidentes		Mudanza-Problemas familiares		Mudanza-Otros			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.905	0.188	3.400	0.565	3.760	0.260	3.725	0.413	2.900	0.382	4.000	0.000	3.000	0.000	3.900	0.141	5.453	0.000
Identificación Rol Materno	3.970	0.121	3.964	0.094	3.950	0.111	3.906	0.129	3.875	0.250	3.750	0.000	3.750	0.000	4.000	0.000	1.034	0.425
Calidad Relación Pareja	3.688	0.716	2.838	0.990	1.574	1.283	2.816	1.184	1.000	0.000	3.500	0.000	1.000	0.000	2.000	1.414	6.328	0.000
Calidad Relación Madre	3.707	0.285	3.375	0.332	3.394	0.447	3.537	0.261	3.025	0.319	3.770	0.000	3.220	0.000	3.550	0.000	2.910	0.016
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.190	0.757	2.854	0.434	2.710	0.413	2.997	0.455	2.720	0.323	2.770	0.000	3.330	0.000	2.605	0.777	0.805	0.588
Preparación Parto	3.846	0.230	3.588	0.565	3.798	0.193	3.390	0.628	3.352	0.592	3.280	0.000	3.140	0.000	3.635	0.304	1.609	0.164

gl = 7

Tabla 49. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de conflicto materno infantil como suceso significativo de vida con respecto al desarrollo del rol materno

	Conflicto Materno Infantil													
	No emerge		Abandono		Otros		Abandono-Criada por familiares-Muerte padre		Abandono-Criada por familiares		Abandono-Criada por familiares-Otros		F	p
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.848	0.319	3.066	0.702	3.600	0.000	3.200	0.400	3.425	0.483	3.800	0.000	4.279	0.003
Identificación Rol Materno	3.948	0.122	3.750	0.250	4.000	0.000	3.916	0.144	3.968	0.088	4.000	0.000	1.523	0.205
Calidad Relación Pareja	3.594	0.494	1.000	0.000	1.120	0.000	1.000	0.000	1.640	1.196	1.000	0.000	25.231	0.000
Calidad Relación Madre	3.692	0.199	3.256	0.276	2.770	0.000	2.960	0.282	3.286	0.384	3.330	0.000	9.625	0.000
Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.087	0.611	2.810	0.463	1.660	0.000	2.813	0.323	2.928	0.384	2.440	0.000	1.642	0.172
Preparación Parto	3.795	0.248	3.136	0.285	3.710	0.000	3.376	0.461	3.337	0.773	3.710	0.000	2.890	0.026

gl = 5

Tabla A 50. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problemas psicológicos durante el embarazo como suceso significativo de vida con respecto al desarrollo del rol materno

	Problemas Psicológicos durante el Embarazo														<i>F</i>	<i>p</i>
	No emerge		Temor salud bebé		Presentimiento parto prematuro		Angustia		Otros		Temor salud bebé-Temor parto		Temor salud bebé- Presentimiento parto prematuro- Ansiedad			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación Embarazo	3.900	0.242	3.900	0.200	4.000	0.000	3.700	0.424	2.800	0.000	2.500	0.141	3.200	0.489	6.559	0.000
Identificación Rol Materno	3.984	0.062	4.000	0.000	4.000	0.000	3.875	0.176	4.000	0.000	3.750	0.353	3.937	0.125	0.973	0.494
Calidad Relación Pareja	3.797	0.302	3.562	0.875	2.870	0.000	2.250	1.767	1.000	0.000	1.875	1.237	1.562	1.125	4.204	0.001
Calidad Relación Madre Preocupación Bienestar Propio y Bebé	3.723	0.178	3.687	0.055	4.000	0.000	3.270	0.707	3.000	0.000	3.110	0.155	3.162	0.295	2.261	0.033
Preparación Parto	3.900	0.195	3.855	0.290	3.420	0.000	3.640	0.509	2.850	0.000	3.135	0.403	2.925	0.831	3.688	0.002

gl = 12

Tabla B 50. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problemas psicológicos durante el embarazo como suceso significativo de vida con respecto al desarrollo del rol materno

	Problemas Psicológicos durante el Embarazo												F	p
	Temor salud bebé- Temor salud propia- Presentimiento parto prematuro	Temor salud bebé-Temor salud propia	Temor salud bebé-temor salud propia- Angustia-Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Otros	Temor salud bebé-Angustia- Temor parto- Otros								
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Aceptación embarazo	3.766	0.320	3.600	0.000	3.800	0.230	3.200	0.000	3.000	0.000	3.800	0.000	6.559	0.000
Identificación Rol Materno	3.916	0.204	4.000	0.000	3.875	0.144	4.000	0.000	3.750	0.000	3.875	0.176	0.973	0.494
Calidad Relación Pareja	1.831	1.272	3.370	0.000	2.935	1.353	1.000	0.000	1.000	0.000	2.000	1.414	4.204	0.001
Calidad Relación Madre Preocupación	3.365	0.557	3.330	0.000	3.522	0.226	3.440	0.000	3.220	0.000	3.550	0.000	2.261	0.033
Bienestar Propio y Bebé	2.533	0.491	3.330	0.000	2.665	0.740	3.000	0.000	3.330	0.000	2.830	0.240	1.057	0.425
Preparación Parto	3.758	0.147	3.850	0.000	3.462	0.315	4.000	0.000	3.140	0.000	3.495	0.106	3.688	0.002

gl = 12

ANEXO 9

ANALISIS DE LA VARIABLE PERCEPCIONES MATERNAS

Tablas de puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de factores de riesgo psicosocial respecto a las percepciones maternas sobre sí misma y sobre el bebé

Tabla 54. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de situación de pareja con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Situación de Pareja										<i>F</i>	<i>p</i>
	No emerge		Separación durante embarazo		Problema pareja anterior		Migración interna		Separación durante embarazo-Violencia familiar			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	2.280	1.130	0.225	1.690	-1.250	0.000	2.291	1.307	0.000	2.828	6.442	0.000
Nivel General de Seguridad	2.544	1.134	0.427	1.147	1.330	0.000	2.445	1.359	-0.665	2.821	8.642	0.000

gl = 4

Tabla 56. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problema social con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Problema Social													
	No emerge		Desocupación		Desocupación- Abuso otro		Problema económico.- Otros		Problema económico- Violencia familiar		Desocupación- Problema económico		F	p
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	2.738	0.399	0.345	1.950	0.500	1.640	1.346	1.730	-0.250	0.000	2.000	0.000	4.139	0.004
Nivel General de Seguridad	2.932	0.188	0.946	1.244	0.000	0.466	1.486	2.126	-0.330	0.000	1.330	0.000	4.328	0.003

gl = 5

Tabla 57. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problema actual con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Problema Actual																<i>F</i>	<i>p</i>
	No emerge		Mudanza		Problemas familiares		Otros		Mudanza-Problemas familiares-Otros		Accidentes		Mudanza-Problemas familiares		Mudanza-Otros			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	2.651	0.455	1.665	1.784	1.332	0.849	1.281	1.824	-1.540	1.032	1.330	0.000	-2.000	0.000	-0.500	0.000	8.185	0.000
Nivel General de Seguridad	2.841	0.357	1.570	1.793	1.198	1.096	1.623	1.721	0.250	1.026	1.660	0.000	-2.660	0.000	-0.830	0.707	6.673	0.000

gl = 7

Tabla 60. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de conflicto materno infantil con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Conflicto Materno Infantil														<i>F</i>	<i>p</i>
	No emerge		Abandono		Otros		Abandono-Criada por familiares-Muerte padre		Abandono-Criada por familiares		Abandono-Criada por familiares-Otros					
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío				
Temperamento Fácil	2.364	0.816	-1.916	1.127	2.250	0.000	-0.553	0.508	0.051	1.843	2.000	0.000	14.887	0.000		
Nivel General de Seguridad	2.585	0.834	-0.776	2.212	1.660	0.000	0.110	0.381	0.082	1.464	1.330	0.000	12.210	0.000		

gl = 5

Tabla A 61. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problemas psicológicos durante el embarazo con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí mismo

