# EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO

# AVAL DEL TUTOR

Yo, **JESUS LEAL GUTIERREZ, en** mi carácter de Tutor del Trabajo de

Especialización Maestría_____ Tesis Doctoral **X**

Titulado:

**EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA**
**BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO**

Presentado por el ciudadano **_ GONZALO MEDINA AVELEDO_** titular de la Cédula de Identidad Nº **4.838.907**, opino que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación por parte de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Ciencias Médicas, para ser aprobado y considerado como trabajo de investigación conducente a la obtención del Título de Doctor en Ciencias Médicas. En Valencia a los **20** días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil **DIECIOCHO**

_____

CI N° 4576312

## ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

**EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO**

Presentada para optar al grado de **Doctor en Ciencias Médicas** por el (la) aspirante:

**MEDINA A., GONZALO F.**
**C.I. V- 4838907**

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Jesús Leal C.I. 4576312, decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **21/02/2019**

**Dr. (a) Cira Bracho** (Presidente)
2782612
21/02/2019

**Dr. (a) Jesús Leal**
C.I. 4576312
Fecha 21-02-2019

**Dr. (a) Oswaldo Guerra**
C.I. V2840601
Fecha 21-02-2019

**Dr. (a) Rosa Alba Cardozo**
C.I. 5494337
Fecha 21-02-2019

**Dr. (a) Guillermina Salazar de Dugarte**
C.I. 3765343
Fecha 21-02-2019

TG-CS:125-18

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

# EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA
# BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO

**Autor:** Gonzalo Medina Aveledo

**Tutor:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez

**Valencia, Noviembre 2018**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

# EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA
# BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO

**Autor:** Gonzalo Medina Aveledo

**Tutor:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez

Trabajo que se presenta ante la Comisión Coordinadora del Doctorado en Ciencias Médicas de la Universidad de Carabobo para su aprobación como Tesis Doctoral para optar al Título de

**DOCTOR EN CIENCIAS MÉDICAS**

**Valencia, Noviembre 201**

## DEDICATORIA

**A mis padres, Gonzalo y Gladys** farol guía de lo que hoy soy.

**A mis hermanos José Gregorio y Julio Cesar,** por su apoyo.

**A mi esposa, Daisa Emperatriz,** fiel ejemplo de amor, paciencia y tolerancia.

**A mi hijo Gonzalo Emmanuel,** para que este nuevo logro le sirva de ejemplo en su vida.

**A mi tía preferida desde siempre, Gloria** fiel demostración de cómo controlando las emociones se puede vencer cualquier adversidad. A través de ella también va esta dedicatoria al resto de mi familia.

**Al Dr. José Ramón López Gómez**. Culminaba mi bachillerato en Pto. Cabello, cuando un día acudí al Dr. López, para que me orientara en mi primer trabajo de investigación que iba a realizar. Me brindó su apoyo para realizar el estudio y recuerdo que durante toda una tarde me hablo de la Medicina, ciencia noble y humana y del apostolado que representaba ser médico. Graduado de médico siguiendo sus pasos escogí la Obstetricia como especialidad. Entusiasmado por la historia, al igual que él, escribí un libro sobre Luis Razetti, y acudí al Dr. López porque requería su aval. Con la generosidad de siempre apoyó esa publicación y comenzó a motivarme para que ingresará a cursar el doctorado en Ciencias Médicas. Una vez culminada una maestría que realizaba, me inscribí en el doctorado y mientras esperaba el inicio de las actividades académicas, partió a la eternidad. Maestro le dedico esta investigación y sé que en el plano donde está, regocijado se encuentra. Fue un privilegio haberlo conocido, tratado y escuchado en su existencia terrenal.

**Al Dr. Jesús Leal Gutiérrez,** no es común dedicar la investigación a quien la ha dirigido académicamente, pero he querido singularizar mi dedicatoria al Dr. Leal como ser humano, expresión de sencillez, humildad y fundamentalmente amistad. El último concepto que aprendí a través de él en esta investigación me aproximó aún más al orden implícito que subyace por debajo del mundo desplegado. Ha sido una conexión fantástica. Por eso Amigo, te dedico esta investigación y en tiempo presente, también ha sido un gran privilegio encontrarte en esta vía del conocimiento, que al final ha consolidado nuestra amistad.

**AGRADECIMIENTO**

A todas las gestantes que
participaron en esta investigación

## ÍNDICE DE CONTENIDO

**Pag.**

**Dedicatoria……..…..….vi**

**Agradecimientos……..……vii**

**Índice de contenido……..……viii**

**Índice de Figuras…….…....xviii**

**Índice de Tablas……..…….….xix**

**Índice de Gráficos…….…...….xxii**

**Resumen…….……xxiii**

**Abstract……...……..xxiv**

**INTRODUCCIÓN……**25

**ESCENARIO 1**

**CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA…….…... 31**

1.1 El fenómeno propiamente dicho……...31

1.2 Propósitos de la investigación……. 38

1.2.1 Propósito general…… 38

1.2.2 Propósitos específicos…… 38

1.2.2.1 Abordaje cuantitativo…….. 38

1.2.2.2 Abordaje cualitativo…… 39

1.2.2.3 Creación de una teoría innovadora…….. 39

1.3 Delimitación del estudio…….. 39

1.4 Justificación del estudio…… 41

**ESCENARIO 2**

**VISION DE LA REALIDAD DESDE OTRAS INVESTIGACIONES ……...** 43

2.1 Investigaciones relacionadas con el paradigma integral holónico…… 43

2.2 Investigaciones relacionadas con las constelaciones familiares……. 47

2.3 Investigaciones relacionadas con la metodología cualitativa, Fenomenológica y etnográfica…… 49

2.4 Investigaciones relacionadas con la metodología cuantitativa, adaptación Psicosocial en el embarazo……. 54

**ESCENARIO 3**

**MARCO TEÒRICO REFERENCIAL……**57

**3.1 La gestante y su gran misión…**…….. 58

3.1.1 La gestante primigesta…… 61

3.1.2 Modificaciones fisiológicas que ocurren en la gestante……. 63

3.1.2.1 Cambios digestivos…….. 64

3.1.2.2 Cambios cardiocirculatorios…… 65

3.1.2.3 Cambios respiratorios…….. 65

3.1.2.4 Cambios renales……... 66

3.1.2.5 Cambios hematológicos……... 66

3.1.2.6 Cambios endocrinos……67

3.1.2.6.1 Hormonas placentarias…….. 67

3.1.2.6.2 Hormonas de otras glándulas endocrinas……..69

3.1.2.7 Cambios metabólicos……... 71

3.1.2.8 Cambios dermatológicos……. 72

3.1.3 El mundo emocional de la gestante…… 73

3.1.3.1 Concepto de emoción…….. 73

3.1.3.2 Aspectos neuroanatómicos y fisiológicos de las Emociones…… 73

3.1.3.3 Componentes de las emociones…….. 76
3.1.3.4 Tipos de emociones…… 78
3.1.3.5 Embarazo y emoción……78
3.1.3.6 Cambios emocionales distribuidos por trimestres…….. 82
3.1.4 La adaptación psicosocial de la gestante…… 97
3.1.5 La gestante y la educación prenatal……102
3.1.6 Las conexiones ancestrales transgeneracionales y la influencia de la gestante……..110
**3.2 El útero, un lugar para aprender……..125**
3.2.1 Útero antropológico……...116
3.2.2 Útero anatómico…… 118
3.2.3 Útero emocional……120
3.2.4 Útero sociocultural……122
3.2.5 Útero como primera escuela…….... 123
**3.3 El bebé intrauterino, un vigoroso aprendiz…**……..…….…….....125
3.3.1 Desarrollo embrio-fetal……...……..…...…...126
3.3.1.1 Período germinal…….…….126
3.3.1.2 Período embrionario……...…….…….127
3.3.1.3 Período fetal…….…… 128
3.3.2 Desarrollo sensorial fetal…….……... 130
3.3.2.1 El tacto…….…….130
3.3.2.2 El gusto……...…….…….. 131
3.3.2.3 El olfato…….…….. 132
3.3.2.4 El oído…….…… 134
3.3.2.5 La visión…….…….…… 136
3.3.3 Desarrollo de la motilidad fetal…….…….…….138

3.3.4 Desarrollo cognitivo fetal……139

3.3.5 Desarrollo del aprendizaje y la memoria fetal……142

3.3.5.1 La memoria……...143

3.3.5.2 La memoria prenatal…….146

3.3.5.3 La memoria celular……...150

3.3.6 Desarrollo afectivo fetal……..154

3.3.7 Desarrollo del psiquismo fetal…… 160

3.3.7.1 Argumentos psicoanalíticos……. 162

3.3.7.2 Los primeros hallazgos acerca de la vida Intrauterina……. 171

3.3.7.3 La Vida Intrauterina como origen del psiquismo…… 175

3.3.7.3.1 Factores que influyen en la constitución de la personalidad fetal……. 175

3.3.7.3.2 El funcionamiento psíquico fetal…….. 180

3.3.8 La programación fetal……. 185

**3.4 El método: Modelo integral holónico…**……. 187

3.4.1 Ken Wilber, creador del modelo……. 188

3.4.2 Lo integral del enfoque…….. 190

3.4.3 Lo holónico del modelo…….. 191

3.4.4 Los cuatro cuadrantes……. 192

3.4.5 Lo general de los cuadrantes..... 194

3.4.5.1 Lo interior y lo exterior…… 194

3.4.5.2 Lo individual y lo colectivo……. 194

3.4.6 Lo particular de los cuadrantes…….. 196

3.4.7 La medicina desde los cuatro cuadrantes……198

3.4.8 El abordaje integral y la triangulación…… 199

**3.5 La herramienta: Las constelaciones familiares…**…… 200

3.5.1 La familia…… 200
3.5.2 Enfoque sistémico familiar……. 201
3.5.3 Los memes y la memética…….. 202
3.5.4 Las lealtades invisibles y los movimientos del espíritu……. 205
3.5.5 Las Constelaciones familiares…… 209
3.5.5.1 Aspectos epistemológicos…… 211
3.5.5.2 La praxis de las constelaciones familiares…….. 213
3.5.5.3 Principios fundamentales del trabajo con Constelaciones familiares…… 216
3.5.5.4 Origen fenomenológico de las enfermedades…….. 223
3.5.6 Constelaciones prenatales…….. 225
**3.6 El proyecto/sentido…….** 227
3.6.1 ¿Qué es un proyecto?..... 227
3.6.2 ¿Cómo surge esta teoría?..... 228
3.6.3 Esencia del Proyecto/sentido…….. 231
3.6.4 Teorías que le dan soporte al proyecto/sentido…….. 237
3.6.5 Finalmente…….. 239
**3.7 Consideraciones bioéticas…**…….. 241
3.7.1 Principio de beneficencia…….. 243
3.7.2 Principio de no maleficencia…….. 244
3.7.3 Principio de autonomía o de libertad de decisión…….. 244
3.7.4 Principio de justicia…….245

**ESCENARIO 4**

**ATREVIMIENTO METODOLÓGICO……** 247
**4.1 Matriz epistémica…**…… 247

**4.2 Abordaje cuantitativo…**…… 249
4.2.1 Tipo de estudio……249
4.2.2 Hipótesis de investigación……. 250
4.2.3 Variables…… 251
4.2.3.1 Variable dependiente…….. 251
4.2.3.2 Variables independientes……. 251
4.2.4 Diseño de investigación……..252
4.2.5 Universo y muestra……. 252
4.2.6 Instrumentos y materiales utilizados……...254
4.2.6.1 Cuestionario de datos sociodemográficos…… 254
4.2.6.2 Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ)…… 255
4.2.7 Fases de la investigación…….258
**4.3 Abordaje Cualitativo……...** 260
4.3.1 Primer tiempo: Investigación etnográfica……...261
4.3.1.1 Participantes……. 264
4.3.1.2 Técnicas de recolección de datos……. 264
4.3.1.2.1 Observación participante…….. 265
4.3.1.2.2 Entrevistas de profundidad…… 266
4.3.1.2.3 Documentación……..268
4.3.1.3 Procesamiento de los datos…….. 269
4.3.1.4 Confiabilidad……275
4.3.2 Segundo tiempo: Investigación Fenomenológica hermenéutica…….276
4.3.2.1 Participantes……. 280
4.3.2.2 Aspectos éticos…….280
4.3.2.3 Valor y validez científica-clínica……. 281
4.3.2.4 Técnicas de recolección de datos……. 281

4.3.2.5 Procedimiento…….. 281

**4.4.- Triangulación y creación de una teoría…**…….. 283

**ESCENARIO 5**

**RESULTADOS E INTERPRETACIÓN……** 288

**5.1 El proceso de reflexión…….**288

**5.2 Abordaje cuantitativo…**……..291

5.2.1 Análisis descriptivo del grado o nivel de adaptación psicosocial….. 291

5.2.2 Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos……..292

5.2.2.1 Edad……..292

5.2.2.2 Estado civil……...294

5.2.2.3 Nivel educativo alcanzado…….. 296

5.2.2.4 Condición laboral……297

5.2.2.5 Convivencia……. 298

5.2.2.6 Planificación del embarazo…….. 299

5.2.2.7 Procedencia…….. 300

5.2.2.8 Resumen e interpretación de los datos socio-demográficos encontrados en las gestantes con deficiente adaptación psicosocial.300

5.2.3 Análisis descriptivo del Cuestionario de Evaluación Prenatal

en gestantes con deficiente adaptación psicosocial……. 301

5.2.3.1 Dimensión Aceptación del embarazo…….. 302

5.2.3.1.1 Resumen e Interpretación de los resultados de la

Dimensión aceptación del embarazo……306

5.2.3.2 Dimensión Calidad de la relación con la madre…….. 307

5.2.3.2.1 Resumen e Interpretación de los resultados de

la Dimensión calidad de relación con la madre…… 310

5.2.3.3 Dimensión calidad de relación con la pareja……311
5.2.3.3.1 Resumen e interpretación de los resultados de la dimensión calidad de relación con la pareja…… 316
5.2.3.4 Dimensión Preparación para el parto…….. 316
5.2.3.4.1 Interpretación de los resultados de la dimensión preparación al parto…… 317
5.2.3.5 Dimensión: Preocupación por el bienestar propio y del bebé……. 293
5.2.3.5.1 Interpretación de los resultados de la dimensión Preocupación por el bienestar propio y del bebé……. 318
5.2.3.6 Dimensión Rol Materno……...318
5.2.4 Análisis Inferencial del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ) en gestantes con deficiente adaptación psicosocial……. 318
5.2.4.1 Hipótesis 1……319
5.2.4.2 Hipótesis 2……321
5.2.4.3 Hipótesis 3……324
5.2.4.4 Hipótesis 4……326
5.2.4.5 Hipótesis 5……328
5.2.4.6 Hipótesis 6……330
**5.3 Abordaje cualitativo**…… 332
5.3.1 Investigación etnográfica…… 333
5.3.1.1 Participantes…… 334
5.3.1.2 ¿Cómo obtuve los resultados?.....336
5.3.1.3 Categorías y sub categorías……..337
5.3.1.3.1 Categoría: Descubrimiento del embarazo……. 337