	Problemas Psicológicos durante el Embarazo														F	p
	No emerge		Temor salud bebé		Presentimiento parto prematuro		Angustia		Otros		Temor salud bebé-Temor parto		Temor salud bebé- Presentimiento parto prematuro- Ansiedad			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	2.739	0.417	2.270	0.860	1.250	0.000	1.495	0.233	-0.660	0.000	-0.835	3.061	0.125	2.322	3.400	0.000
Nivel general de Seguridad	2.978	0.085	2.415	0.956	1.000	0.000	0.995	0.940	-0.330	0.000	1.495	0.233	-0.335	1.941	6.250	0.000

gl = 12

Tabla B 61. Puntajes medios y desviaciones estándares de los grupos de problemas psicológicos durante el embarazo con respecto a las percepciones maternas sobre el bebé y sobre sí misma

	Problemas Psicológicos durante el Embarazo												F	p
	Temor salud bebé- Temor salud propia- Presentimiento parto prematuro		Temor salud bebé-Temor salud propia		Temor salud bebé-temor salud propia- Angustia-Temor parto		Temor salud bebé- Angustia- Temor parto		Temor salud bebé- Angustia- Otros		Temor salud bebé-Angustia- Temor parto- Otros			
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío		
Temperamento Fácil	1.041	1.391	1.750	0.000	0.937	1.918	-1.500	0.000	-2.000	0.000	1.125	2.651	3.400	0.000
Nivel General de Seguridad	1.053	0.950	2.660	0.000	1.915	1.317	-0.660	0.000	-2.660	0.000	0.835	3.061	6.250	0.000

gl = 12

ANEXO 10

ANALISIS DE LA VARIABLE RELACION TEMPRANA MAMA-BEBE

Salida estadística de prueba *Chi* cuadrado y coeficiente de contingencia de Pearson

Tablas de contingencia de frecuencias observadas y esperadas

Tabla 72. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según motivo de emigración

		Motivo Migración			Total
		Trabajo Pareja	Económico		
Función Verbal	ausencia de relación	FO	0	11	11
		FE	1.7	9.3	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	0	10	10
		FE	1.6	8.4	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	7	17	24
		FE	3.7	20.3	24.0
Total		FO	7	38	45
		FE	7.0	38.0	45.0

Tabla 73. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según nivel educativo

			Nivel Educativo					Total	
			Primaria Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo		Post Grado
Función Visual	Solo un miembro la realiza	FO	0	6	5	0	0	0	11
		FE	.2	2.2	3.2	.5	4.6	.2	11.0
	Ambos miembros la realizan	FO	1	3	8	2	19	1	34
		FE	.8	6.8	9.8	1.5	14.4	.8	34.0
Total		FO	1	9	13	2	19	1	45
		FE	1.0	9.0	13.0	2.0	19.0	1.0	45.0

Tabla 74. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según nivel educativo

			Nivel Educativo					Total	
			Primaria Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo		Post Grado
Función Corporal	Ausencia de relación	FO	0	0	1	0	0	0	1
		FE	.0	.2	.3	.0	.4	.0	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	0	7	6	0	0	0	13
		FE	.3	2.6	3.8	.6	5.5	.3	13.0
	Ambos miembros la realizan	FO	1	2	6	2	19	1	31
		FE	.7	6.2	9.0	1.4	13.1	.7	31.0
Total		FO	1	9	13	2	19	1	45
		FE	1.0	9.0	13.0	2.0	19.0	1.0	45.0

Tabla 75. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según nivel educativo

			Nivel Educativo					Total	
			Primaria Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo		Post Grado
Función Verbal	Ausencia de relación	FO	0	6	5	0	0	0	11
		FE	.2	2.2	3.2	.5	4.6	.2	11.0
	Solo un miembro la realiza	FO	0	1	5	0	4	0	10
		FE	.2	2.0	2.9	.4	4.2	.2	10.0
	Ambos miembros la realizan	FO	1	2	3	2	15	1	24
		FE	.5	4.8	6.9	1.1	10.1	.5	24.0
Total		FO	1	9	13	2	19	1	45
		FE	1.0	9.0	13.0	2.0	19.0	1.0	45.0

Tabla 76. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según nivel educativo

			Nivel Educativo					Total	
			Primaria Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo		Post Grado
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	0	7	7	0	2	0	16
		FE	.4	3.2	4.6	.7	6.8	.4	16.0
	Buena	FO	0	0	2	0	1	0	3
		FE	.1	.6	.9	.1	1.3	.1	3.0
	Muy Buena	FO	1	2	4	2	16	1	26
		FE	.6	5.2	7.5	1.2	11.0	.6	26.0
Total	FO	1	9	13	2	19	1	45	
	FE	1.0	9.0	13.0	2.0	19.0	1.0	45.0	

Tabla 77. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según nivel educativo

			Nivel Educativo					Total	
			Primaria Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo		Post Grado
Comu. Verbal	Ausencia	FO	0	5	4	0	0	0	9
		FE	.2	1.8	2.6	.4	3.8	.2	9.0
	Inadecuada	FO	0	2	5	0	2	0	9
		FE	.2	1.8	2.6	.4	3.8	.2	9.0
	Buena	FO	0	1	1	1	1	0	4
		FE	.1	.8	1.2	.2	1.7	.1	4.0
	Muy Buena	FO	1	1	3	1	16	1	23
		FE	.5	4.6	6.6	1.0	9.7	.5	23.0
	Total	FO	1	9	13	2	19	1	45
		FE	1.0	9.0	13.0	2.0	19.0	1.0	45.0

Tabla 78. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según nivel educativo

			Nivel Educativo					Total	
			Primaria Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo	Post Grado	Total
Función Sostén	Inadecuada	FO	0	6	8	0	1	0	15
		FE	.3	3.0	4.3	.7	6.3	.3	15.0
	Buena	FO	0	1	1	0	1	0	3
		FE	.1	.6	.9	.1	1.3	.1	3.0
	Muy Buena	FO	1	2	4	2	17	1	27
		FE	.6	5.4	7.8	1.2	11.4	.6	27.0
Total		FO	1	9	13	2	19	1	45
		FE	1.0	9.0	13.0	2.0	19.0	1.0	45.0

Tabla 79. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según estatus económico

			Estatus Económico		
			Bajo	Medio	Total
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	11	0	11
		FE	5.1	5.9	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	10	24	34
		FE	15.9	18.1	34.0
Total		FO	21	24	45
		FE	21.0	24.0	45.0

Tabla 80. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según estatus económico

		Estatus Económico			
			Bajo	Medio	Total
Función Corporal	ausencia de relación	FO	1	0	1
		FE	.5	.5	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	12	1	13
		FE	6.1	6.9	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	8	23	31
		FE	14.5	16.5	31.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 81. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según estatus económico

		Estatus Económico			
			Bajo	Medio	Total
Función Verbal	ausencia de relación	FO	11	0	11
		FE	5.1	5.9	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	5	5	10
		FE	4.7	5.3	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	5	19	24
		FE	11.2	12.8	24.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 82. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según estatus económico