5.3.1.3.1.1 Sub categoría Enfrentamiento con la Noticia…….. 338
5.3.1.3.1.2 Sub categoría Compartiendo la noticia...339
5.3.1.3.1.3 Sub categoría Reacción individual……. 340
5.3.1.3.1.4 Sub categoría Reacciones del entorno… 341
5.3.1.3.2 Categoría Situación-país…….. 342
5.3.1.3.3 Interpretación categorías Descubrimiento del embarazo y situación-país……342
5.3.1.3.4 Categoría Emociones…….344
5.3.1.3.4.1 Sub categoría Ambivalencia……...344
5.3.1.3.4.2 Sub categoría Sentimientos…… 345
5.3.1.3.4.3 Sub categoría Pensamientos…….. 346
5.3.1.3.4.4 Sub categoría Percepción…….. 346
5.3.1.3.5 Interpretación Categoría Emociones……. 346
5.3.1.3.6 Categoría Cultura…….. 347
5.3.1.3.6.1 Sub categoría Creencias……. 348
5.3.1.3.6.2 Sub categoría Costumbres, tradiciones y consejos…… 349
5.3.1.3.6.3 Sub categoría Convivencia……. 350
5.3.1.3.6.4 Sub categoría Rutina……...350
5.3.1.3.6.5Interpretación Categoría cultura……..351
5.3.1.7 Categoría Expectativa…….. 352
5.3.1.8 Interpretación etnográfica global……. 353
5.3.2 Investigación fenomenológica hermenéutica……. 354
5.3.2.1 Caso 1 Sintomatología emergente: Hiperemésis……. 355
5.3.2.2 Caso 2 Sintomatología emergente: Tristeza, melancolía….361

5.3.2.3 Caso 3 Sintomatología emergente: Ansiedad…….. 365

**5.4 Triangulación y creación de una teoría……** 369

**ESCENARIO 6**

**REFLEXION FINAL……** 371

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……** 376

**ANEXOS**

Consentimiento informado 1 …….. 393

Consentimiento informado 2 …….. 394

Consentimiento informado 3……. 395

**NDICE DE FIGURAS**

**Pag**

**Figura 1**. Síntesis de Contenidos del marco teórico referencial…… 33

**Figura 2.** Visión integral por cuadrantes en salud…… 173

**Figura 3.** Técnicas de recolección de información y procesamiento de datos…… 241

**Figura 4.** Citas, códigos y familias…… 247

**Figura 5.** Proceso general de análisis con ATLAS-ti…… 248

**Figura 6.** Red de interrelación: Descubrimiento del embarazo…… 338

**Figura 7.** Red de interrelación: Compartiendo la noticia……340

**Figura 8.** Red de interrelación: Categorías descubrimiento de la noticia y Situación-país…… 343

**Figura 9.** Red de interrelación: Categoría Emociones…… 347

**Figura 10.** Red de interrelación: Categoría Cultura……352

**Figura 11.** Red de interrelación Etnográfica global …….. 354

**Figura 12.** Leyenda CF…….. 356

**Figura 13.** Desarrollo 1 CF…… 356

**Figura 14.** Desarrollo 2 CF…… 358

**ÌNDICE DE TABLAS**

**Pag**

**Tabla 1.** Nivel de Adaptación psicosocial…… 291

**Tabla 2.** Edad de la gestante con deficiente adaptación psicosocial…… 293

**Tabla 3.** Edad vs Nivel de adaptación Psicosocial……..294

**Tabla 4.** Estado civil. Porcentaje…….295

**Tabla 5.** Estado civil vs nivel de adaptación psicosocial…… 295

**Tabla 6.** Nivel educativo alcanzado…… 296

**Tabla 7.** Condición laboral en gestantes con débil APS……. 298

**Tabla 8.** Convivencia vs Nivel de adaptación…….298

**Tabla 9.** Embarazo planificado……. 299

**Tabla 10.** Estadísticos de medias. Dimensión aceptación del embarazo… 303

**Tabla 11.** Dimensión aceptación del embarazo: medias de todos los Ítems…….. 303

**Tabla 12.** Estadísticos de frecuencias. “Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada”…….. 304

**Tabla 13.** Estadísticos descriptivos de frecuencias. “Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil”…….. 304

**Tabla 14.** Estadísticos de frecuencias. “Puedo tolerar las molestias del embarazo”…….. 305

**Tabla 15.** Estadísticos de frecuencias. “Me cuesta aceptar el embarazo”. 305

**Tabla 16.** Estadísticos de frecuencias**.** “Ojalá no estuviera embarazada”.. 306

**Tabla 17.** Estadísticos de medias. Calidad de relación con la madre…… 308

**Tabla 18.** Estadísticos de frecuencia. “Me cuesta hablar con mi madre Sobre mis problemas”…….309

**Tabla 19.** Estadísticos de medias. Dimensión Calidad de la relación con

la pareja……...312
**Tabla 20.** Estadísticos de frecuencias. "Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito"…… 313
**Tabla 21.** Estadísticos de frecuencia. "Mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo"……. 315
**Tabla 22.** Correlación de Spearman. Ítem 1 y Aceptación del embarazo.. 319
**Tabla 23.** Variables predictoras y dependientes**.** Ítem 1 y Aceptacion del Embarazo……..... 320
**Tabla 24.** Anova. Ítem 1 y Aceptacion del embarazo……. 320
**Tabla 25.** Coeficientes. Ítem 1 y Aceptacion del embarazo……. 321
**Tabla 26.** Correlación de Spearman. Ítem 2 y Aceptación del embarazo.. 322
**Tabla 27.** Variables predictoras y dependientes. Ítem 2 y Aceptacion del Embarazo…… 322
**Tabla 28.** Anova. Ítem y Aceptacion del embarazo…… 323
**Tabla 29.** Coeficientes. Ítem 2y Aceptacion del embarazo…… 323
**Tabla 30.** Correlación de Spearman**.** Ítem 31 y Adaptación psicosocial al Embarazo…… 324
**Tabla 31.** Variables predictoras y dependientes**.** Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo……. 325
**Tabla 32.** Anova. Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo…….325
**Tabla 33.** Coeficientes. Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo…326
**Tabla 34.** Correlación de Spearman. Ítem 33 y Aceptación del embarazo.326
**Tabla 35.** Variables predictoras y dependientes. Ítem 33 y Aceptacion del Embarazo…… 327
**Tabla 36.** Anova. Ítem 33 y Aceptacion del embarazo…… 327
**Tabla 37.** Coeficientes. Ítem 33 y Aceptacion del embarazo…… 328

**Tabla 38.** Correlación de Spearman. Ítem 34 y Aceptación del embarazo. 329

**Tabla 39.** Variables predictoras y dependientes. Ítem 34 y Aceptacion del Embarazo…… 329

**Tabla 40.** Anova. Ítem 34 y Aceptacion del embarazo…… 330

**Tabla 41.** Coeficientes. Ítem 34 y Aceptacion del embarazo…… 330

**Tabla 42.** Correlación de Spearman**.** Aceptación del embarazo y Adaptación psicosocial al embarazo…… 331

**Tabla 43.** Variables predictoras y dependientes. Aceptacion del embarazo y Adaptación psicosocial al embarazo…… 331

**Tabla 44.** Anova. Aceptacion del embarazo y Adaptación psicosocial al Embarazo…… 332

**Tabla 45.** Coeficientes. Aceptación del embarazo y Adaptación psicosocial al embarazo…… 332

**INDICE DE GRÁFICOS**

**Pag**

**Gráfico 1.** Grado o nivel de adaptación psicosocial……292

**Gráfico 2.** Edad. Medidas de tendencia central…….. 293

**Gráfico 3.** Nivel de estudios alcanzados en las gestantes con deficiente Adaptación psicosocial. Porcentajes……..296

**Gráfico 4.** Condición laboral……...297

**Gráfico 5.** Embarazo planificado en gestantes con débil APS. Porcentaje.299

**Gráfico 6.** Procedencia de las gestantes con débil APS……..300

**Gráfico 7. "**Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos a menudo"…… 309

**Gráfico 8.** "Mi madre critica mis decisiones" Porcentaje…….. 310

**Gráfico 9.** "Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada. Porcentaje.313

**Gràfico10.** Nivel de comunicación con la pareja. Porcentaje…… 314

**Gráfico 11. "**Mi pareja y yo hablamos del bebé que esperamos. Porcentaje……. 315

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

# EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA
# BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO

**Autor:** Gonzalo Medina Aveledo

**Tutor:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez

**Noviembre, 2018**

## RESUMEN

**Situación en estudio:** Los elementos transgeneracionales, las emociones maternas y el entorno, inciden en el bebé intrauterino, determinando su personalidad futura. **Propósito:** Generar una teoría integral holónica sobre las conexiones ancestrales y la influencia materna en el aprendizaje fetal en el útero, la primera escuela**. Camino recorrido:** Participaron 100 gestantes primigestas, entre 20 y 30 años de edad, cursantes del II trimestre del embarazo. Se utilizó el modelo epistémico integral holónico, se realizaron tres investigaciones: una cuantitativa determinando el nivel de adaptación psicosocial de la cual se obtuvo una muestra que presentó bajo nivel adaptativo, a ésta, cualitativamente se le estudió etnográficamente y luego de ésta última, se tomó una muestra de gestantes que presentaron sintomatologías emergentes, a las cuales se les realizó la psicoterapia Constelaciones Familiares, con la finalidad de comprender e interpretar el fenómeno. **Resultados e Interpretación:** el 28% de las gestantes presentaron deficiente adaptación psicosocial, etnográficamente el condicionante influyente fue la situación-país y los hechos que afloraron en las constelaciones familiares como precipitantes de las sintomatologías emergentes fueron las alteraciones del orden familiar y los secretos familiares. Hecha la triangulación se creó la teoría: Deudas Meméticas Inconscientes. **Reflexiones finales:** Resulta importante e imprescindible, considerar que junto a la valoración clínica de nuestras gestantes, en el control prenatal se precise, determine y se corrija cuando lo amerite, la condición emocional de nuestras embarazadas. El futuro está en el útero, suerte de primera escuela y las emociones son el canal para diseñar y construir una mejor sociedad, la que todos aspiramos.

**Palabras clave:** Modelo integral holónico, Emociones maternas, Constelaciones Familiares, Proyecto/sentido

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

# EL ÚTERO LA PRIMERA ESCUELA
# BAJO EL ENFOQUE INTEGRAL HOLÓNICO

**Autor:** Gonzalo Medina Aveledo

**Tutor:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez

**November, 2018**

## ABSTRACT

**Situation under study**: The transgenerational elements, the maternal emotions and the environment, affect the intrauterine baby, determining his future personality. **Purpose**: To generate a holonico theory about ancestral connections and the maternal influence on fetal learning in the uterus, the first school. **Way covered**: 100 pregnant primigrams, between 20 and 30 years of age, enrolled in the II trimester of pregnancy. The integral holonico epistemic model was used, three investigations were carried out: a quantitative one determining the level of psychosocial adaptation from which a sample was obtained that presented low adaptive level, to this, qualitatively it was studied ethnographically and after the latter, it was taken a sample of pregnant women who presented emergent symptomatology, to whom the Family Constellations psychotherapy was carried out, in order to understand and interpret the phenomenon. **Results and Interpretation**: 28% of the pregnant women presented deficient psychosocial adaptation, ethnographically the influential conditioner was the country situation and the facts that emerged in the family constellations as precipitants of the emerging symptoms were alterations of family order and family secrets. Once the triangulation was made, the theory was created: Unconscious Memetic Debts. **Final reflections**: It is important and essential to consider that together with the clinical assessment of our pregnant women, in prenatal control, the emotional condition of our pregnant women is needed, determined and corrected when necessary. The future is in the womb, luck of the first school and emotions are the channel to design and build a better society, which we all aspire to.

**Keywords:** holonico integral model, maternal emotions, family constellations, project / sense

# INTRODUCCIÓN

El interés por los temas y situaciones que se abordan en éste estudio, viene desde hace algunos años. En mi ejercicio profesional como médico obstetra, el contacto diario con una inmensa cantidad de gestantes, me ha permitido constatar en tiempo real, cómo las emociones junto con el entorno en el cual se desenvuelven, tiene alta repercusión en el desarrollo y evolución del bebé intrauterino.

Constatarlo, fue generando en mí, un cúmulo de interrogantes que traspasaba el ámbito de lo tangible, de lo medible, de lo que la ciencia médica podía precisar, a través de los sentidos. Intuía que tenía que haber algo más allá de lo mesurable, más transgeneracional, más fenomenológico. Fue así como un día cualquiera, "causalmente" llegó a mis manos, el libro "La vida secreta del niño antes de nacer", escrito por Tomás Verny, psiquiatra canadiense de avanzada. Su lectura me hizo comprender, que no estaba equivocado. Ubicado en ese contexto, me dedique a indagar y a estudiar el tema con inquietante amplitud y profundidad. Con un conocimiento consolidado, me convertí con el paso del tiempo, en difusor de las influencias que ejercen el entorno y las emociones maternas, en el bebé intrauterino, en diferentes escenarios.

Para comprobar mi motivación inicial y por ende comprender el fenómeno implícito, necesitaba investigarlo, pero debía encontrar un modelo epistémico que se ajustara a nuestros propósitos.

Durante el siglo pasado, se gestaron numerosos avances científicos, tecnológicos y comunicacionales que promovieron cambios y transformaciones en

diferentes ámbitos. Estos logros estuvieron guiados por el método científico bajo el modelo reduccionista, muy distante de la incorporación gradual e integral de esos avances, en la vida del sujeto.

Hoy en día, en la segunda década del siglo XXI, estamos inmersos en una complejidad de fenómenos y procesos que contemplan múltiples dimensiones e inter conexiones con el entorno, los cuales exigen la presencia, cada vez más, de una visión integral, que dé respuestas rápidas, innovadoras y pertinentes al mundo actual.

Una visión integral, es aquella que sintetiza el potencial humano, utilizando todos los recursos para enfrentar cualquier situación, aprovechando los distintos conocimientos generados a lo largo de la historia desde diferentes perspectivas, teniendo como eje central el holón, especie de totalidad que al mismo tiempo es parte.