		Estatus Económico			
		Bajo	Medio	Total	
Comunicación Visual	Ausencia	FO	1	0	1
		FE	.5	.5	1.0
	Inadecuada	FO	10	3	13
		FE	6.1	6.9	13.0
	Buena	FO	4	3	7
		FE	3.3	3.7	7.0
	Muy Buena	FO	6	18	24
		FE	11.2	12.8	24.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 83. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según estatus económico

		Estatus Económico			
		Bajo	Medio	Total	
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	13	3	16
		FE	7.5	8.5	16.0
	Buena	FO	2	1	3
		FE	1.4	1.6	3.0
	Muy Buena	FO	6	20	26
		FE	12.1	13.9	26.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 84. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según estatus económico

		Estatus Económico			
		Bajo	Medio	Total	
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	9	0	9
		FE	4.2	4.8	9.0
	Inadecuada	FO	6	3	9
		FE	4.2	4.8	9.0
	Buena	FO	2	2	4
		FE	1.9	2.1	4.0
	Muy Buena	FO	4	19	23
		FE	10.7	12.3	23.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 85. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según estatus económico

		Estatus Económico			
		Bajo	Medio	Total	
Función Sostén	Inadecuada	FO	13	2	15
		FE	7.0	8.0	15.0
	Buena	FO	2	1	3
		FE	1.4	1.6	3.0
	Muy Buena	FO	6	21	27
		FE	12.6	14.4	27.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 87. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y función visual

		Red Sostén Social					
			amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil	Total
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	1	1	1	8	11
		FE	5.9	.5	2.0	2.7	11.0
	Ambos miembros la realizan	FO	23	1	7	3	34
		FE	18.1	1.5	6.0	8.3	34.0
Total		FO	24	2	8	11	45
		FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0

Tabla 88. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y función corporal

		Red Sostén Social					
			amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil	Total
Función Corporal	ausencia de relación	FO	0	0	0	1	1
		FE	.5	.0	.2	.2	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	2	1	1	9	13
		FE	6.9	.6	2.3	3.2	13.0
	Ambos miembros la realizan	FO	22	1	7	1	31
		FE	16.5	1.4	5.5	7.6	31.0
Total		FO	24	2	8	11	45
		FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0

Tabla 89. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y función verbal

		Red Sostén Social					
			amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil	Total
Función Verbal	ausencia de relación	FO	1	1	2	7	11
		FE	5.9	.5	2.0	2.7	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	4	1	1	4	10
		FE	5.3	.4	1.8	2.4	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	19	0	5	0	24
		FE	12.8	1.1	4.3	5.9	24.0
Total		FO	24	2	8	11	45
		FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0

Tabla 90. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y comunicación visual

		Red Sostén Social						
			amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil	Total	
Comunicación Visual	Ausencia	FO	0	0	0	1	1	
		FE	.5	.0	.2	.2	1.0	
	Inadecuada	FO	2	1	2	8	13	
		FE	6.9	.6	2.3	3.2	13.0	
	Buena	FO	1	0	4	2	7	
		FE	3.7	.3	1.2	1.7	7.0	
	Muy Buena	FO	21	1	2	0	24	
		FE	12.8	1.1	4.3	5.9	24.0	
	Total		FO	24	2	8	11	45
			FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0

Tabla 91. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y comunicación corporal

			Red Sostén Social				Total
			amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil	
Comu.nicación Corporal	Inadecuada	FO	2	1	3	10	16
		FE	8.5	.7	2.8	3.9	16.0
	Buena	FO	1	0	1	1	3
		FE	1.6	.1	.5	.7	3.0
	Muy Buena	FO	21	1	4	0	26
		FE	13.9	1.2	4.6	6.4	26.0
Total	FO	24	2	8	11	45	
	FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0	

Tabla 92. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y comunicación verbal

			Red Sostén Social				Total
			amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil	
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	1	1	1	6	9
		FE	4.8	.4	1.6	2.2	9.0
	Inadecuada	FO	1	0	3	5	9
		FE	4.8	.4	1.6	2.2	9.0
	Buena	FO	2	1	1	0	4
		FE	2.1	.2	.7	1.0	4.0
	Muy Buena	FO	20	0	3	0	23
		FE	12.3	1.0	4.1	5.6	23.0
	Total	FO	24	2	8	11	45
		FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0

Tabla 93. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén social y función sostén

		Red Sostén Social				Total	
		amplia-fuerte	amplia-débil	escasa-fuerte	escasa-débil		
Función Sostén	Inadecuada	FO	2	1	3	9	15
		FE	8.0	.7	2.7	3.7	15.0
	Buena	FO	0	0	1	2	3
		FE	1.6	.1	.5	.7	3.0
	Muy Buena	FO	22	1	4	0	27
		FE	14.4	1.2	4.8	6.6	27.0
Total		FO	24	2	8	11	45
		FE	24.0	2.0	8.0	11.0	45.0

Tabla 94. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y función visual

		Red Sostén Familiar			Total	
		amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil		
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	1	1	9	11
		FE	3.4	4.6	2.9	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	13	18	3	34
		FE	10.6	14.4	9.1	34.0
Total		FO	14	19	12	45
		FE	14.0	19.0	12.0	45.0

Tabla 95. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y función corporal

		Red Sostén Familiar			Total	
		amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil		
Función Corporal	ausencia de relación	FO	0	0	1	1
		FE	.3	.4	.3	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	2	1	10	13
		FE	4.0	5.5	3.5	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	12	18	1	31
		FE	9.6	13.1	8.3	31.0
Total	FO	14	19	12	45	
	FE	14.0	19.0	12.0	45.0	

Tabla 96. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y función verbal

		Red Sostén Familiar			Total	
		amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil		
Función Verbal	Ausencia de relacion	FO	1	3	7	11
		FE	3.4	4.6	2.9	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	3	2	5	10
		FE	3.1	4.2	2.7	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	10	14	0	24
		FE	7.5	10.1	6.4	24.0
Total	FO	14	19	12	45	
	FE	14.0	19.0	12.0	45.0	

Tabla 97. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y comunicación visual

			Red Sostén Familiar				
			amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil	Total	
Comunicación Visual	Ausencia	FO	0	0	1	1	
		FE	.3	.4	.3	1.0	
	Inadecuada	FO	2	2	9	13	
		FE	4.0	5.5	3.5	13.0	
	Buena	FO	1	4	2	7	
		FE	2.2	3.0	1.9	7.0	
	Muy Buena	FO	11	13	0	24	
		FE	7.5	10.1	6.4	24.0	
Total		FO	14	19	12	45	
		FE	14.0	19.0	12.0	45.0	

Tabla 98. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y comunicación corporal

			Red Sostén Familiar				
			amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil	Total	
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	2	3	11	16	
		FE	5.0	6.8	4.3	16.0	
	Buena	FO	0	2	1	3	
		FE	.9	1.3	.8	3.0	
	Muy Buena	FO	12	14	0	26	
		FE	8.1	11.0	6.9	26.0	
Total		FO	14	19	12	45	
		FE	14.0	19.0	12.0	45.0	

Tabla 99. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y comunicación verbal

		Red Sostén Familiar				
			amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil	Total
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	1	2	6	9
		FE	2.8	3.8	2.4	9.0
	Inadecuada	FO	1	2	6	9
		FE	2.8	3.8	2.4	9.0
	Buena	FO	2	2	0	4
		FE	1.2	1.7	1.1	4.0
Total	Muy Buena	FO	10	13	0	23
		FE	7.2	9.7	6.1	23.0
		FO	14	19	12	45
		FE	14.0	19.0	12.0	45.0