Bajo esa premisa, Ken Wilber, psicólogo transpersonal, filósofo, científico y místico estadounidense, creó el modelo Integral holónico, logrando integrar diferentes dimensiones individuales (objetivas y subjetivas) y colectivas (sociales y culturales), conformando los denominados cuadrantes, que permiten identificar con claridad y relativa simplicidad, todas las correlaciones existentes en las diversas áreas del conocimiento: lo psicológico, lo social, lo cultural y lo emocional. Este enfoque al tiempo que logra la unión de la ciencia con la espiritualidad, combina armónicamente lo cuantitativo con lo cualitativo, lo positivista con lo fenomenológico.

Al conocer el paradigma integral holónico, entendí que mediante este enfoque, podía incorporar y conjugar diversos elementos haciendo integral el estudio de las emociones maternas y su entorno.

Acto seguido, me dispuse desarrollar el componente transgeneracional, buscando precisar si las emociones maternas tenían un origen ancestral. Eso me llevó a investigar más, a leer copiosamente hasta la letra chiquita de una inmensa cantidad de textos.

La familia es un sistema de manera que todos sus integrantes están literalmente interrelacionados. Lo que afecte a cualquier integrante del núcleo familiar, repercute en todos, y esto es guardado en la memoria familiar de manera inconsciente. Cuando un nuevo miembro se integra al clan familiar, asume las deudas o méritos que le son legadas por sus ancestros. Este mundo fenomenológico nos generó más motivación. Nuevamente la causalidad se hizo presente cuando tuve conocimiento de la hoy mundialmente conocida ciencia Hellinger, la cual a través de las Constelaciones familiares como psicoterapia, creada por Bert Hellinger, puede hacer consciente lo inconsciente, desplegando el mundo implícito en el mundo explícito, sanando por lo tanto, los campos de la conciencia familiar que han presentado desequilibrios.

Sin embargo, sentía que me faltaba un ingrediente más. Hasta ahora tenía un modelo epistémico, una técnica psicoterapéutica, así como el conocimiento de cómo las emociones maternas junto con los aspectos transgeneracionales ejercen gran influencia en el nonato. Me faltaba considerar un aspecto crucial: la

motivación para embarazarse ¿Dónde la ubicaba? Como anillo al dedo me vino el conocimiento de una teoría creada por el psicólogo francés Marc Fréchet conocida como el Proyecto/Sentido que explica cuáles fueron los condicionamientos de los padres para concebir un hijo relacionándolo con lo que el feto graba en su inconsciente, cuando está en el útero materno, hasta los tres años de edad.

Toda creación, incluso la vida, parte de un proyecto. Un proyecto es un deseo, un pensamiento, que implica planificar y elaborar una serie de instrucciones para alcanzar un objetivo. El sentido es el significado, la razón de ser o la finalidad de este proyecto, de manera que un proyecto solo puede expresar el sentido por el cual ha sido concebido.

Esta teoría se sustenta en dos dimensiones: una temporal o cuantitativa que corresponde al periodo que va desde nueve meses antes de la concepción hasta tres años después del nacimiento; y una estructural o cualitativa, que contempla todo lo que la historia familiar transmite inconscientemente al bebé, información, que lo va a condicionar a lo largo de toda su existencia en esta vida terrenal. Esta teoría se entrelaza con el componente fenomenológico de esta investigación dándole una connotación transdisciplinaria.

El físico cuántico y filósofo David Bohm [(1)], discípulo de Einstein y amigo personal de Krishnamurti, en un intento por conjugar la física relativista con la física cuántica, creó la teoría "La Totalidad y el orden implicado". Todo lo que se percibe a través de los sentidos e instrumentos, configura según Bohm, un orden explícito o desplegado. Por ejemplo, los aspectos psicosociales y culturales de esta

investigación representarían el orden desplegado. Subyacente a este, existe otro orden, el implícito, o plegado sobre sí mismo, el cual mientras no se despliegue, no se puede conocer. En todo caso, Bohm a través de su teoría postula que la totalidad se logra cuando se une lo implícito con lo desplegado, siendo éste (orden implícito) quien determina la totalidad.

En la conciencia, ambos órdenes se aplican. Las emociones, por ejemplo, se ubican dentro orden desplegado. Pero por debajo de ella, subyace el orden implícito, que por similitud llamaríamos el inconsciente, en el cual se encuentran los programas heredados transgeneracionalmente y el Proyecto/Sentido. Cada vez que se tome conciencia de algo es porque el orden implícito se ha expresado en la vida, bajo la modalidad de orden desplegado.

Con todas estas premisas completamos la ecuación: un tema, una matriz epistémica y una herramienta psicoterapéutica. Así se originó esta investigación que presento, la cual se desarrolló a través de seis etapas que se detallan a continuación:

Escenario I: caracterizado por el fenómeno en estudio, los propósitos, la delimitación y justificación de la investigación.

Escenario II: destaca la visión de la realidad desde la perspectiva de otras investigaciones.

Escenario III: detalla los soportes teóricos y los sustentos bioéticos pertinentes al estudio.

Escenario IV: señala el camino transitado mediante dos abordajes: cuantitativo y cualitativo, el método, los participantes, las técnicas de recolección y el procesamiento de la información.

Escenario V: muestra los resultados e interpretación de los mismos.

Escenario VI: contempla las reflexiones finales de la investigación.

Investigar es una aventura apasionante, avasallante, es disfrutar cada encuentro con el conocimiento. Es un momento sublime que enriquece y engrandece el espíritu, más aun cuando el estilo de pensamiento se ve fortalecido por la autonomía ejercida a la hora de investigar. Como toda aventura también tiene momentos de desencuentros, pero éstos deben convertirse en oportunidades para fortalecerse y seguir.

La lectura de las siguientes páginas le va a permitir apreciar el despliegue del orden implícito de ésta investigación, pero más aún, le va develar como los cimientos de toda la humanidad, de la raza humana, se iniciaron el útero, la primera escuela, teniendo como punto de partida lo que pasó por la mente de los padres a la hora de concebir.

Bienvenido a esta aventura del conocimiento.

## ESCENARIO 1

## Contextualización temática

> *En tiempos de cambio, quienes estén abiertos al aprendizaje, se adueñarán del futuro, mientras que aquellos que creen saberlo todo, estarán bien equipados para un mundo que ya no existe.*
>
> *Eric Hoffer*

### 1.1 El fenómeno propiamente dicho.

Muchos aspectos de la vida adulta, se gestan de acuerdo a las condiciones vivenciadas por el feto durante su estancia en el útero materno [(2)], especie de morada temporal o suerte de primera escuela, a la cual asiste, dotado con su carga genética, para aprender e interactuar con el entorno, este último representado por la gestante quien biopsicológicamente por un lado y por el otro mediante sus memes o unidades de información cultural transgeneracional, va a ejercer en él, una poderosa influencia.

El feto durante la vida intrauterina es capaz de sentir, de percibir, de registrar hechos, de reaccionar ante ellos a nivel celular en etapas muy precoces de su desarrollo [(3)], dependiendo primordialmente de la adaptación de la gestante a los cambios que en ella ocurren a nivel fisiológico, psicológico, social y cultural, hechos que permiten el establecimiento de un fuerte vínculo y comunicación entre ambos.

Es así, como el psiquismo del nonato o bebé intrauterino, se desarrolla gracias a las percepciones que le van a permitir experienciar, aprender y distinguir, aunque sea de forma primitiva, la consciencia de sí mismo, de su entorno, y de un Yo en proceso de formación.

El futuro se decide antes de nacer, de manera que la posibilidad de que el ser humano, en período de gestación, desarrolle un aparato psíquico, incluso hasta con capacidad de recordar, resalta el tema de la propia condición humana del feto, teoría sustentada por el doctor Thomas Verny [(4)], pionero de los estudios de la vida intrauterina.

El embarazo es considerado como un tiempo crítico [(5)], ya que pone a prueba el nivel de madurez psicológica de la gestante [(6)]. En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada, puede evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar los cambios que en ella operan. La posibilidad de adaptarse a esos cambios genera una creciente sensibilidad emocional [(7)], que Bydlowski ha definido como transparencia psíquica [(8)], o estado psíquico de sensibilidad creciente, que desarrolla la gestante. Según ésta autora, la transparencia psíquica se caracteriza, por una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos o por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la consciencia, de manera que es común apreciar que la gestante pase un buen tiempo fantaseando e incluso recordando su propia niñez.

Numerosas investigaciones [9,10,11,12,13] coinciden en señalar que una madre con trastornos emocionales, entiéndase, angustiada, preocupada, deprimida, temerosa o ansiosa, genera un conjunto de hormonas (cortisol), que al poder difundir por la placenta le llegan al bebé intrauterino, produciendo significativas alteraciones en él, que van a perdurar a lo largo de toda su existencia (infancia, adolescencia o adultez), traduciéndose en trastornos cognitivos, conductuales y emocionales, los cuales podrán hacerse presentes, a menos que una psicoterapia le ayude a superarlos [14].

Otros avances científicos [15, 16,17] por el contrario reportan que cuando el feto recibe suficiente amor, si es reconocido como un ser con valor propio, si su desarrollo se acompaña de una necesaria autonomía progresiva, tendrá grandes posibilidades de ser, un adulto equilibrado, sereno, armonioso, con confianza en sí mismo [18]. Al tener libertad de vivir, de manifestar lo que es su esencia, va a contribuir a que sea, un ser estable, abierto y creativo.

El nonato, durante su estancia en el útero, tiene dos opciones: crecer y desarrollarse o protegerse. No puede elegir las dos a la vez. La escogencia de una de las dos opciones depende del estímulo emocional que le ofrezca la gestante. De allí, que el estudio de las emociones maternas tenga especial relevancia.

Mediante las emociones la gestante educa a su bebé intrauterino, y el aprende, pero además, hay dos influjos no menos importantes, que van a ejercer una poderosa influencia en él como lo son,  por un lado los acontecimientos

ancestrales (transgeneracionales) que se han producido en las familias de origen antes de su concepción; y por el otro, la motivación que tuvieron los padres a la hora de concebir. Todas estas variables van a promover que él construya su propia historia, cimiento de su personalidad.

Ubicados en este punto, dado lo relevante y trascendente, interesa conocer ¿Cuáles son los condicionantes de las actitudes y comportamientos emocionales maternos? ¿Dónde se originan? ¿En los genes, en los memes, en el entorno o en los ancestros familiares?

Si los genes transmiten las características biológicas al nuevo ser, los memes van a transmitir las características psicoculturales, por ser patrones de información.

El estudio de cómo se propagan los memes ha dado origen a la Memética, ciencia resultante de una aproximación multidisciplinar en la que se conjugan la Biología, la Ciencia Cognitiva y la Psicología Evolutiva [(19)] . En este sentido la Memética estudia las ideas y creencias como unidades vivas, dotadas de la capacidad de propagarse de un cerebro a otro; además explica cómo se complementan las unidades de información, como si se tratara de organismos vivos que se transmiten de un cerebro a otro, como si fuesen pensamientos contagiosos, independientemente del bienestar o del malestar de quien los cobije. De manera que, los memes serian entonces, unidades de información que pertenecen a la mente colectiva (incluida la mente de la gestante), los cuales

contienen instrucciones de comportamiento que van a invadir la mente individual, a partir de la cual van a reproducirse.

Por otro lado, la familia al ser considerada como un sistema, en donde todos sus integrantes están interrelacionados, guarda en su estructura, el espacio que le corresponde a cada persona según el orden temporal en que se ubica. De manera que cuando nace o muere un miembro de la familia, su lugar debe ser siempre respetado; incluso, si aún no ha nacido, o si no pudo nacer, ya que desde el momento de la concepción, o más exactamente, desde el momento en que se sabe de la gestación de un nuevo ser, sus familiares, deben hacer un espacio para él o ella, en la familia. Si este espacio no es respetado, generaciones presentes o sucesivas pueden verse afectadas, ya que surge una suerte de ajuste de cuentas, que tiene un alcance transgeneracional [(20)], en los escenarios familiares futuros.

Como vemos, la memoria de las familias [(21)], se escribe de manera inconsciente, y cuando un nuevo miembro se integra al sistema familiar, asume las deudas o méritos que le son legadas por sus antecesores, lo cual ocurre, por las denominadas lealtades invisibles [(21)], especie de fuerza o movimiento del espíritu, que hace mover a la persona hacia una dirección determinada, sin estar consciente del porque lo hace. Un hecho cierto es que en esa inconsciencia podría estar el origen de muchas enfermedades.

Champetier [(22)] sostiene que la enfermedad nos muestra siempre a alguien o al algo que fue excluido, en este sentido, el espíritu que lo ha dado todo, pide la re-inclusión de alguien que fue excluido por uno mismo o por un ancestro.

En el campo de la consciencia familiar, todos los que han estado, pertenecen en un lugar determinado para siempre, independientemente de lo que hayan hecho. Los campos son acumulación y transmisión de información. Ellos contienen todas nuestras vivencias y emociones. De modo que cada recién llegado, recibe el bagaje anterior por completo, tanto lo amoroso y liviano como lo trágico y lo terrible.

Como todo sistema vivo, la consciencia familiar busca mantener su equilibrio y utiliza mecanismos de compensación cuando el equilibrio está en peligro. Cuando alguien se coloca por encima de la consciencia familiar, crea un fenómeno que recuerda esta exclusión y lo pone a la vista de todos para que se pueda reparar. Uno de estos fenómenos es la enfermedad.

Comprobar cómo las alteraciones emocionales maternas tienen sus orígenes en el plano transgeneracional es el reto planteado en este estudio, más aun si ocurre durante el II trimestre del embarazo, considerado como el más estable emocionalmente hablando. ¿Cuantas veces en el ejercicio médico hemos diagnosticado alguna enfermedad o dolencia a la cual no le encontramos explicación o justificación tangible? Una forma de comprobarlo sería mediante alguna técnica psicoterapéutica.

Nuevamente la “causalidad” se puso en marcha, cuando tuve conocimiento de la ciencia Hellinger y su extraordinaria herramienta las Constelaciones familiares [23,24], técnica psicoterapéutica creada por Bert Hellinger, la cual surge para sanar esos campos de la consciencia familiar,

dándole el lugar que le corresponde a los excluidos, haciendo consciente lo que aún no se ha podido ver o simplemente ordenando lo que no está en el orden que le corresponde.

Hacer conscientes a los progenitores, de esas deudas que provienen de sus sistemas familiares de origen, otorgaría una garantía existencial armónica al nuevo ser, desde su concepción y durante toda su etapa prenatal, época del aprendizaje primario.

Los hechos transgeneracionales, centrados en la fusión de la experiencia humana del bebe in-útero con la experiencia de la madre [(25)], contrasta con la literatura médica tradicional acerca del desarrollo del bebé, el cual al tener orientaciones eminentemente biológicas genera posiciones encontradas. De manera que ¿Somos humanos que desarrollamos la conciencia a medida que nos formamos y tenemos experiencia de vida o somos una conciencia sensible con un sentido del ser, a medida que nos formamos? ¿Pueden ambas perspectivas enlazarse en un nuevo modelo? ¿Pueden ambos puntos de vista entrelazarse en una nueva perspectiva? Creemos que sí.