Tabla 100. Frecuencias observadas y esperadas de red de sostén familiar y función sostén

		Red Sostén Familiar				
			amplia-fuerte	escasa-fuerte	escasa-débil	Total
Función Sostén	Inadecuada	FO	2	4	9	15
		FE	4.7	6.3	4.0	15.0
	Buena	FO	0	0	3	3
		FE	.9	1.3	.8	3.0
Total	Muy Buena	FO	12	15	0	27
		FE	8.4	11.4	7.2	27.0
		FO	14	19	12	45
		FE	14.0	19.0	12.0	45.0

Tabla A 101. Prueba *Chi* cuadrado de relación madre-bebé en función de los factores de riesgo psicosocial

	Planificación del Embarazo			Situación de Pareja			Muertes			Problema Social			Problema Actual		
	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.
Función Visual	12.739 (1)	0.000	0.470	21.268 (4)	0.000	0.567	4.799 (1)	0.028	0.310	12.305 (5)	0.031	0.463	26.030 (7)	0.000	0.605
Función Corporal	17.782 (2)	0.000	0.532	34.903 (8)	0.000	0.661	3.290 (2)	0.193	0.261	18.983 (10)	0.040	0.545	31.803 (14)	0.004	0.643
Función Verbal	22.667 (2)	0.000	0.579	32.756 (8)	0.000	0.649	12.057 (2)	0.002	0.460	25.330 (10)	0.005	0.600	31.822 (14)	0.004	0.644
Comunicación Visual	17.471 (3)	0.001	0.529	34.650 (12)	0.001	0.660	10.868 (3)	0.012	0.441	27.187 (15)	0.027	0.614	42.007 (21)	0.004	0.695
Comunicación Corporal	18.002 (2)	0.000	0.535	45.707 (8)	0.000	0.710	22.162 (2)	0.000	0.574	23.771 (10)	0.008	0.588	32.552 (14)	0.006	0.636
Comunicación Verbal	25.139 (3)	0.000	0.599	37.066 (12)	0.000	0.672	8.839 (3)	0.032	0.405	39.722 (15)	0.000	0.685	40.344 (21)	0.007	0.688
Función Sostén	20.417 (2)	0.000	0.559	47.323 (8)	0.000	0.716	7.218 (2)	0.027	0.372	28.923 (10)	0.001	0.626	29.830 (14)	0.008	0.631

Tabla B 101. Prueba *Chi* cuadrado de relación madre-bebé en función de los factores de riesgo psicosocial

	Embarazo en Sí Mismo			Parto en Sí Mismo			Problemas Psicológicos durante el Embarazo			Conflicto Materno Infantil		
	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.	χ^2 (gl)	<i>p</i>	Coef. cont.
Función Visual	10.608 (1)	0.001	0.437	8.032 (1)	0.005	0.389	26.049 (12)	0.011	0.606	31.238 (5)	0.000	0.640
Función Corporal	12.804 (2)	0.002	0.471	11.212 (2)	0.004	0.447	33.368 (24)	0.097	0.653	41.957 (10)	0.000	0.695
Función Verbal	11.755 (2)	0.003	0.455	16.523 (2)	0.000	0.518	44.441 (24)	0.007	0.705	41.785 (10)	0.000	0.694
Comunicación Visual	23.167 (3)	0.000	0.583	16.710 (3)	0.001	0.520	70.419 (36)	0.001	0.781	52.653 (15)	0.000	0.734
Comunicación Corporal	21.008 (2)	0.000	0.564	18.143 (2)	0.000	0.536	42.163 (24)	0.012	0.696	38.906 (10)	0.000	0.681
Comunicación Verbal	21.188 (3)	0.000	0.566	23.748 (3)	0.000	0.588	75.399 (36)	0.000	0.791	50.920 (15)	0.000	0.729
Función Sostén	18.580 (2)	0.000	0.541	16.552 (2)	0.000	0.519	43.278 (24)	0.009	0.700	53.767 (10)	0.000	0.738

Tabla 102. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según planificación del embarazo

		Planificación del Embarazo			
			Si	No	Total
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	0	11	11
		FE	5.1	5.9	11.0
	Ambos miembros la realizan	FO	21	13	34
		FE	15.9	18.1	34.0
Total		FO	21	24	45
		FE	21.0	24.0	45.0

Tabla 103. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según planificación del embarazo

		Planificación del Embarazo			
			Si	No	Total
Función Corporal	ausencia de relación	FO	0	1	1
		FE	.5	.5	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	0	13	13
		FE	6.1	6.9	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	21	10	31
		FE	14.5	16.5	31.0
Total		FO	21	24	45
		FE	21.0	24.0	45.0

Tabla 104. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según planificación del embarazo

			Planificación del Embarazo		
			Si	No	Total
Función Verbal	Ausencia de relación	FO	0	11	11
		FE	5.1	5.9	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	2	8	10
		FE	4.7	5.3	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	19	5	24
		FE	11.2	12.8	24.0
Total		FO	21	24	45
		FE	21.0	24.0	45.0

Tabla 105. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según planificación del embarazo

			Planificación del Embarazo		
			Si	No	Total
Comunicación Visual	Ausencia	FO	0	1	1
		FE	.5	.5	1.0
	Inadecuada	FO	1	12	13
		FE	6.1	6.9	13.0
	Buena	FO	2	5	7
		FE	3.3	3.7	7.0
	Muy Buena	FO	18	6	24
		FE	11.2	12.8	24.0
Total		FO	21	24	45
		FE	21.0	24.0	45.0

Tabla 106. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según planificación del embarazo

			Planificación del Embarazo		
			Si	No	Total
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	1	15	16
		FE	7.5	8.5	16.0
	Buena	FO	1	2	3
		FE	1.4	1.6	3.0
	Muy Buena	FO	19	7	26
		FE	12.1	13.9	26.0
Total	FO	21	24	45	
	FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 107. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según planificación del embarazo

			Planificación del Embarazo		
			Si	No	Total
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	0	9	9
		FE	4.2	4.8	9.0
	Inadecuada	FO	1	8	9
		FE	4.2	4.8	9.0
	Buena	FO	1	3	4
		FE	1.9	2.1	4.0
	Muy Buena	FO	19	4	23
		FE	10.7	12.3	23.0
	Total	FO	21	24	45
		FE	21.0	24.0	45.0

Tabla 108. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según planificación del embarazo

				Planificación del Embarazo		Total
				Sí	No	
Función Sostén	Inadecuada	FO	1	14	15	
		FE	7.0	8.0	15.0	
	Buena	FO	0	3	3	
		FE	1.4	1.6	3.0	
	Muy Buena	FO	20	7	27	
		FE	12.6	14.4	27.0	
Total		FO	21	24	45	
		FE	21.0	24.0	45.0	

Tabla 109. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según situación de pareja

				Situación de Pareja				Total
				No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración interna	
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	1	8	0	0	2	11
		FE	5.4	3.4	.2	1.5	.5	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	21	6	1	6	0	34
		FE	16.6	10.6	.8	4.5	1.5	34.0
Total		FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 110. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según situación de pareja

		Situación de Pareja						Total
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar		
Función Corporal	Ausencia de relación	FO	0	1	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	0	10	1	0	2	13
		FE	6.4	4.0	.3	1.7	.6	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	22	3	0	6	0	31
		FE	15.2	9.6	.7	4.1	1.4	31.0
Total	FO	22	14	1	6	2	45	
	FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0	

Tabla 111. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según situación de pareja

		Situación de Pareja					Total	
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración interna	Separación durante embarazo-Violencia		
Función Verbal	ausencia de relación	FO	1	8	0	0	2	11
		FE	5.4	3.4	.2	1.5	.5	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	3	5	1	1	0	10
		FE	4.9	3.1	.2	1.3	.4	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	18	1	0	5	0	24
		FE	11.7	7.5	.5	3.2	1.1	24.0
Total	FO	22	14	1	6	2	45	
	FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0	

Tabla 112. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según situación de pareja

		Situación de Pareja						
			No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración interna	Separación durante embarazo-Violencia	Total
Comunicación Visual	Ausencia	FO	0	1	0	0	0	1
		FE	.5	.3	.0	.1	.0	1.0
	Inadecuada	FO	1	9	0	1	2	13
		FE	6.4	4.0	.3	1.7	.6	13.0
	Buena	FO	3	3	1	0	0	7
		FE	3.4	2.2	.2	.9	.3	7.0
	Muy Buena	FO	18	1	0	5	0	24
		FE	11.7	7.5	.5	3.2	1.1	24.0
	Total	FO	22	14	1	6	2	45
FE		22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0	

Tabla 113. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según situación de pareja

		Situación de Pareja						
			No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	1	12	0	1	2	16
		FE	7.8	5.0	.4	2.1	.7	16.0
	Buena	FO	1	1	1	0	0	3
		FE	1.5	.9	.1	.4	.1	3.0
	Muy Buena	FO	20	1	0	5	0	26
		FE	12.7	8.1	.6	3.5	1.2	26.0
	Total	FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 114. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según situación de pareja

		Situación de Pareja						
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total	
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	1	7	0	0	1	9
		FE	4.4	2.8	.2	1.2	.4	9.0
	Inadecuada	FO	0	6	1	1	1	9
		FE	4.4	2.8	.2	1.2	.4	9.0
	Buena	FO	3	0	0	1	0	4
		FE	2.0	1.2	.1	.5	.2	4.0
	Muy Buena	FO	18	1	0	4	0	23
		FE	11.2	7.2	.5	3.1	1.0	23.0
Total		FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 115. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según situación de pareja

		Situación de Pareja						
		No emerge	Separación durante embarazo	Problema pareja anterior	Migración Interna	Separación durante embarazo-Violencia familiar	Total	
Función Sostén	Inadecuada	FO	1	11	0	1	2	15
		FE	7.3	4.7	.3	2.0	.7	15.0
	Buena	FO	0	2	1	0	0	3
		FE	1.5	.9	.1	.4	.1	3.0
	Muy Buena	FO	21	1	0	5	0	27
		FE	13.2	8.4	.6	3.6	1.2	27.0
Total		FO	22	14	1	6	2	45
		FE	22.0	14.0	1.0	6.0	2.0	45.0

Tabla 116. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según muertes

			Muertes		
			No Emerge	Otros Familiares	Total
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	7	4	11
		FE	9.3	1.7	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	31	3	34
		FE	28.7	5.3	34.0
Total		FO	38	7	45
		FE	38.0	7.0	45.0

Tabla 117. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según muertes

			Muertes		
			No Emerge	Otros Familiares	Total
Función Corporal	ausencia de relación	FO	1	0	1
		FE	.8	.2	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	9	4	13
		FE	11.0	2.0	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	28	3	31
		FE	26.2	4.8	31.0
Total		FO	38	7	45
		FE	38.0	7.0	45.0

Tabla 118. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según muertes

		Muertes			
		No Emerge	Otros Familiares	Total	
Función Verbal	ausencia de relación	FO	6	5	11
		FE	9.3	1.7	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	8	2	10
		FE	8.4	1.6	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	24	0	24
		FE	20.3	3.7	24.0
Total		FO	38	7	45
		FE	38.0	7.0	45.0

Tabla 119. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según muertes

		Muertes				
		No Emerge	Otros Familiares	Total		
Comunicación Visual	Ausencia	FO	1	0	1	
		FE	.8	.2	1.0	
	Inadecuada	FO	9	4	13	
		FE	11.0	2.0	13.0	
	Buena	FO	4	3	7	
		FE	5.9	1.1	7.0	
	Muy Buena	FO	24	0	24	
		FE	20.3	3.7	24.0	
	Total		FO	38	7	45
			FE	38.0	7.0	45.0

Tabla 120. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según muertes

		Muertes			
		No Emerge	Otros Familiares	Total	
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	12	4	16
		FE	13.5	2.5	16.0
	Buena	FO	0	3	3
		FE	2.5	.5	3.0
	Muy Buena	FO	26	0	26
		FE	22.0	4.0	26.0
Total	FO	38	7	45	
	FE	38.0	7.0	45.0	

Tabla 121. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según muertes

		Muertes			
		No Emerge	Otros Familiares	Total	
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	6	3	9
		FE	7.6	1.4	9.0
	Inadecuada	FO	6	3	9
		FE	7.6	1.4	9.0
	Buena	FO	3	1	4
		FE	3.4	.6	4.0
	Muy Buena	FO	23	0	23
		FE	19.4	3.6	23.0
Total	FO	38	7	45	
	FE	38.0	7.0	45.0	

Tabla 122. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según muertes

		Muertes				
		No Emerge	Otros Familiares	Total		
Función Sostén	Inadecuada	FO	10	5	15	
		FE	12.7	2.3	15.0	
	Buena	FO	2	1	3	
		FE	2.5	.5	3.0	
	Muy Buena	FO	26	1	27	
		FE	22.8	4.2	27.0	
Total		FO	38	7	45	
		FE	38.0	7.0	45.0	

Tabla 123. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según problema social

		Problema Social							Total
		No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico		
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	0	6	1	3	0	1	11
		FE	3.7	3.2	.5	3.2	.2	.2	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	15	7	1	10	1	0	34
		FE	11.3	9.8	1.5	9.8	.8	.8	34.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 124. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según problema social

		Problema Social							
		No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico	Total	
Función Corporal	Ausencia de relación	FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	solo un miembro la realice	FO	0	6	2	4	0	1	13
		FE	4.3	3.8	.6	3.8	.3	.3	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	15	6	0	9	1	0	31
		FE	10.3	9.0	1.4	9.0	.7	.7	31.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45

Tabla 125. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según problema social

		Problema Social							
		No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico	Total	
Función Verbal	ausencia de relación	FO	0	5	2	3	0	1	11
		FE	3.7	3.2	.5	3.2	.2	.2	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	1	5	0	4	0	0	10
		FE	3.3	2.9	.4	2.9	.2	.2	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	14	3	0	6	1	0	24
		FE	8.0	6.9	1.1	6.9	.5	.5	24.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 126. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según problema social

			Problema Social						
			No Emerge	Desocupación	Desocupación- abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico	Total
Comu. Visual	Ausencia	FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.3	.3	.0	.3	.0	.0	1.0
	Inadecuada	FO	0	6	1	4	1	1	13
		FE	4.3	3.8	.6	3.8	.3	.3	13.0
	Buena	FO	2	4	1	0	0	0	7
		FE	2.3	2.0	.3	2.0	.2	.2	7.0
	Muy Buena	FO	13	2	0	9	0	0	24
		FE	8.0	6.9	1.1	6.9	.5	.5	24.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 127. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según problema social