Si las emociones son el sustrato que la madre va a utilizar para educar a su bebé intrauterino es imperativo prevenir, diagnosticar cualquier alteración emocional en nuestras gestantes. Si hay reactividad emocional, una manera de tratarla seria a través de las Constelaciones familiares.

La medicina convencional y ortodoxa explica y justifica los cambios fisiológicos y fisiopatológicos, en las diversas esferas de la mujer gestante,

únicamente bajo la óptica positivista; sin embargo, ¿porque no considerar los orígenes y justificación de esos eventos primariamente en un nivel transgeneracional, por conflictos y exclusiones familiares ocurridas ancestralmente, transmitidas al bebé intrauterino a través de los memes maternos y paternos y considerar que secundariamente puedan hacer manifestación clínica fisiopatológicamente? Estas reflexiones nos condujeron a los propósitos generales y específicos de nuestra investigación.

## 1.2 Propósitos de la investigación.

### 1.2.1. Propósito general.

Generar una teoría integral holónica sobre las conexiones ancestrales y la influencia materna en el aprendizaje fetal en el útero, la primera escuela.

### 1.2.2. Propósitos específicos.

#### 1.2.2.1 Abordaje cuantitativo (positivista)

- Determinar el nivel de adaptación psicosocial de las gestantes-estudio.
- Describir las características sociodemográficas de la muestra.
- Analizar el bajo nivel de adaptación psicosocial de las gestantes, mediante el estudio de las dimensiones siguientes: aceptación del embarazo, identificación del rol materno, calidad de relación con la madre, calidad de relación con la pareja, preparación al parto y preocupación por el bienestar fetal y propio.

#### 1.2.2.2 Abordaje cualitativo (Fenomenológico, etnográfico y hermenéutico)

- Explorar las manifestaciones etnográficas de las gestantes con débil adaptación psicosocial.
- Interpretar las manifestaciones etnográficas de las gestantes con débil adaptación psicosocial.
- Explorar las conexiones transgeneracionales que las gestantes con débil adaptación psicosocial mediante las Constelaciones Familiares.
- Interpretar los resultados de las constelaciones familiares realizadas a las gestantes con débil adaptación psicosocial.

#### 1.2.2.3 Creación de una Teoría innovadora.

- Comprobar y triangular estos abordajes.

### 1.3 Delimitación del estudio.

El aspecto cuantitativo y etnográfico del estudio se realizó en el área de la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, en tanto que el componente fenomenológico hermenéutico (Constelaciones familiares) fue realizado en un área destinada para tal fin, en un lugar extra hospitalario. El estudio en su totalidad se llevó a cabo en un periodo de cuatro años.

En cuanto a las participantes fueron escogidas en base a dos modalidades: ser primigestas y estar cursando el II trimestre del embarazo.

La condición de primigesta se sustentó por lo que ocurre a nivel representacional en una mujer que se embaraza por primera vez. Los procesos

psicoafectivos que se desarrollan e integran en ella, se cristalizan mayoritariamente en ocasión del primer embarazo, es decir la estructuración de las representaciones sobre sí misma, sobre otro en su interior (bebé intrauterino), sobre la propia madre. Esto no implica que los fenómenos que acontecen en otros embarazos, en mujeres multíparas, carezcan de significado en el mundo interno de la gestante, sólo que los fenómenos intrapsíquicos que acontecen en una primera gestación, las situaciones particulares de inexperiencia que vive la primigesta en su nuevo rol, así como las cargas afectivas, e incluso culturales que son depositadas en el primer hijo, son de especial significación [26, 27].

Por otro lado, el II trimestre del embarazo es el trimestre más estable desde el punto de vista emocional, si se le compara con el I trimestre en donde la condición en que se produce el embarazo (planificado o no), la situación país, el cambio del rol de la embarazada junto a las alteraciones o modificaciones fisiológicas propias del embarazo (náuseas y vómitos) pueden acarrearle trastornos emocionales; y con el III trimestre en donde el aumento del tamaño del abdomen materno que le imposibilita muchas actividades, el temor al dolor del parto, el deseo de que su bebé nazca sano, el tipo de resolución (parto o cesárea), el lugar de resolución (público o privado) hasta el costo de los pañales, la leche etc. (situación país) le genera desasosiego. Durante el II trimestre (de 14 a 26 semanas) la gestante ha asumido el embarazo y el solo hecho de sentir los movimientos fetales, fomenta y establece en ella, el vínculo afectivo con su bebé intrauterino, dándole estabilidad emocional.

## 1.4 Justificación del estudio.

La gestante a través de sus pensamientos, sentimientos, emociones y sus conexiones ancestrales transgeneracionales, puede educar al bebé intrauterino, entendiendo por educación, la capacidad de influir intencionalmente en él, para promover el despertar de todas sus capacidades latentes y su incipiente desarrollo, sean éstos, de orden físico, emocional, e intelectual.

El bebé intrauterino vive y convive intensamente con su madre en el útero, las 24 horas al día, durante nueve meses. Él no tiene la posibilidad de hacer una selección entre lo que le beneficia y lo que le resulta nocivo. Es la madre la que debe hacer la selección con la colaboración del padre. A nivel físico, él construye su cuerpo con los materiales aportados por la madre a través de su sangre. A nivel afectivo comparte con ella sus emociones, cuyos efectos le llegan por vía hormonal. A nivel mental los pensamientos y las imágenes mentales maternas influyen en él. Por eso, es importante que la madre le transmita lo mejor de sí misma, para promover en él, la alegría, la tolerancia, la paz, el amor, el entusiasmo, el respeto, entre otros valores humanos.

¿Se puede construir una mejor sociedad con aquel que viene? ¿Puede el nonato ser influenciable, educable en su lecho natural antes de nacer? ¿Puede aprender? Convencidos estamos que sí. ¿Se deben establecer normas y programas dirigidos al ser en formación? Por supuesto.

Si entendemos por instrucción, el aprendizaje de normas y programas, es la educación, la que despertará y desarrollará en él, todas las facultades latentes del individuo en el orden físico, intelectual, afectivo moral y espiritual.

Entonces ¿A quién debe dirigirse la educación? ¿A la madre? ¿Al hijo?, ¿A la simbiosis entre ellos? La madre es el primer universo del hijo, física y psicológicamente, es la materia prima viva para él. Siendo esto así, el control emocional de la madre es vital, por la influencia que ejerce y porque, en el psiquismo naciente, en el tejido celular fetal, en la memoria orgánica, en las experiencias fetales prenatales, está el lienzo para colorear la personalidad del nuevo ser, motivo por el cual se justifica esta investigación.

## ESCENARIO 2

### Visión de la realidad desde otras investigaciones

El proceso investigativo es una actividad que tiene como objetivo principal, evaluar de manera integral todos los elementos que lo conforman. A continuación se procede a considerar las investigaciones relacionadas con la finalidad de tener un conocimiento de lo realizado por otros autores que sirva como referente orientador a la investigación planteada y permita además, evaluar los aportes por ellos realizados.

Es importante señalar que no existe hasta el presente, ningún estudio similar al que nos hemos planteado, donde se conjuguen e integren en una misma investigación los aspectos psicológicos, sociales, etnográficos y hermenéuticos, éstos últimos a través de la psicoterapia sistémica: constelaciones familiares, realizado en gestantes cursantes del II trimestre, bajo la matriz epistémica integral holónica, dándole a éste estudio un carácter innovador. Sin embargo presentamos en éste aparte, diversas visiones de otras investigaciones algunas afines, otras no, relacionadas con nuestro tema estudio, que utilizaron de manera separada e independiente, el modelo integral holónico, las constelaciones familiares, la etnografía y la adaptación psicosocial, estudios por demás interesantes.

### 2.1 Investigaciones relacionadas con el paradigma integral holónico.

Islas [(28)] en el 2014, realizó la investigación "*Visión cultural e integral de la experiencia mística y la sanación en el retiro carismático del Templo de la Cruz en Querétaro, México*". El objetivo de este estudio fue presentar una visión de la

experiencia mística y su relación con el concepto de sanación por medio del método etnográfico del retiro de renovación carismática, tomando en cuenta el impacto de la modernidad en las manifestaciones religiosas en la actualidad.

El trabajo de campo antropológico realizado se basó en la metodología cualitativa con técnicas como la observación directa, la observación participante, entrevistas abiertas y semidirigidas, así como el registro fotográfico y videográfico. Para discutir varios conceptos como estados de conciencia, símbolos, ritos y mitos culturales necesarios para el desarrollo del tema de la tesis, el investigador realizó una revisión pormenorizada de la bibliografía pertinente desde diversas disciplinas principalmente la antropología, la psicología, y la sociología.

El marco utilizado para el análisis de los datos obtenidos, considerando la complejidad del objeto de estudio, fue tomado del Modelo Integral creado por Ken Wilber, dilucidando las implicaciones, impactos y funciones terapéuticas, culturales, sociales y económicas del retiro de renovación carismática en el Templo de La Cruz. Dentro de los resultados de la investigación, se encontró que la modernidad ha provocado un despliegue en los modos de ejercer y practicar la religión.

El movimiento de renovación carismática de la Iglesia Católica se ha caracterizado por una amalgama de religiosidad popular que incluye experiencias místicas, euforia y emotividad exagerada poco común en la práctica religiosa católica formal. Además, ha promovido la cohesión de los integrantes de la comunidad brindando soporte y apoyo para distintas dolencias físicas y psíquicas

para lograr una sanación integral. Aunque la modernidad al parecer pudo haber eliminado la necesidad de una experiencia religiosa espiritual y profunda para darle sentido de la vida al individuo, el caso del retiro de renovación carismática en el Templo de La Cruz mostró lo contrario.

Flórez [29] por su parte realizó en el año 2015 la investigación titulada *"La salud mental desde la perspectiva integral de Ken Wilber"*, haciendo una revisión de la literatura, con la finalidad de analizar el concepto de salud mental desde los elementos expuestos por Ken Wilber en su modelo integral, respondiendo las siguientes preguntas de investigación: (a) ¿Qué rasgos distintivos caracterizan la aproximación desde el modelo integral a la salud mental?, y (b) ¿Cuáles son los elementos constitutivos, la definición y los modos de atención que se proponen desde el modelo integral respecto a la salud mental?.

El investigador abordó temas como el análisis de la salud y la enfermedad desde los cuatro cuadrantes, criticando el modelo clásico de la salud mental, las prácticas integrales, los niveles de desarrollo y sus respectivas patologías, mecanismos de defensa y tratamientos, los estados de consciencia y la relación que tienen con la salud mental y las diferentes líneas y tipologías que rigen el desarrollo del ser humano, concluyendo de esta manera su estudio.

Bajo la misma matriz epistémica, en el año 2017, Bueso [30] realizó la investigación titulada *"Gerencia neuropsicoeducativa: Aproximación epistémica en la educación primaria"*, la cual tuvo como propósito desarrollar una aproximación epistémica de gerencia neuropsicoeducativa basada en los aportes de

las neurociencias y las reflexiones significativas sobre gerencia educativa de docentes del nivel de educación primaria en el estado Carabobo, Venezuela. Dicho estudio se sustentó en las bases científicas de las neurociencias, las inteligencias múltiples de Gardner y la Teoría del cerebro total de Herrmann, utilizando el Paradigma Integral Holónico, comprendiendo un proceso cuantitativo y otro cualitativo de manera simultánea. La técnica de muestreo fue no probabilística intencionada. Para la obtención de datos cualitativos los informantes claves fueron cuatro (4) docentes de formación profesional con experiencia en el nivel de educación primaria, en instituciones educativas del estado Carabobo, a los cuales se les aplicó una entrevista semi-estructurada, y para la obtención de los datos cuantitativos intervinieron treinta (30) docentes de aula; la información se recolectó a través de un cuestionario, que tuvo previa validación a través del juicio de expertos, arrojando una confiabilidad de 0,94 siendo "muy alta".

Los resultados del cuestionario se presentaron en tablas y gráficos, analizados porcentualmente y los de la entrevista se presentaron en un cuadro de categorizaciones, para posteriormente realizar la triangulación. Los resultados de la investigación se puntualizaron entre otras consideraciones en los siguientes ítems: 1.- Las deficiencias de la gerencia educativa venezolana se sintetizan en factores internos como, docentes mal preparados académicamente, desmotivación, conformismo, mediocridad y factores externos como baja remuneración económica, economía del país y la falta de claridad del Ministerio de Educación en los pensum de estudios; 2.- La mitad de los docentes desconocen la gran importancia que tienen las emociones para el aprendizaje; razón por la cual 3.- Se

hace necesario incluir las Neurociencias en la Gerencia Educativa; 4.- El docente aplica de forma empírica las Estrategias Neuropsicoeducativas; 5.- Se desconoce el respaldo científico respecto a la neurociencia en el sistema educativo venezolano.

Esta investigación desarrolló una aproximación epistémica hacia una Gerencia Neuropsicoeducativa desde el paradigma integral holónico, buscando integrar cuatro perspectivas primordiales en el ser humano en aspiración a una educación holónica (bio-psico-socio-cultural-espiritual) desde lo individual a lo colectivo, concluyendo en primer término que un gerente neuropsicoeducativo, debe educarse para educar; y educar una mente en armonía, educar las emociones y el espíritu, educar el cuidado el cuerpo sin olvidar la educación desde una conciencia social, de integración con el entorno y los seres vivos.

**2.2 Investigaciones relacionadas con las constelaciones familiares.**

Chapanta [(31)] realizó en el 2014 la investigación titulada "*Las Constelaciones familiares y la reinserción familiar de las adolescentes del programa casa familia Enrique Cuesta Holguín de la Fundación Jóvenes para el futuro de la ciudad de Ambato"*. El propósito de este estudio fue elaborar una propuesta que tuviera como base la utilización de las constelaciones familiares como psicoterapia impulsadora de procesos en personas o grupos familiares, con la finalidad de descubrir alguna realidad oculta, aportando de este modo la búsqueda de soluciones que lograran ayudar a los miembros de la familia a ponerse en orden, de manera que el amor y el reconocimiento fluyera mejorando y fortaleciendo las relaciones entre los miembros de la familia.

Destacaron la influencia positiva de las constelaciones familiares para integrar, mejorar y facilitar el acercamiento de las adolescentes de cada familia a sus padres y el retorno a sus hogares, originando así un proceso importante para logar la reinserción familiar de las adolescentes de manera exitosa.