		Problema Social							
		No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema economico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema economico	Total	
Comu. Corporal	Inadecuada	FO	0	8	2	4	1	1	16
		FE	5.3	4.6	.7	4.6	.4	.4	16.0
	Buena	FO	1	2	0	0	0	0	3
		FE	1.0	.9	.1	.9	.1	.1	3.0
	Muy Buena	FO	14	3	0	9	0	0	26
		FE	8.7	7.5	1.2	7.5	.6	.6	26.0
Total	FO	15	13	2	13	1	1	45	
	FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0	

Tabla 128. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según problema social

			Problema Social						
			No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico	Total
Comu. Verbal	Ausencia	FO	0	4	2	3	0	0	9
		FE	3.0	2.6	.4	2.6	.2	.2	9.0
	Inadecuada	FO	0	6	0	1	1	1	9
		FE	3.0	2.6	.4	2.6	.2	.2	9.0
	Buena	FO	1	0	0	3	0	0	4
		FE	1.3	1.2	.2	1.2	.1	.1	4.0
	Muy Buena	FO	14	3	0	6	0	0	23
		FE	7.7	6.6	1.0	6.6	.5	.5	23.0
Total		FO	15	13	2	13	1	1	45
		FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0

Tabla 129. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según problema social

		Problema Social							
		No Emerge	Desocupación	Desocupación- Abuso otro	Problema económico- Otros	Problema económico- Violencia familiar	Desocupación- Problema económico	Total	
Función Sostén	Inadecuada	FO	0	7	2	4	1	1	15
		FE	5.0	4.3	.7	4.3	.3	.3	15.0
	Buena	FO	0	3	0	0	0	0	3
		FE	1.0	.9	.1	.9	.1	.1	3.0
	Muy Buena	FO	15	3	0	9	0	0	27
		FE	9.0	7.8	1.2	7.8	.6	.6	27.0
Total	FO	15	13	2	13	1	1	45	
	FE	15.0	13.0	2.0	13.0	1.0	1.0	45.0	

Tabla 130. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según problema actual

		Problema Actual									
		No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total	
Función Visual	solo un miembro la realice	FO	0	2	3	1	4	0	1	0	11
		FE	4.2	1.7	1.2	2.0	1.0	.2	.2	.5	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	17	5	2	7	0	1	0	2	34
		FE	12.8	5.3	3.8	6.0	3.0	.8	.8	1.5	34.0
Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45	
	FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 131. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según problema actual

			Problema Actual								
Función Corporal			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
ausencia de relación	FO		0	1	0	0	0	0	0	0	1
	FE		.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
solo un miembro la realiza	FO		1	0	4	2	4	0	1	1	13
	FE		4.9	2.0	1.4	2.3	1.2	.3	.3	.6	13.0
ambos miembros la realizan	FO		16	6	1	6	0	1	0	1	31
	FE		11.7	4.8	3.4	5.5	2.8	.7	.7	1.4	31.0
Total	FO		17	7	5	8	4	1	1	2	45
	FE		17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 132. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según problema actual

			Problema Actual								
Función Verbal			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
		FE	4.2	1.7	1.2	2.0	1.0	.2	.2	.5	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	2	3	0	3	1	0	0	1	10
		FE	3.8	1.6	1.1	1.8	.9	.2	.2	.4	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	15	3	1	3	0	1	0	1	24
		FE	9.1	3.7	2.7	4.3	2.1	.5	.5	1.1	24.0
Total		FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45
		FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 133. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según problema actual

			Problema Actual								
			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
Comu. Visual	Ausencia	FO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		FE	.4	.2	.1	.2	.1	.0	.0	.0	1.0
	Inadecuada	FO	0	3	3	1	3	0	1	2	13
		FE	4.9	2.0	1.4	2.3	1.2	.3	.3	.6	13.0
	Buena	FO	3	0	1	2	0	1	0	0	7
		FE	2.6	1.1	.8	1.2	.6	.2	.2	.3	7.0
	Muy Buena	FO	14	4	1	5	0	0	0	0	24
		FE	9.1	3.7	2.7	4.3	2.1	.5	.5	1.1	24.0
	Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45
		FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 134. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según problema actual

			Problema Actual								
			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
Comu. Corporal	Inadecuada	FO	1	3	4	1	4	0	1	2	16
		FE	6.0	2.5	1.8	2.8	1.4	.4	.4	.7	16.0
	Buena	FO	1	0	0	2	0	0	0	0	3
		FE	1.1	.5	.3	.5	.3	.1	.1	.1	3.0
	Muy Buena	FO	15	4	1	5	0	1	0	0	26
		FE	9.8	4.0	2.9	4.6	2.3	.6	.6	1.2	26.0
Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45	
	FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 135. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según problema actual

			Problema Actual								
			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
Comu. Verbal	Ausencia	FO	0	1	3	1	3	0	1	0	9
		FE	3.4	1.4	1.0	1.6	.8	.2	.2	.4	9.0
	Inadecuada	FO	1	2	1	2	1	0	0	2	9
		FE	3.4	1.4	1.0	1.6	.8	.2	.2	.4	9.0
	Buena	FO	1	1	0	2	0	0	0	0	4
		FE	1.5	.6	.4	.7	.4	.1	.1	.2	4.0
	Muy Buena	FO	15	3	1	3	0	1	0	0	23
		FE	8.7	3.6	2.6	4.1	2.0	.5	.5	1.0	23.0
Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45	
	FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 136. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según problema actual

			Problema Actual								
			No Emerge	Mudanza	Problemas familiares	Otros	Mudanza-Problemas familiares-Otros	Accidentes	Mudanza-Problema familiares	Mudanza-Otros	Total
Función Sostén	Inadecuada	FO	0	2	4	2	4	0	1	2	15
		FE	5.7	2.3	1.7	2.7	1.3	.3	.3	.7	15.0
	Buena	FO	1	1	0	1	0	0	0	0	3
		FE	1.1	.5	.3	.5	.3	.1	.1	.1	3.0
	Muy Buena	FO	16	4	1	5	0	1	0	0	27
		FE	10.2	4.2	3.0	4.8	2.4	.6	.6	1.2	27.0
Total	FO	17	7	5	8	4	1	1	2	45	
	FE	17.0	7.0	5.0	8.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 137. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	2	9	11
		FE	6.6	4.4	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	25	9	34
		FE	20.4	13.6	34.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 138. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Función Corporal	ausencia de relación	FO	0	1	1
		FE	.6	.4	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	3	10	13
		FE	7.8	5.2	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	24	7	31
		FE	18.6	12.4	31.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 139. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Función Verbal	ausencia de relación	FO	4	7	11
		FE	6.6	4.4	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	3	7	10
		FE	6.0	4.0	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	20	4	24
		FE	14.4	9.6	24.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 140. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Comunicación Visual	Ausencia	FO	0	1	1
		FE	.6	.4	1.0
	Inadecuada	FO	2	11	13
		FE	7.8	5.2	13.0
	Buena	FO	3	4	7
		FE	4.2	2.8	7.0
Muy Buena	FO	22	2	24	
	FE	14.4	9.6	24.0	
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 141. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	3	13	16
		FE	9.6	6.4	16.0
	Buena	FO	1	2	3
		FE	1.8	1.2	3.0
	Muy Buena	FO	23	3	26
		FE	15.6	10.4	26.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 142. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	3	6	9
		FE	5.4	3.6	9.0
	Inadecuada	FO	1	8	9
		FE	5.4	3.6	9.0
	Buena	FO	2	2	4
		FE	2.4	1.6	4.0
	Muy Buena	FO	21	2	23
		FE	13.8	9.2	23.0
Total		FO	27	18	45
		FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 143. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según embarazo en sí mismo

			Embarazo en Sí Mismo			
			No	Si	Total	
Función Sostén	Inadecuada	FO	4	11	15	
		FE	9.0	6.0	15.0	
	Buena	FO	0	3	3	
		FE	1.8	1.2	3.0	
	Muy Buena	FO	23	4	27	
		FE	16.2	10.8	27.0	
	Total		FO	27	18	45
			FE	27.0	18.0	45.0

Tabla 144. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según parto en sí mismo

		Parto en Sí Mismo			
		No	Si	Total	
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	0	11	11
		FE	3.9	7.1	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	16	18	34
		FE	12.1	21.9	34.0
Total		FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 145. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según parto en sí mismo

		Parto en Sí Mismo			
		No	Si	Total	
Función Corporal	ausencia de relación	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	solo un miembro la realiza	FO	0	13	13
		FE	4.6	8.4	13.0
	ambos miembros la realizan	FO	16	15	31
		FE	11.0	20.0	31.0
Total		FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 146. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según parto en sí mismo

		Parto en Sí Mismo			
			No	Si	Total
Función Verbal	ausencia de relación	FO	0	11	11
		FE	3.9	7.1	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	1	9	10
		FE	3.6	6.4	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	15	9	24
		FE	8.5	15.5	24.0
Total		FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 147. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según parto en sí mismo

		Parto en Sí Mismo			
			No	Si	Total
Comunicación Visual	Ausencia	FO	0	1	1
		FE	.4	.6	1.0
	Inadecuada	FO	0	13	13
		FE	4.6	8.4	13.0
	Buena	FO	1	6	7
		FE	2.5	4.5	7.0
	Muy Buena	FO	15	9	24
		FE	8.5	15.5	24.0
Total		FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 148. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según parto en sí mismo

		Parto en Sí Mismo			
		No	Si	Total	
Comunicación Corporal	Inadecuada	FO	0	16	16
		FE	5.7	10.3	16.0
	Buena	FO	0	3	3
		FE	1.1	1.9	3.0
	Muy Buena	FO	16	10	26
		FE	9.2	16.8	26.0
Total	FO	16	29	45	
	FE	16.0	29.0	45.0	

Tabla 149. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según parto en sí mismo

		Parto en Sí Mismo			
		No	Si	Total	
Comunicación Verbal	Ausencia	FO	0	9	9
		FE	3.2	5.8	9.0
	Inadecuada	FO	0	9	9
		FE	3.2	5.8	9.0
	Buena	FO	0	4	4
		FE	1.4	2.6	4.0
	Muy Buena	FO	16	7	23
		FE	8.2	14.8	23.0
	Total	FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 150. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según parto en sí mismo

			Parto en Sí Mismo		
			No	Si	Total
Función Sostén	Inadecuada	FO	0	15	15
		FE	5.3	9.7	15.0
	Buena	FO	0	3	3
		FE	1.1	1.9	3.0
	Muy Buena	FO	16	11	27
		FE	9.6	17.4	27.0
Total		FO	16	29	45
		FE	16.0	29.0	45.0

Tabla 151. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según problemas psicológicos durante el embarazo

			Problemas Psicológicos durante el Embarazo														
			No Emerge	Temor salud bebé	Present. parto prema.	Angustia	Otros	Temor salud bebé- Temor parto	Temor salud bebé- Present. parto prema.- Ansiedad	Temor salud bebé- Temor parto	Total						
Función Visual	solo un miembro la realice	FO	0	0	0	0	1	1	3	3	0	1	1	1	0	11	
		FE	3.9	1.0	.2	.5	.2	.5	1.0	1.5	.2	1.0	.2	.2	.5	11.0	
	ambos miembros la realizan	FO	16	4	1	2	0	1	1	3	1	3	0	0	2	34	
		FE	12.1	3.0	.8	1.5	.8	1.5	3.0	4.5	.8	3.0	.8	.8	1.5	34.0	
Total		FO	16	4	1	2	1	2	4	6	1	4	1	1	2	45	
		FE	16.0	4.0	1.0	2.0	1.0	2.0	4.0	6.0	1.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 152. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según problemas psicológicos durante el embarazo

			Problemas Psicológicos durante el Embarazo													
Función Corporal			No Emerge	Temor salud bebé	Present. parto prema.	Angustia	Otros	Temor salud bebé- Temor parto	Temor salud bebé- Present. parto prema.- Ansiedad	Temor salud bebé- Temor salud propia- Present.p arto prema.	Temor salud bebé- Temor salud propia	Temor salud bebé- Temor al parto	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Otros	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto- Otros	Total
ausencia de relación	FO		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	FE		.4	.1	.0	.0	.0	.0	.1	.1	.0	.1	.0	.0	.0	1.0
Solo un miembro la realice	FO		0	0	0	1	1	1	1	4	0	2	1	1	1	13
	FE		4.6	1.2	.3	.6	.3	.6	1.2	1.7	.3	1.2	.3	.3	.6	13.0
ambos miembros la realice	FO		16	4	1	1	0	1	2	2	1	2	0	0	1	31
	FE		11.0	2.8	.7	1.4	.7	1.4	2.8	4.1	.7	2.8	.7	.7	1.4	31.0
Total	FO		16	4	1	2	1	2	4	6	1	4	1	1	2	45
	FE		16.0	4.0	1.0	2.0	1.0	2.0	4.0	6.0	1.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 153. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según problemas psicológicos durante el embarazo

			Problemas Psicológicos durante el Embarazo													
Función Verbal			No Emerge	Temor salud bebé	Present. parto prema.	Angustia	Otros	Temor salud bebé- Temor parto	Temor salud bebé- Present. parto prema.- Ansiedad	Temor salud bebé- Temor salud propia- Present. parto prema.	Temor salud bebé- Temor salud propia	Temor salud bebé- Temor salud propia- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Otros	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto- Otros	Total
ausencia de relación	FO		0	0	0	1	1	1	3	3	0	1	0	1	0	11
	FE		3.9	1.0	.2	.5	.2	.5	1.0	1.5	.2	1.0	.2	.2	.5	11.0
Solo un miembro la realice	FO		1	0	1	0	0	1	1	2	0	2	1	0	1	10
	FE		3.6	.9	.2	.4	.2	.4	.9	1.3	.2	.9	.2	.2	.4	10.0
ambos miembros la realizan	FO		15	4	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	24
	FE		8.5	2.1	.5	1.1	.5	1.1	2.1	3.2	.5	2.1	.5	.5	1.1	24.0
Total	FO		16	4	1	2	1	2	4	6	1	4	1	1	2	45
	FE		16.0	4.0	1.0	2.0	1.0	2.0	4.0	6.0	1.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0

Tabla 155. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según problemas psicológicos durante el embarazo

			Problemas Psicológicos durante el Embarazo													
			No Emerge	Temor salud bebé	Present. parto prema.	Angustia	Otros	Temor salud bebé- Temor parto	Temor salud bebé- Present. parto prema.- Ansiedad	Temor salud bebé-	Temor salud bebé-	Temor salud bebé-	Temor salud bebé-	Temor salud bebé-	Temor salud bebé-	Total
										Temor salud propia- parto prema.	Temor salud bebé- Temor salud propia	Temor salud propia- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Angustia- Otros	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto- Otros	
Comun. Corporal	Inadecuada	FO	0	0	0	1	1	2	3	5	0	1	1	1	1	16
		FE	5.7	1.4	.4	.7	.4	.7	1.4	2.1	.4	1.4	.4	.4	.7	16.0
	Buena	FO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3
		FE	1.1	.3	.1	.1	.1	.1	.3	.4	.1	.3	.1	.1	.1	3.0
	Muy Buena	FO	16	4	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	26
		FE	9.2	2.3	.6	1.2	.6	1.2	2.3	3.5	.6	2.3	.6	.6	1.2	26.0
Total	FO	16	4	1	2	1	2	4	6	1	4	1	1	2	45	
	FE	16.0	4.0	1.0	2.0	1.0	2.0	4.0	6.0	1.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0	