La metodología utilizada fue de campo, bibliográfica y documental. El tipo de investigación tuvo un carácter exploratorio, descriptivo y explicativo. Este estudio concluyó determinando que para lograr ese resultado esperado es esencial el apoyo profesional y la participación de las adolescentes para que vuelvan a integrar su familia con lazos de afectividad fortalecidos.

En el año 2015, Torrijos [32] realizó por su parte el estudio titulado *"Influencia transgeneracional en el sangrado ginecológico anormal, en la belenofobia y en la infertilidad. Un estudio desde las Constelaciones Integrativas",* en donde el investigador centró su investigación bajo la premisa de que al pertenecer la familia a un sistema, sus miembros son fruto de una herencia genética, con interacciones biológicas pero también de eventos inconscientes. Por eso pudo determinar que en la mujer, puede ser frecuente encontrar los mismos conflictos ginecológicos en el momento actual así como en pasadas generaciones, así como historiales de abortos o dificultades para embarazarse. El DSM-V refiere la fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño, como un "miedo intenso y persistente a objetos o situaciones", describiendo el trastorno, mas no así su origen. Entre tanto Grof sostiene que esa fobia se genera en la experiencia perinatal y Jung señala que guarda relación con complejos asociados a una experiencia traumática. Esta

investigación se ubicó en esos trastornos mostrando nuevos motivos que pudieran dificultar o impedir el embarazo.

En esta dirección, el objetivo fue doble: exponer la transmisión psíquica de un hecho traumático, relacionado con la maternidad, por vía transgeneracional y demostrar la eficacia de la herramienta de las Constelaciones Integrativas como abordaje terapéutico. En la actualidad las Constelaciones Integrativas representan el mayor campo de sanación y de solución personal dentro de las Constelaciones Familiares.

La investigación la llevó a cabo con dos mujeres que se ajustaban a la problemática, utilizando, además de la herramienta citada, como instrumentos principales, la anamnesis integrativa y el genograma. La investigación concluyó considerando que la aplicación de las Constelaciones integrativas como herramienta es una alternativa a tener en cuenta, por parte de profesionales de la Psicología Clínica y de la salud en general, de cara a abordar trastornos ginecológicos y dificultad de la mujer en quedar embarazada, en particular, y frente a cualquier otro trastorno psicológico, con base transgeneracional.

## 2.3 Investigaciones relacionadas con la metodología cualitativa, fenomenológica y etnográfica.

En el año 2014, Jiménez y Pino [33] realizaron el estudio titulado *"Vivencias del apego prenatal de un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillan"* bajo la metodología cualitativa. El objetivo de la investigación fue lograr la comprensión de las vivencias del vínculo de apego prenatal de un grupo

de cinco mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillán el cual se llevó a cabo entre los meses de Marzo y Diciembre de 2014, en dos momentos.

Durante la primera mitad del año (Marzo-Junio) se realizó el proceso de recolección bibliográfica para la construcción de la base teórico-empírica del estudio, el posicionamiento epistemológico, además de la fundamentación del proceder metodológico que se definió para la posterior recolección de datos, de forma simultánea a la definición de criterios de calidad y éticos. En la segunda etapa (Julio-Diciembre) se procedió a la recolección de datos a través de la realización de entrevistas y su posterior transcripción, para dar inicio luego al proceso de análisis de los datos obtenidos, que permitieron el generar los resultados de la investigación, redactados en base a cada uno de los objetivos específicos de la investigación.

Esta investigación se sustentó en la metodología cualitativa, bajo el paradigma fenomenológico, modalidades que lo asemejan a nuestro estudio en lo relativo a los cuadrantes superior e inferior izquierdos del modelo de Ken Wilber, por cuanto la metodología cualitativa se caracteriza por producir los datos descriptivos, de las propias palabras de las personas, ya sea de forma hablada o escrita, además de la conducta observable. En otras palabras se encarga analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales y el carácter fenomenológico se lo otorga aquello que la percepción del objeto nos entrega de manera que es común que siempre vivamos más de lo que vivimos, experimentemos más de lo que experimentamos.

En esta investigación los datos se obtuvieron mediante entrevistas y la muestra estuvo conformada por un grupo 5 mujeres adultas jóvenes de entre 20 y 35 años, residentes en la ciudad de Chillán, embarazadas por primera vez. Fueron seleccionadas mediante un muestreo intencionado opinático.

La modalidad utilizada para el análisis fue el de contenido, concebido como un análisis de ciertos textos, permitiendo establecer frecuencias temáticas mediante procedimientos sistemáticos y confiables, con la finalidad de formular inferencias válidas sobre el contexto de producción y recepción de los textos.

La investigación concluyó reconociendo la existencia de cinco aspectos de relevancia en la construcción del vínculo de apego prenatal, en las gestantes primigestas como lo son: 1.- Conocimientos que tiene la mujer primigesta acerca del proceso de embarazo; 2.- Prácticas específicas de cuidado desplegadas por la madre primigesta; 3.- Prácticas de interacción desplegadas por la madre con el bebé intrauterino; 4.- Representaciones mentales sobre el embarazo y el post-parto y 5.- Inclusión de otros significativos al proceso de embarazo. La sumatoria de todas esas categorías de contenido contribuyeron a determinar el desarrollo del apego prenatal vivenciadas de forma particular por cada una de las participantes, en el proceso de construcción del vínculo con sus bebés intrauterinos.

Por su parte, Rodríguez [34] realizó en el año 2015, la tesis doctoral titulada *"Una etnografía de la maternidad en la Sigüenza del siglo XXI. Representaciones, imágenes, estrategias y prácticas de la maternidad y diversidad sociocultural",* con el objetivo de identificar y analizar las representaciones, imaginarios, estrategias y

prácticas relacionadas con la maternidad procreativa en distintos contextos sociales, generacionales y culturales, enmarcándolos dentro de los cambios socio-económicos, técnicos e ideológicos experimentados durante el siglo XX.

La metodología empleada fue cualitativa etnográfica, buscando generar teoría a través del análisis e interpretación de los datos y no de la aplicación de métodos y análisis estadístico. La información fue recogida utilizado las tres técnicas implícitas en la etnografía: la observación participante, la documentación y la entrevista en profundidad, aplicadas a 32 participantes entre los años 2009 y 2013. Lo revelado allí, permitió comprender la perspectiva actual del agente narrador, lo re-vivido y lo re-interpretado, en numerosas ocasiones desde una posición ideológica muy distinta a la del momento en que se produjeron.

La investigadora se planteó estudiar la forma en que la maternidad se encuentra incrustada dentro de la historia vital de muchas mujeres, tomando en consideración que algunas mujeres deciden ser madres en algún momento; otras mujeres acaban siéndolo sin desearlo; otras mujeres desearon ser madres y no lo fueron por circunstancias diversas y también, existen mujeres que tomaron la decisión de no ser madres. Por otro lado para conocer las representaciones y prácticas relacionadas con la maternidad fue necesario, también, estudiar los cambios producidos en ellas, por causas personales, culturales o sociales. También fue necesario estudiar la maternidad dentro de los contextos socioculturales donde se desarrolló, y por ello fue necesario conocer todo lo posible de la historia de vida de cada una observando o entrevistando, su procedencia así como la sociedad de origen, los aspectos de su vida, sus estudios, su trabajo y la manera de formar la

familia. De manera que se estructuró la investigación partiendo de los antecedentes sobre el tema, transitando por el contexto geográfico e histórico donde se realizó la etnografía, la metodología empleada, la socialización y el desarrollo vital de las entrevistadas, las circunstancias relacionadas con la reproducción/maternidad, finalizando con la permanencia y/o evolución de las imágenes y de las representaciones sobre la maternidad dentro del contexto etnográfico. Los datos obtenidos fueron procesados a través del Programa de Análisis de datos cualitativos.

Esta investigación concluyó señalando entre otros aspectos que un objeto de estudio como la maternidad resulta fascinante, por la gran cantidad de dimensiones y categorías que la integran, y también porque siempre habrán situaciones viejas o nuevas para estudiar. A medida que evolucionan las sociedades dentro de un contexto se podrán encontrar nuevas formas, nuevos rumbos y nuevos sujetos en los enfoques reflexivos del antropólogo.

Una de las aportaciones de este estudio fue conseguir un bosquejo sobre la evolución de las representaciones y de las prácticas relacionadas con el proceso reproductivo y la maternidad a través de una perspectiva diacrónica. El camino comenzó a principios de siglo XX, en las voces de extraordinarias abuelas y lo que les contaron sus madres; recorriendo un largo camino de cien años hasta llegar a los procesos de la maternidad del siglo XXI.

Este estudio en su conjunto reafirmó el carácter cualitativo del método, con esencia en la fenomenología etnográfica.

## 2.4 Investigaciones relacionadas con la metodología cuantitativa.

Millares [35] realizó en el año 2017 la investigación titulada *"Relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar N° 64 Tequesquinahuac".* El embarazo considerado como uno de los momentos más especiales en la vida de la mujer, se caracteriza por presentar ajustes en la forma de pensar y de sentir de la gestante, y a pesar de ser una etapa predecible y esperada produce cambios en la funcionalidad familiar de cada uno de sus integrantes. En este sentido, la familia seria primer recurso en la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, de manera que a la adaptación psicosocial del embarazo hay que darle una atención al manejo de sus síntomas emocionales, considerando al embarazo como un todo y no solamente un estado fisiológico.

Bajo estas premisas, este estudio tuvo como objetivo describir la relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes, siendo de tipo observacional, transversal y analítico, en una muestra de 196 mujeres gestantes, obtenida por técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó como instrumento el Cuestionario de Evaluación Prenatal (Adaptación del Prenatal Self-Evaluation Questionnaire PSQ) así como el familiograma. Los datos fueron analizados en base a la estadística descriptiva y bivariadas tratando de precisar la existencia de una relación entre variables con Chi cuadrada y V de Cramer. Del total de las pacientes se obtuvo una media de 26.33, 48.98% con estudios de preparatoria, 49% casadas, 60.5% cursando su primer embarazo, 50.5%, siendo de mayor proporción las de tipología familiar nucleares

(nuclear y nuclear simple), determinándose una mayor adaptación psicosocial del embarazo ubicada en el 78.6%. Estos resultados permitieron corroborar la existencia de una relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo con una X2 26.690, V de Cramer 0.369 con una p de 0.000, teniendo ésta una relación estadísticamente significativa.

Por su parte, Chávez [36], realizó el estudio titulado *"Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017"*, bajo un enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo observacional, prospectivo, transversal, y de análisis estadístico univariado, La muestra estuvo constituida por 70 gestantes. La selección se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia y utilizó como instrumento el cuestionario adaptación del Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSQ). Los resultados determinaron que del 100 % (70) de las gestantes que acudieron al consultorio de obstetricia, el 61.4% (43) tuvo una deficiente adaptación psicosocial en contraste con el 38.6 % (27), que presentó buena adaptación. En cuanto a las dimensiones: relación con la pareja el 100% (70) presentó deficiente adaptación; preocupación por el bienestar del bebé, el 92.9 % (65); el 38.6% (27) tuvo una edad comprendida entre 25 a 29 años y el 34.3 % (24) entre 20 a 24 años de edad. El investigador concluyó que a mayoría de las gestantes presentan un nivel de adaptación psicosocial deficiente, hecho por demás preocupante.

Ambos referentes guardan significativa relación con la presente investigación en lo concerniente al instrumento utilizado: Cuestionario de Evaluación Prenatal de Lederman adaptado por Armengol, Chamarro y García Dié.

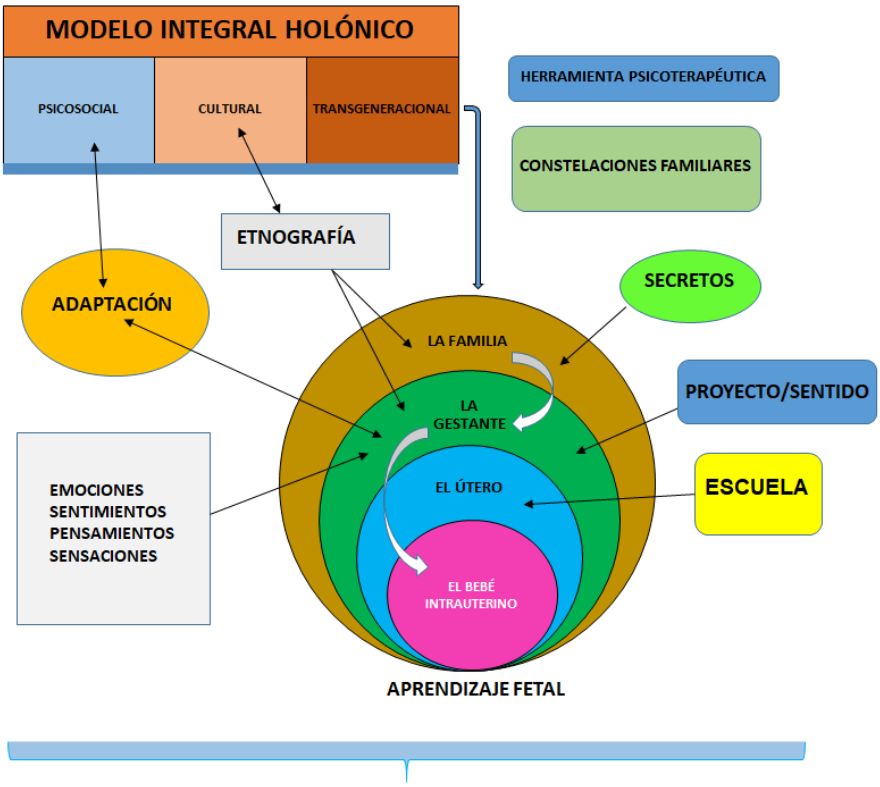
Según el modelo de Ken Wilber los cuadrantes derechos metodológicamente son de carácter cuantitativos y la utilidad del instrumentos antes mencionado permite unir lo psicológico cuantitativo con lo social mediante la determinación de la adaptación psicosocial en las gestantes estudio, que como se verá más adelante, es una de las variables a considerar en esta investigación.

## ESCENARIO 3

### Marco teórico referencial

En este aparte, estaremos analizando pormenorizadamente los elementos que conforman el trípode teórico referencial que sustenta este estudio caracterizado por: la gestante, el útero y el bebé intrauterino, junto con el modelo integral holónico como método epistémico y como herramienta psicoterapéutica las Constelaciones familiares, tal como lo sintetiza  la Figura 1.

**Figura 1 Síntesis de Contenidos del marco teórico referencial**




**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

### 3.1 La gestante y su gran misión

> *"Nuestro cuerpo y nuestras creencias acerca de él se formaron en el terreno de las emociones, creencias y comportamiento de nuestra madre. Ya antes de nacer, la madre nos da la primera experiencia de cariño y sustento. Nuestras células se dividieron y desarrollaron al ritmo de los latidos de su corazón; nuestra piel, nuestro pelo, corazón, pulmones y huesos fueron alimentados por su sangre, sangre que estaba llena de las sustancias neuroquímicas formadas como respuesta a sus pensamientos, creencias y emociones. Si sentía miedo, ansiedad, nerviosismo, o se sentía muy desgraciada por el embarazo, nuestro cuerpo se enteró de eso; si se sentía segura, feliz y satisfecha, también lo notamos".*
>
> *Chistiane Northrup*

La palabra gestante, es un adjetivo, que deriva etimológicamente del termino gerõ, gerere que significa llevar, es sinónimo de embarazada o mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto, la cual afronta una serie de cambios físicos y psicológicos que van a repercutir en sí misma y en el niño por nacer, por estar conectada a él, tanto física como emocionalmente.

El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno y es también, sinónimo de embarazo. El embarazo o gravidez (de grávido, y del latín gravĭdus) es definido por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) [37] como el estado en que se halla la mujer gestante embarazada o preñada. Otras definiciones conciben esta etapa, como una suma de eventos corporales determinados

inconscientemente, bastante ajenos a la voluntad consciente de la mujer en donde los eventos en su entorno son concomitantes al embarazo propiamente dicho.

El Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [38] en el 2007, considera que embarazo comienza con la implantación del conceptus en la mujer, posición avalada Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, autores clásicos como Langman [39] y Carlson [40] en contraposición, sostienen que el desarrollo de un individuo se origina a partir de la fecundación, fenómeno mediante el cual el espermatozoide del varón y el ovocito de la mujer se unen para dar origen a un nuevo organismo: el cigoto, de manera que el embarazo humano comienza con la fusión de un ovocito y un espermatozoide. Esta dicotomía entre el inicio de la vida y el embarazo según la OMS se sustenta, en que una mujer pudiera no estar embarazada en base a la definición clásica, pero sí tener un hijo que está vivo, desarrollándose éste in vitro, hasta que pueda ser implantado, de manera que más que una tesis alternativa respecto del inicio de la vida humana, sería más bien una definición operacional, propia de la medicina actual [41]. En todo caso, situado desde la perspectiva clásica y ortodoxa, asumimos y compartimos, que el embarazo se origina, a partir de la fecundación y culmina con el parto.

El tiempo que transcurre entre esos dos eventos es de 280 días, que ordenado en meses lunares determina la duración del embarazo en 40 semanas. Estas semanas a su vez son divididas en trimestres con el objeto de llevar un mejor control de la evolución clínica del mismo. Así tenemos que el primer trimestre estaría comprendido desde la fecha de fecundación hasta la semana 13; el segundo

trimestre iría desde la semana 14 hasta la semana 26 y por último, el tercer trimestre se ubicaría entre la semana 27 y la semana 40. Cada trimestre tiene un conjunto de particularidades que inciden tanto en la gestante con en el bebé en desarrollo.

El ciclo menstrual normal de la mujer tiene una duración de 28 días equivalente a 4 semanas, siendo el primer día del ciclo el primer día de la menstruación y el último día de ese ciclo, el primer día de la siguiente menstruación. Aproximadamente el día 14 del ciclo, el ovario libera un ovocito, siendo ese el momento más propicio y factible para que ocurra la concepción. Transcurrido 7 días, ese tiempo sería equivalente a la primera semana de embarazo y una semana después o sea el día 28 de ciclo, tiempo que coincide con la primera falta menstrual, estaríamos en la 2 semana de embarazo y 38 semanas después estaría ocurriendo el parto.

Fisiopatológicamente las patologías obstétricas más frecuentes son: el aborto en toda gestación por debajo de las 20 semanas; entre las semanas 21 a 36, amenaza y/o parto prematuro. A partir de las 37 semanas el feto estaría maduro o sea a término, pudiendo ocurrir el parto desde esa semana hasta la semana 40 más 6 días. Hablaríamos de embarazo cronológicamente prolongado aquella gestación que se ubica entre las semanas 41 y 42, datos que son que importantes conocerlos y tenerlos presentes a la hora de evaluar la evolución de un embarazo.

Cada gestante vivencia su embarazo de distintas maneras, dependiendo de una multiplicidad de factores, uno de ellos podría ser, por ejemplo, la paridad. No es lo mismo ser primigesta que segundigesta o multípara. A continuación

analizaremos el significado y todo lo que implica el mundo de la gestante primigesta.

### 3.1.1 La gestante primigesta.

Una gestante es primigesta cuando se embaraza por primera vez, y no tiene antecedente de abortos previos, ni embarazos ectópicos. La condición de primigesta marca en la gestante, el inicio del camino hacia la maternidad así como el llamado a prepararse para llegar a ser madre en el futuro.

Este suceso implica un gran desafío, principalmente en el estilo de vida, en donde la sola necesidad de establecer cambios en la rutina diaria puede ser aceptada o simplemente generar sentimientos ambivalentes: ansiedades, dudas y preocupaciones, junto con emociones, sentimientos, deseos, expectativas y prácticas nuevas. Diversas investigaciones [42, 43] han documentado que este proceso no ocurre de la misma manera en embarazos posteriores.

Las gestantes primigestas comienzan a vivenciar esta nueva experiencia con la noticia de estar embarazadas. Dentro de las primeras reacciones, ante la evidencia de una sospecha previa sobre un potencial embarazo, luego de confirmarse, por lo general siempre deriva en diferentes reacciones emocionales, siendo el llanto la más genuina reacción que habitualmente se acentúa, cuando considera las circunstancias que han rodeado a ese embarazo, muchas veces no planificado. Otro de los fenómenos que se presenta es la incredulidad y la existencia de dudas, ocasionando una reacción inicial de rechazo frente a la noticia de estar embarazada.

El primer embarazo, como toda gestación, supone una serie de cambios en el ámbito físico, psicológico, emocional, social y cultural pero lo que singulariza a la primigesta es que requiere la necesidad de adaptarse a un nuevo rol, el rol maternal. De allí que la vivencia de los síntomas físicos propios del embarazo sean experimentados con diferentes grados de intensidad generando a su vez niveles diferentes de impacto emocional. Pero lo que finalmente define el grado de dificultad en la adaptación a estos síntomas iniciales es la manera particular en que la primigesta vivencie la intensidad de los mismos.

La primigesta además va a transitar por una serie de modificaciones a nivel de identidad, como pareja, hija, mujer y ahora madre. Con el primer embarazo el vínculo con la pareja cambia al dejar de ser dos (diada) para ahora ser tres (triada), pudiendo este cambio, conllevar sentimientos ambivalentes y negativos hacia el bebé [(44)] .

Además la condición primigesta va resignificar del rol de hija, evidenciando un acercamiento hacia el grupo familiar, y de forma más específica, hacia la propia figura materna. Va a sentir la necesidad de la asistencia de su madre para que la guíe y ayude con el bebé, así como, para que le brinde apoyo. 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. 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 cuando niña, el embarazo será una etapa evolutiva de placer que permitirá una integración madurativa, con aumento de la autoestima, y el desarrollo de un sí mismo más integrado [(45)].

En conclusión el camino que la mujer debe transitar cuando se convierte en gestante por primera vez implica entre otras cosas, una serie de transformaciones personales, en su psiquismo como gestante. Su identidad y sus roles van a verse modificados. En ella habrá una re-organización de los modelos sobre sí misma, como consecuencia de una modificación de su mundo representacional producto del embarazo, donde van a cruzarse nuevos papeles, nuevos roles, tanto en función de sí misma como futura madre, como también hacia su familia de origen y hacia su pareja, si esta existiese, lo que en suma va a representar un impacto significativo en la identidad de la gestante [(46)].

Hemos visto los acontecimientos que inciden en la mujer cuando se embaraza por primera vez, acontecimientos que la singulariza si la comparamos con las demás gestantes que han engendrado dos hijos o más, sin embargo junto a su inexperiencia como mujer embarazada, debe afrontar una serie de modificaciones en su organismo que son comunes en todas las gestantes, aspecto que analizaremos a continuación.

### 3.1.2 Modificaciones fisiológicas que ocurren en la gestante.

El embarazo promueve a través de mecanismos hormonales una serie de modificaciones fisiológicas en toda gestante, teniendo por finalidad que el organismo materno se adapte a los nuevos requerimientos que implican el crecimiento y desarrollo del bebé intrauterino. Esas modificaciones funcionales adaptativas [(47)], van a generar en la gestante un conjunto síntomas que deberá

soportar, tolerar y superar. Es el sacrificio amoroso que implica la gestación de un nuevo ser.

### 3.1.2.1 Cambios digestivos [47]

Caracterizado por la reducción del tono muscular del estómago que conduce al enlentecimiento del vaciado gástrico y prolongación del período de absorción intestinal de nutrientes. Aparecen con frecuencia nauseas, vómitos, acidez estomacal y eructos debido a que los alimentos permanecen mayor tiempo en el estómago. Hay: a) aumento en la absorción de nutrientes, en parte como consecuencia de las demandas materno-fetales aumentadas; b) incremento de la absorción de agua en el colon, hecho que junto con la disminución de la motilidad intestinal, explica la mayor proporción de estreñimiento que sucede durante la gestación.

Las modificaciones en los niveles de hormonas y péptidos gastrointestinales, con repercusiones a nivel digestivo y metabólico van a incidir en los aspectos conductuales y en la emotividad materna. Así, tenemos que se produce un aumento de la secreción de colecistoquinina que, además de inhibir el vaciado gástrico va a condicionar un estado de somnolencia postprandial facilitando el ahorro energético materno. Igualmente se ha visto una reducción de la somatostatina con lo que se acentúan los efectos inhibidores digestivos de esta hormona. Otras hormonas afectadas son gastrina y secretina y otros péptidos intestinales.

### 3.1.2.2 Cambios cardiocirculatorios [47]

El sistema cardiovascular deberá ajustarse a las demandas fisiológicas del feto, manteniendo la integridad cardiovascular materna. Se presenta una adaptación a la existencia de un nuevo lecho vascular, que lo constituye la placenta, a la que se derivan de 500 a 1000 ml/min de sangre. Entre los ajustes hemodinámicos tenemos: a) Aumento del gasto cardíaco en 1,5 L/min en relación a 5 L/min de valor basal. Este aumento se debe al incremento de la frecuencia cardíaca (de 75 a 85 latidos por minuto) y a un aumento de volumen de eyección (de 64 a 71ml). Estos cambios se producen a partir del segundo trimestre; b) Disminución de la presión arterial sistólica y diastólica. Este descenso de la presión a pesar del aumento volumen minuto se debe a una disminución significativa de las resistencias periféricas, por el doble efecto del desarrollo del lecho vascular útero-placentario y de la acción relajante de la progesterona sobre el músculo liso vascular. La circulación venosa estará supeditada a la postura.

### 3.1.2.3 Cambios respiratorios [47]

La progesterona tiene un efecto directo sobre el centro respiratorio, aumentando el esfuerzo ventilatorio, por lo tanto, la ventilación pulmonar. Hay aumento progresivo del consumo de oxígeno hasta incrementarse en 33 ml/min al final de la gestación. El volumen minuto ventilatorio aumenta en un 40% a pesar de ser más complicados los movimientos del diafragma por el crecimiento uterino. Aparece una alcalosis respiratoria compensada, debido a que el aumento de la ventilación es mayor que el aumento de los requerimientos de oxígeno y de la

producción de dióxido de carbono; por ello la eficacia de la ventilación deprime la PCO2 en la circulación materna siendo necesario una disminución equivalente del bicarbonato plasmático para poder mantener el pH en 7,4.

**3.1.2.4 Cambios renales** [47]

Hay aumento del flujo plasmático renal y de la fracción de filtración. El incremento de progesterona y renina que produce retención de iones y de agua, lo cual genera un aumento del volumen extracelular. Además hay reducción de la motilidad genitourinaria.

**3.1.2.5 Cambios hematológicos** [47]

El volumen plasmático, aumenta en un 50% aproximadamente durante el último trimestre de la gestación, alcanzando el pico de extensión entre la semana 28 y 32 semana de gestación. Aumenta la masa eritrocitaria y la cantidad de hemoglobina en un 20%, con un máximo valor alrededor del momento del parto. Dado al mayor valor del volumen plasmático existirá una dilución fisiológica de aproximadamente el 20% de la concentración sanguínea de hemoglobina y un hematocrito alrededor del 15%. A pesar de estos cambios el volumen corpuscular medio y la concentración media de hemoglobina corpuscular permanecen prácticamente invariables a lo largo de la gestación. Habrá aumento del número de leucocitos así como un incremento del fibrinógeno y de casi todos los factores de coagulación.

En cuanto a la cantidad de agua corporal total aumenta, en gran parte debido a una mayor absorción de agua en el colon y de reabsorción renal de sodio. Muchas

de estas adaptaciones fisiológicas modifican los niveles en sangre de muchos componentes nutricionales. Así, los nutrientes hidrosolubles como las vitaminas B6, B12, C y ácido fólico estarán en niveles inferiores y asimismo ocurre con albúmina y ferritina. Por otra parte, la excreción urinaria de los metabolitos de niacina, piridoxina y ácido fólico y la riboflavina aumentan. Por el contrario, las concentraciones sanguíneas de las vitaminas liposolubles como la vitaminas D, E y carotenos aumentan apreciablemente.

#### 3.1.2.6 Cambios endocrinos [47]

Existe un cambio muy generalizado de las funciones endocrinas existentes, pero además hay que tener en cuenta los correspondientes a un nuevo órgano, la placenta, con alta capacidad endocrina. Entre los cambios se destacan los siguientes:

##### 3.1.2.6.1 Hormonas placentarias [47]

**Gonadotropina coriónica**: Su función más importante es evitar la involución normal del cuerpo amarillo ovárico al final del ciclo sexual femenino (previo a la gestación), haciendo que aumente la secreción de estrógenos y progesterona. Este papel esteroidogénico tiene lugar tanto en el cuerpo lúteo como en la placenta en donde facilita la captación y utilización de colesterol, aumenta los precursores de origen adrenal y favorece la aromatización de los andrógenos y su conversión a estrógenos. Además, posee una actividad inmunodepresora, mediada por la progesterona, permitiendo la implantación del blastocito sin rechazo. Estimula, asimismo, la producción de relaxina y de prolactina.

**Somatotropina coriónica**: Tiene un efecto tipo prolactina en el desarrollo de mamas y lactancia, es la hormona placentaria secretada en mayores cantidades y con una función importante para garantizar el aporte de sustratos energéticos desde la madre al feto.