Tabla 156. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según problemas psicológicos durante el embarazo

			Problemas Psicológicos durante el Embarazo														
			No Emerge	Temor salud bebé	Present. parto prema.	Angustia	Otros	Temor salud bebé- Temor parto	Temor salud bebé- Present. parto prema.- Ansiedad	Temor salud bebé- Temor salud propia- Present. parto prema.	Temor salud bebé- Temor salud propia	Temor salud bebé- Temor salud propia- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Temor salud propia- Angustia- Temor parto	Temor salud bebé- Temor salud propia- Angustia- Otros	Temor salud bebé- Angustia- Temor parto- Otros	Total	
Comu. Verbal	Ausencia	FO	0	0	0	1	1	1	2	2	0	1	0	1	0	9	
		FE	3.2	.8	.2	.4	.2	.4	.8	1.2	.2	.8	.2	.2	.4	9.0	
	Inadecuada	FO	0	0	0	0	0	1	2	3	0	1	1	0	1	9	
		FE	3.2	.8	.2	.4	.2	.4	.8	1.2	.2	.8	.2	.2	.4	9.0	
	Buena	FO	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4
		FE	1.4	.4	.1	.2	.1	.2	.4	.5	.1	.4	.1	.1	.2	4.0	
	Muy Buena	FO	16	4	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	23	
		FE	8.2	2.0	.5	1.0	.5	1.0	2.0	3.1	.5	2.0	.5	.5	1.0	23.0	
Total	FO	16	4	1	2	1	2	4	6	1	4	1	1	2	45		
	FE	16.0	4.0	1.0	2.0	1.0	2.0	4.0	6.0	1.0	4.0	1.0	1.0	2.0	45.0		

158. Frecuencias observadas y esperadas de función visual según conflicto materno infantil

Conflicto Materno Infantil									
Función Visual			No Emerge	Abandono	Otros	Abandono-	Abandono-	Abandono-	Total
						Criada por familiares- Muerte padre	Criada por familiares	Criada por familiares- Otros	
Función Visual	solo un miembro la realiza	FO	0	2	0	3	5	1	11
		FE	7.1	.7	.2	.7	2.0	.2	11.0
	ambos miembros la realizan	FO	29	1	1	0	3	0	34
		FE	21.9	2.3	.8	2.3	6.0	.8	34.0
Total		FO	29	3	1	3	8	1	45
		FE	29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0

Tabla 159. Frecuencias observadas y esperadas de función corporal según conflicto materno infantil

			Conflicto Materno Infantil						
Función Corporal			No Emerge	Abandono	Otros	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	Abandono- Criada por familiares	Abandono- Criada por familiares- Otros	Total
ausencia de relación	FO		0	0	0	0	1	0	1
	FE		.6	.1	.0	.1	.2	.0	1.0
solo un miembro la realiza	FO		0	3	1	3	5	1	13
	FE		8.4	.9	.3	.9	2.3	.3	13.0
ambos miembros la realizan	FO		29	0	0	0	2	0	31
	FE		20.0	2.1	.7	2.1	5.5	.7	31.0
Total	FO		29	3	1	3	8	1	45
	FE		29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0

Tabla 160. Frecuencias observadas y esperadas de función verbal según conflicto materno infantil

			Conflicto Materno Infantil						
			No Emerge	Abandono	Otros	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	Abandono- Criada por familiares	Abandono- Criada por familiares- Otros	Total
Función Verbal	ausencia de relación	FO	0	2	0	3	5	1	11
		FE	7.1	.7	.2	.7	2.0	.2	11.0
	solo un miembro la realiza	FO	5	1	1	0	3	0	10
		FE	6.4	.7	.2	.7	1.8	.2	10.0
	ambos miembros la realizan	FO	24	0	0	0	0	0	24
		FE	15.5	1.6	.5	1.6	4.3	.5	24.0
Total		FO	29	3	1	3	8	1	45
		FE	29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0

Tabla 161. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación visual según conflicto materno infantil

			Conflicto Materno Infantil						
			No Emerge	Abandono	Otros	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	Abandono- Criada por familiares	Abandono- Criada por familiares- Otros	Total
Comu. Visual	Ausencia	FO	0	1	0	0	0	0	1
		FE	.6	.1	.0	.1	.2	.0	1.0
	Inadecuada	FO	2	2	0	3	5	1	13
		FE	8.4	.9	.3	.9	2.3	.3	13.0
	Buena	FO	3	0	1	0	3	0	7
		FE	4.5	.5	.2	.5	1.2	.2	7.0
	Muy Buena	FO	24	0	0	0	0	0	24
		FE	15.5	1.6	.5	1.6	4.3	.5	24.0
	Total	FO	29	3	1	3	8	1	45
		FE	29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0

Tabla 162. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación corporal según conflicto materno infantil

			Conflicto Materno Infantil						
			No Emerge	Abandono	Otros	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	Abandono- Criada por familiares	Abandono- Criada por Familiares- Otros	Total
Comu. Corporal	Inadecuada	FO	2	3	1	3	6	1	16
		FE	10.3	1.1	.4	1.1	2.8	.4	16.0
	Buena	FO	1	0	0	0	2	0	3
		FE	1.9	.2	.1	.2	.5	.1	3.0
	Muy Buena	FO	26	0	0	0	0	0	26
		FE	16.8	1.7	.6	1.7	4.6	.6	26.0
Total	FO	29	3	1	3	8	1	45	
	FE	29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0	

Tabla 163. Frecuencias observadas y esperadas de comunicación verbal según conflicto materno infantil

			Conflicto Materno Infantil						
			No Emerge	Abandono	Otros	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	Abandono- Criada por familiares	Abandono- Criada por familiares- Otros	Total
Comu. Verbal	Ausencia	FO	0	2	0	3	4	0	9
		FE	5.8	.6	.2	.6	1.6	.2	9.0
	Inadecuada	FO	2	1	1	0	4	1	9
		FE	5.8	.6	.2	.6	1.6	.2	9.0
	Buena	FO	4	0	0	0	0	0	4
		FE	2.6	.3	.1	.3	.7	.1	4.0
	Muy Buena	FO	23	0	0	0	0	0	23
		FE	14.8	1.5	.5	1.5	4.1	.5	23.0
	Total	FO	29	3	1	3	8	1	45
		FE	29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0

Tabla 164. Frecuencias observadas y esperadas de función sostén según conflicto materno infantil

		Conflicto Materno Infantil							
		No Emerge	Abandono	Otros	Abandono- Criada por familiares- Muerte padre	Abandono- Criada por familiares	Abandono- Criada por familiares- Otros	Total	
Función Sostén	Inadecuada	FO	1	3	0	3	7	1	15
		FE	9.7	1.0	.3	1.0	2.7	.3	15.0
Buena		FO	1	0	1	0	1	0	3
		FE	1.9	.2	.1	.2	.5	.1	3.0
Muy Buena		FO	27	0	0	0	0	0	27
		FE	17.4	1.8	.6	1.8	4.8	.6	27.0
Total		FO	29	3	1	3	8	1	45
		FE	29.0	3.0	1.0	3.0	8.0	1.0	45.0