**ACTH y péptidos relacionados**: La placenta produce ACTH, β-lipotropina, β- endorfina y β- MSH.

**Relaxina**: Posee capacidad para relajar los ligamentos pélvicos. Asimismo, actúa localmente favoreciendo la degradación de colágeno, promoviendo la ruptura de las membranas fetales a término, inhibiendo la contractibilidad uterina y ablandando el cérvix, relajando las estructuras articulares del canal de parto, en particular la sínfisis pubiana.

**Hormonas esteroideas**: La placenta como órgano estereidogénico posee altas capacidades y peculiaridades destacables, ya que la tasa de síntesis es muy elevada y además es un órgano estereidogénico que necesita de precursores que procedan del feto.

**Estrógenos**: Se secretan en el cuerpo amarillo, el cual involuciona de la decimotercera a la decimoséptima semana de embarazo. Sin embargo, la producción de estrógenos sigue aumentando a lo largo del mismo, debido a la secreción por parte de la placenta, llegando a ser de casi 30 veces su valor normal al final de la gestación. La función es estimular el crecimiento del útero, de las glándulas mamarias y de los genitales externos femeninos. Los estrógenos relajan los ligamentos pélvicos, para que las articulaciones sacroilíacas sean más flexibles

y la sínfisis pubiana pueda tener un determinado grado de elasticidad, permitiendo así el paso del feto por el canal pélvico durante el parto. También los estrógenos influyen en el desarrollo del feto durante el embarazo y se ha propuesto que modifican de modo sustancial la velocidad de reproducción celular iniciada en el embrión incipiente.

**Progesterona**: Además de producirse en el cuerpo amarillo, al igual que ocurre con los estrógenos, se secreta en grandes cantidades por la placenta, pudiendo aumentar hasta 10 veces. Los efectos fisiológicos más destacables son la aparición en el endometrio uterino de células deciduales, que sustituyen a las pseudodeciduales producidas en el mismo durante el ciclo sexual femenino, que desempeñan un papel importante en las primeras etapas de nutrición del embrión. Asimismo, participa en el desarrollo del óvulo fecundado, incluso antes de su implantación uterina, aumentando específicamente las secreciones de las Trompas de Falopio y útero para suministrar a la mórula y blastocito en desarrollo elementos nutritivos adecuados. Como ocurre con los estrógenos, también a la progesterona se le atribuye una determinada capacidad para controlar en parte la división celular en el embrión en desarrollo. Otro efecto destacable es el de preparar las mamas desde un punto de vista del desarrollo glandular para la lactancia.

#### 3.1.2.6.2 Hormonas de otras glándulas endocrinas [47]

Casi todas las demás glándulas endocrinas no sexuales aumentan su actividad, lo cual se debe al aumento del metabolismo materno y en parte al efecto de las hormonas placentarias sobre la hipófisis anterior y otras glándulas. Destacan

el aumento de secreción hipofisaria de corticotropina, tirotropina y prolactina, disminuyendo sin embargo las hormonas gonadotropinas hipofisarias, folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), debido a la inhibición por aumento de estrógenos y progesterona. Se incrementa a su vez la secreción suprarrenal de glucocorticoides y aldosterona. Los primeros facilitarían la liberación de aminoácidos de los tejidos para ponerlos a disposición del feto y la aldosterona conduciría a un aumento de la reabsorción renal de sodio y por tanto de líquido extracelular. La glándula tiroides aumenta en tamaño y paralelamente ocurre igual con la secreción de tiroxina y triyodotironina, las cuales conducirán a un aumento del metabolismo basal. Es decir, existe un hipertiroidismo fisiológico muy moderado. Asimismo, es frecuente el aumento de las glándulas paratiroideas con mayor secreción de parathormona que se acentuará durante la lactancia, y cuya finalidad en ambos casos es favorecer la resorción de calcio a partir del hueso materno y mantener la homeostasis cálcica, que se encuentra amenazada por la utilización del calcio materno por parte del feto para la formación, sobre todo, de su estructura ósea. También está aumentada la formación de hormona D3 que, unida al efecto del lactógeno placentario, influirá en una mejor absorción del calcio alimentario. Durante los dos primeros trimestres de la gestación, existe un aumento de los niveles de insulina, así como de la sensibilidad tisular materna a la hormona, lo que conduce a un depósito incrementado de glucógeno, grasa y proteína, siendo los dos últimos movilizados posteriormente.

Por el contrario, a lo largo del tercer trimestre, aparece una resistencia materna a la insulina debida a la secreción placentaria de somatotropina coriónica,

y otras hormonas antiinsulínicas que modifican la sensibilidad de los receptores de tejidos periféricos a la citada hormona, desviándose glucosa para el feto y produciéndose movilización lipídica. El destino de la glucosa para el feto es fundamental, dado que la misma es el principal nutriente energético para el mismo. Además, es importante señalar que el 50% de la glucosa que pasa a la placenta es consumida por ella misma ya que es un órgano con alta capacidad endocrina y metabólica. Por otra parte, los niveles elevados de insulina pueden facilitar la captación de aminoácidos especialmente ramificados, los cuales parecen que también pueden contribuir, como sustratos energéticos, a cubrir demandas fetales.

**3.1.2.7 Cambios metabólicos** [47]

Los cambios endocrinos hacen posible una serie de adaptaciones metabólicas que están destinadas a asegurar el éxito de la gestación, haciendo posible un adecuado desarrollo fetal, preservando al mismo tiempo la integridad materna. En la gestación se pueden distinguir dos fases: la primera que comprende aproximadamente los dos primeros trimestres y se puede considerar de carácter anabólico, y una segunda, correspondiente al tercer trimestre en donde el catabolismo materno es la nota característica, especialmente del tejido adiposo.

**Primera fase gestacional**: En ella existe un escaso crecimiento fetal y, por el contrario, un aumento de los depósitos maternos, especial y mayoritariamente de grasa. Este hecho es posible gracias a un aumento fisiológico de la ingesta alimentaria, a una mayor absorción intestinal de nutrientes y a un incremento de la lipogénesis, de la glicerolgénesis y de la formación de triacilgliceroles por

esterificaciones de ácidos grasos y glicerol. Este hecho fisiológico de síntesis y acúmulo de grasa es posible gracias a la hiperinsulinemia y a la aumentada sensibilidad a la insulina que ocurre en esta primera fase de la gestación. Asimismo, la insulina facilita la síntesis de glucógeno y permite el mayor nivel proteico posible.

**Segunda fase gestacional**: El crecimiento fetal aumenta de manera exponencial, lo que exige cambios metabólicos que aseguren aquel crecimiento y desarrollo, de entre los cuales destacan tres:

Aumento de la disponibilidad de glucosa, que constituye un sustrato preferencial para el feto, lo que se logra a través de un aumento de la gluconeogénesis hepática materna.

Aumento de la disponibilidad de grasa y más concretamente de ácidos grasos y glicerol, lo que es posible por una facilitación de la lipólisis adiposa materna.

Aumento de la disponibilidad de aminoácidos, sobre todo, de proteinosíntesis fetal, limitando su utilización para otros fines metabólicos, como es la gluceneogénesis materna.

### 3.1.2.8 Cambios dermatológicos [47]

Pueden aparecer una serie de manchas pigmentadas de color marrón sobre la piel de la frente y de las mejillas llamadas cloasmas. La pigmentación también puede aumentar en la piel que rodea a los pezones y a menudo aparece una línea oscura en la mitad del abdomen. En la piel, por encima de la cintura pueden llegar

a notarse pequeños vasos sanguíneos (arañas vasculares), así como unos capilares dilatados de pared delgada sobre todo en la parte inferior de las piernas.

Visto los eventos biológicos presentes en la gestante es importante interrelacionarlos con los procesos psicológicos que en ella ocurren, en donde las emociones juegan un papel determinante permitiéndoles asumir el rol materno. Siendo las emociones unos de los elementos que guía de esta investigación adentremos en el mundo de las emociones maternas, en el siguiente aparte.

### 3.1.3 El mundo emocional de la gestante.

Antes de analizar pormenorizadamente de las emociones de la gestante, es pertinente abordar primeramente que se entiende por emoción, donde se originan y cuáles son los tipos y componentes que las conforman.

#### 3.1.3.1 Concepto de emoción.

La palabra emoción deriva de la raíz latina (emover) y se caracteriza por ser una serie reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo que aparecen de manera brusca, en forma de crisis, violentas y pasajeras [(48)]. En opinión de Bisquerra [(49)] es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada.

#### 3.1.3.2 Aspectos neuroanatómicos y fisiológicos de las emociones.

Desde el punto de vista fisiológico las emociones se originan en el sistema límbico, llamado también cerebro medio, el cual se encuentra situado

inmediatamente debajo de la corteza cerebral, y está conformado por varios centros como lo son el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral; centros donde se procesan las distintas emociones [50]. El sistema límbico está en constante interacción con la corteza cerebral mediante la transmisión de señales de alta velocidad, siendo esto lo que explica, que exista control sobre las emociones.

La importancia de los núcleos medio dorsal y anterior del tálamo se debe a las conexiones que establecen con otras estructuras del sistema límbico. El hipotálamo por su parte, localizado justo debajo del tálamo a ambos lados del tercer ventrículo, tiene amplias conexiones con las áreas prosencefálicas, guardando más bien relación con la expresión de las emociones que con la génesis de los estados afectivos.

La amígdala cerebral, estructura que se encuentra en la región antero-inferior del lóbulo temporal, a través de sus conexiones con el hipotálamo, el núcleo septal, el área prefrontal y el núcleo medio dorsal del tálamo, hacen que cumpla una importante función en la mediación y control de las actividades afectivas como lo son: el amor, el afecto y la expresión de los estados de ánimo como el miedo, la ira y la agresión. Esta estructura cerebral juega por lo tanto, un papel central en las reacciones emocionales básicas ya que es la encargada de promover la secreción de neurohormonas, que van a estimular los sentidos, poniendo al cerebro en estado de alerta. Los sentimientos son típicamente indispensables para las decisiones racionales. Esta facultad emocional guía las decisiones momentáneas, trabajando en colaboración con la mente racional, permitiendo o imposibilitando el pensamiento mismo.

El hipocampo es un área relacionada con la corteza cerebral ubicándose en el interior del lóbulo temporal. Tanto el hipocampo como la amígdala conforman los denominados centros de la afectividad, ya que es allí donde se procesan las distintas emociones y la persona puede experimentar penas, angustias y alegrías intensas.

Los psicólogos y los neurocientificos están de acuerdo en que el hipocampo tiene un papel importante en la formación de nuevos recuerdos de los acontecimientos experimentados, ya que registra los hechos puros y la amígdala es la encargada de registrar el clima emocional que acompaña a los mismos, siendo una estructura fundamental, lo que significa que el cerebro dispone de dos sistemas de registro, uno para los hechos ordinarios y otro para los recuerdos con una intensa carga emocional.

La estimulación proveniente de la amígdala, es la que abre puertas a las emociones y todas estas estimulaciones van provocar que el hipotálamo active las funciones a través de dos vías, la hormonal y la neural.

Por medio de la vía hormonal el hipotálamo produce neurohormonas específicas para cada hormona. Éstas en la adenohipófisis elaboran hormonas tróficas que son vertidas al torrente sanguíneo y actúan sobre distintas glándulas diana, produciendo hormonas específicas. Por otro lado la vía neural, hace que la neurohipófisis almacene oxitocina y vasopresina, que son sustancias elaboradas en los núcleos supraoptico y para ventricular del hipotálamo.

El área prefrontal si bien no pertenece al circuito límbico tradicional, sin embargo sus conexiones bidireccionales intensas con el tálamo, la amígdala y otras estructuras subcorticales explican su importante rol del origen de la expresión de los estados afectivos [51, 52].

Todo lo anterior no tendría valor en ausencia de estímulos, conectores (neuronas) y neurotransmisores. Los trastornos emocionales son el resultado del mal funcionamiento de las regiones cerebrales y de la alteración de los neurotransmisores, que producen una utilización errónea de la información por parte de las neuronas, siendo esto la visión biológica de las emociones.

**3.1.3.3 Componentes de las emociones.**

Habitualmente las emociones se generan, como respuesta a un acontecimiento que puede ser externo o interno. Los acontecimientos que ocurren en el entorno son continuamente captados y percibidos. Las personas tienen un mecanismo interno que en todo momento está valorando la información que les llega a través de los sentidos, y esta valoración la hacen en términos de cómo afectan estos acontecimientos su bienestar en dos niveles. En primer lugar hacen una valoración sobre si el acontecimiento es positivo o negativo, para lograr algún objetivo, y en segundo lugar valoran, si tienen recursos personales para poder afrontar el acontecimiento.

Cuando esa valoración afecta el bienestar de la persona se activan tres componentes [48] que van a predisponer a la acción, dándole a la emoción una matriz multidimensional. Esos tres componentes son:

a) **Neurofisiológico**: Caracterizado por respuestas biológicas o reacciones fisiológicas producidas por la activación del sistema autonómico y hormonal internas del organismo que normalmente no tienen manifestaciones externas. Estas reacciones son difíciles de controlar. Los neurotransmisores son los mediadores de la información que le llega a la persona, dando respuestas involuntarias como taquicardia, rubor, sudoración, sequedad de boca entre otros.

b) **Conductual o afectivo**: Son cambios comportamentales, de comunicación y corporales. Son aquellas respuestas externas del cuerpo, en donde por el hecho de ser externas son observables. Ejemplo de ellas son: las expresiones faciales, el tono de voz, los movimientos corporales.

c) **Cognitivo**: Caracterizado por el procesamiento cognitivo y la experiencia subjetiva de estados afectivos. Comprende la valoración cognitiva de una situación interna o externa. Es la capacidad de pensar sobre lo que está pasando. En el momento en que se es consciente de la emoción, es cuando se siente. Este componente cognitivo es el que va a permitir etiquetar la emoción en función del dominio del lenguaje que cada quien tenga. Es en el momento en que ponemos nombre a nuestras emociones, cuando somos más conscientes de lo que estamos sintiendo. Sólo podemos conocer este componente si la persona nos informa de él.

A partir de la valoración primaria de los acontecimientos [(53)], surge la diferenciación entre emociones positivas y emociones negativas, en función de lo congruentes que sean con los objetivos personales de cada quien.

### 3.1.3.4 Tipos de emociones.

Las emociones serán positivas cuando son agradables y son experimentadas por el logro una meta. El afrontamiento consiste en el disfrute que proporciona la emoción. Por tanto, supone un progreso para el bienestar de la persona. Un ejemplo de ellas son la alegría, el amor, la felicidad, o el humor.

Por el contrario emociones negativas serán aquellas que se caracterizan por ser desagradables y se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida. Supone un retraso que impide el progreso y requiere energía y movilización para afrontar la situación. Algunos ejemplos de emociones negativas son: ira, miedo, tristeza, vergüenza, ansiedad, aversión.

Es importante que tener en cuenta, que las emociones per se, no son ni buenas ni malas. Ellas en todo caso, al ser biología y aprendizaje van depender del comportamiento que asuma la persona, comportamiento que puede ser adaptativo o no. En todo caso al estar presentes en las personas a lo largo de toda su vida, lo relevante a considerar es que si hay un periodo concreto en que vivencias emocionales son muy intensas, es durante el embarazo, aspecto que analizaremos a continuación.

### 3.1.3.5 Embarazo y emoción.

El embarazo, como proceso, constituye un momento especial en la gestante, donde se movilizan una serie de emociones tanto positivas como negativas [53]. Dichas emociones serán más o menos intensas dependiendo de las características personales y de interpretación cognitiva que ella realice.

En aquellas que manifiesten una mayor vulnerabilidad, el embarazo por sí mismo, puede tener un efecto perturbador sobre su propia salud psíquica. En este sentido, se distinguen dos grupos de mujeres vulnerables [54]: 1) mujeres que ante nuevas tareas, que implican un proceso de maduración de su personalidad, presentan patrones de respuestas desadaptativas; y 2) mujeres que ante las situaciones externas estresantes presentan un estilo de afrontamiento inadecuado, derivado en muchas ocasiones de un insuficiente apoyo familiar y social.

De ahí que la alteración de la salud mental que algunas mujeres manifiestan durante el embarazo, derive de la forma en que la gestante valore la asunción de responsabilidad que supone la maternidad, tanto desde un punto de vista personal con el desempeño del nuevo rol de madre, como desde la perspectiva social [55]. Estas situaciones, junto con la confluencia de otros sucesos vitales y eventos como abortos, partos prematuros, enfermedades maternas, insatisfacción marital, inestabilidad laboral y económica, etc., pueden suponer para estos dos grupos de mujeres una alta tasa de trastornos emocionales. Dichas situaciones valoradas como altamente estresantes conducen a la gestante, tanto antes, como después del embarazo, a transitar por estados de ansiedad y depresión [55, 56]. Ambas condiciones pueden constituirse como una dimensión de personalidad con disposición a experimentar estados emocionales negativos estables como angustia, y preocupaciones, etc. [57 58], que van a repercutir directamente en su bebé intrauterino.

Las emociones pueden ser útiles y adaptativas, cuando preparan el organismo de la gestante para el cambio biopsicosocial que genera el proceso del

embarazo, pero también puede ocurrir lo contrario, desempeñando un papel desadaptativo. En el primer caso, constituirían un complejo proceso responsable de la capacidad de mantener la resistencia biológica, psicológica y que por tanto repercute en la salud y bienestar. En el segundo caso contribuirían a menoscabar la salud y como consecuencia el ajuste negativo de las personas a las distintas situaciones [59, 60, 61].

La valoración cognitiva que realice la gestante, de sí misma y de su entorno, de las creencias, los motivos o metas a alcanzar, haciendo una primera y segunda valoración en función de tales metas y creencias, dará como resultado el experimentar una determinada emoción y por tanto pondrá en marcha las estrategias para responder a la emoción y las relaciones que establecerá con su medio [59, 61].

La activación o efectos que las emociones, tanto positivas como negativas, van a ejercer en el ámbito fisiológico, conductual y cognitivo, dependerá de dos factores: la frecuencia y la intensidad emocional [62].

La frecuencia hace referencia al tiempo durante el cual la persona experimenta emoción positiva o negativa. El patrón temporal de respuestas es distinto entre ambos tipos de emociones, siendo la duración de emociones asociadas a sucesos negativos mayores que a sucesos positivos [63].

La intensidad emocional o grado en que las emociones son experimentadas, independientemente de que sean positivas o negativas, representan el nivel de activación de los tres componentes de las emociones: neurofisiológico, conductual y cognitivo [64] ya analizado.

Adicionalmente como complemento a todo lo señalado hasta ahora, diversos investigadores [65, 66, 67, 68, 69, 70, 71] coinciden en señalar que los cambios emocionales durante el embarazo además 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.

Entonces, estar embarazada, conlleva a varios procesos entre los que se destacan: transformación hormonal y corporal, reactivación de conflictos infantiles, activación o fragmentación de mecanismos de defensa, como así también, cambio de rol y de identidad.

El embarazo visto como situación de crisis evolutiva conlleva vulnerabilidad, desequilibrio, reorganización y necesidad de adaptación a un proceso de cambio tal como lo preconiza Erikson, [72], de manera que sería una etapa que puede ser propiciadora y madurativa, pero además puede ser generadora de desadaptación, la cual va a afectar al grupo familiar, siendo esto una importante consideración.

Además si se enfoca al embarazo como una crisis vital que confronta a la mujer con nuevas, numerosas y específicas tareas adaptativas de reacomodación psicológica ante la reactivación de conflictos psicológicos de etapas evolutivas previas, permite apreciar la intensa interdependencia entre los cambios psicológicos y biofisiológicos que trae como proceso. Por eso a juicio de Pines [73, 74], el

embarazo seria el momento justo para verificar o completar el proceso de separación-individuación de la madre.

Consideramos entonces, que el embarazo es emoción, en donde la sola inquietud por saber si está embarazada, despierta en los progenitores una serie de fantasías conscientes o inconscientes, hecho que cuando es confirmado va a permitir el establecimiento de los primeros vínculos con el bebé, siempre que se desee. Hoy en día se considera que estas fantasías pueden comenzar a aflorar incluso antes, cuando la pareja empieza a considerar la posibilidad de tener un hijo [(74)], creando un espacio mental familiar que va a permitir a la pareja anticipar el lugar que ocupará el futuro bebé.

Para poder comprender mejor todos los cambios que se producen durante el embarazo, es vital conocer en qué momento del embarazo hacen su aparición. Aspectos que se detallan en el siguiente aparte.

### 3.1.3.6 Cambios emocionales distribuidos por trimestres.

**Primer trimestre.**

Durante este trimestre, la gestante experimenta una serie de cambios emocionales y psicológicos que pueden repercutir en su comportamiento haciéndola muy sensible con mucha facilidad para llanto.

Este periodo se caracteriza por la presencia de estrés e inseguridad [(75)]. La inseguridad viene dada por el hecho de que al principio, la mujer no tiene completa certeza de si está realmente embarazada; por otro lado, el estrés puede venir

provocado por las náuseas y vómitos que suelen comenzar a aparecer en este periodo.

Existen diferentes maneras de vivir cada embarazo. Muchas mujeres pueden experimentar un profundo bienestar y un gran aumento de energía, sin embargo otras pueden sentirse muy sensibles y agotadas [(76)]. Además, existe una tercera posibilidad, y es que puede haber gestantes que experimenten ambas sensaciones al mismo tiempo, lo cual es conocido como ambivalencia.

La embarazada tiene la sensación de que desea dormir más de lo habitual (hipersomnia), asociándose esta condición con la necesidad de identificarse con su bebé intrauterino. La hipersomnia es causada por los cambios hormonales y la sensación de incógnita. Puede ser frecuente que tengan sueños relacionados con robos o vaciamiento, lo cual que reflejan su temor a un aborto [(75)]. Por el contrario si presenta insomnio, se puede considerar como una manifestación de estrés ante el embarazo [(77)].

Se puede considerar, en general, que todas las embarazadas durante este trimestre, tengan altibajos emocionales, y sientan inestabilidad y angustia (que son absolutamente normales) por lo que necesitarán de mucho afecto por parte de sus parejas.

Aun cuando el embarazo sea deseado, existen una serie de temores que puede sentir la gestante como por ejemplo:

- Dudas acerca de su capacidad para ser madre.

- Preocupación por el aspecto físico, pudiendo creen que van a dejar de ser atractivas.

- Sentimientos de inutilidad, ya que se preguntan si podrán seguir haciendo las mismas cosas que hacían antes de quedarse embarazadas.

- Incomprensión de sus sentimientos de tristeza y sus cambios repentinos de humor.

En cuanto al vínculo con su bebé intrauterino en este primer trimestre no es muy notorio, pero a medida que el embarazo va avanzando, las ansiedades y los mecanismos de rechazo pueden ir desapareciendo debido al deseo creciente de ser madre.

Resulta importante considerar todos los eventos que se pueden asociar en la gestante que no ha planificado su embarazo, razón por la cual todo lo arriba mencionado va a tener una enorme connotación con mayores efectos sobre la madre y el nonato.

¿Qué cambios emocionales pueden ocurrir en la gestante en el primer trimestre? Veamos:

**Alegría:**

La hipófisis ubicada en la base del cerebro, va a ser el lugar donde se van a producir unas pequeñas proteínas denominadas endorfinas. Su producción aumenta durante el embarazo a diferencia de la vida normal. Estimulan su producción las actividades placenteras y el ejercicio físico. Se calcula que existen alrededor de 20 tipos diferentes de endorfinas distribuidas por todo el cuerpo, parte de ellas están

localizadas en la hipófisis. Las endorfinas van a permitir reducir la sensación de estrés, o de angustia frente a una situación determinada y la gestante va a sentir un efecto analgésico otorgándole cierta sensación de bienestar lo cual tiene innumerables ventajas para el bebé que viene en camino. Se ha demostrado que si en el cuerpo de la gestante hay endorfinas ya sea por hacer ejercicio físico, yoga o incluso relajación por parte de la mamá, esta va a generar un mejor desarrollo del nonato; la madre presentará menos estrés, disminuyendo los riesgos de aborto, así como los partos prematuros.

De manera que las endorfinas van a ser capaces de inhibir las fibras nerviosas que transmiten el dolor, estimulando los centros de placer del cerebro, creando situaciones satisfactorias que van a contribuir a eliminar el malestar [(78)].

En conclusión la alegría ofrece efectos beneficiosos actuando como factor protector del feto asociándola a niveles bajos de cortisol.

**Confusión:**

Durante el embarazo se alientan muchas ilusiones en torno al bebé: cómo será, a quién se parecerá, será varón o hembra, etc. También se puede sentir confusión por algo que no ande bien, especialmente cuando es el primer bebé. Incluso en los mejores embarazos se pueden experimentar días de depresión, ansiedad y confusión [(62)].

**Ansiedad:**

La ansiedad es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificados, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de inquietud,

excitación e inseguridad en grados variables. Se trata del síntoma psicológico más frecuente en la embarazada, y se encuentra muy relacionado con el grado de información que la madre posea. La prevalencia y la frecuencia de la ansiedad son mayores que las de la depresión en todas las etapas del embarazo. Alrededor del 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más frecuente y más grave en el primer y el tercer trimestre [79].

La sintomatología ansiosa, no tratada en el período prenatal, al igual que ocurre con el estrés, puede tener efectos adversos para el desarrollo del feto, ya que se le expone a niveles hormonales elevados de cortisol, que contribuyen a la posibilidad de parto prematuro y aumentan el riesgo de bajo peso al nacer así como una serie de problemas en el desarrollo neuro-conductual en la infancia. Por este motivo es importante prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo, que además se asocian con un mayor número de visitas al obstetra, relacionadas con el miedo al parto y a las contracciones, especialmente en las mujeres que más factores de riesgo reúnan, como lo son las gestantes que carecen de apoyo familiar y social o no tienen pareja [78, 80].

Hoy se conoce que la progesterona y sus metabolitos incrementan la sensibilidad del receptor GABA, elemento clave para reducir la respuesta de ansiedad en el cerebro. Por otro lado, la norepinefrina o noradrenalina, cuando son liberadas por diferentes estímulos, en situaciones normales tienen que ver con la percepción de una amenaza física, emociones intensas o ruidos. El problema con la ansiedad no es que cause un desequilibrio en la producción de estas hormonas, sino que produce un trastorno en las alarmas que las liberan, produciendo lo que

conocemos como ataques de pánico o ansiedad. La serotonina presente en el sistema límbico, es un neurotransmisor involucrado en la expresión de las emociones; tiene un efecto modulador y se encuentra relacionado con la regulación del ánimo en tanto que la dopamina modula el control del movimiento, la expresión de los estados afectivos [(81)].

**Llanto:**

Desde los primeros días de gestación se pueden notar toda una serie de cambios en el cuerpo; una sensación de cansancio intenso y sobre todo, cambios de humor sin motivo aparente. Es frecuente que uno de los primeros síntomas de embarazo sea una marcada labilidad afectiva, es decir pasar de la risa al llanto; por ejemplo, felicidad por esperar a un nuevo ser o el llanto cuando el embarazo no ha sido deseado o planificado. Las hormonas están trabajando a toda velocidad para conseguir que su bebé crezca de la mejor manera. El crecimiento del feto es regulado por la progesterona y los estrógenos, que influyen sobre la salud y el estado de ánimo de la madre.

El acto de llorar hace que se libere adrenalina, una hormona que segregamos en situaciones de estrés, y noradrenalina, hormona que actúa como neurotransmisor contrarresta el efecto de la adrenalina. En las lágrimas se puede apreciar, entre otras sustancias, la presencia de catecolaminas (epinefrina y noradrenalina). Expulsar estas sustancias permitiría reducir la inervación del sistema nervioso simpático durante momentos de estrés, cuando el mismo estimula la actividad del corazón, incrementa la presión sanguínea y el flujo de la sangre en los músculos.

El efecto de ambas hormonas produce en el organismo una sensación de desahogo y tranquilidad, el cuerpo se relaja y en muchas ocasiones la persona se queda dormida después de un episodio de llanto [82].

**Temor:**

El primer embarazo es de gran significancia. La forma en que las tareas del embarazo se manejan, será predictiva de la adaptación al rol maternal y del crecimiento psicológico que se experimente durante el embarazo y parentalidad temprana. Se produce además un importante cambio en el estilo de vida, pudiendo conllevar a sentimientos ambivalentes como el temor y el miedo, lo cual no ocurre en embarazos posteriores.

Habitualmente las preocupaciones se centran en los cambios experimentales durante el embarazo y se consideran cinco subcategorías. La primera se refiere a la preocupación a perder él bebe, (33%) ya sea por experiencias previas de pérdida o sin ellas. La segunda considera la preocupación frente a problemas del niño por problemas en el embarazo (22%). Este temor se refiere a que problemas del embarazo puedan afectar al bebe, de manera física o psicológica. La tercera preocupación es frente a lo desconocido (22%). Esta se relaciona con la experiencia del primer embarazo, y se suscita frente a sensaciones desconocidas hasta ahora, así como a la falta de información. Al respecto aparecen expresiones de temor generalizado frente a esta nueva etapa. También se encuentra la preocupación frente a problemas del bebe relacionados a características de la madre (11%). Considera características propias de la madre aquellas que afectan físicamente el desarrollo

del feto como su edad, depresión o problemas de pareja. Finalmente, esta preocupación alude a conductas que realiza la mujer durante el embarazo y que puedan afectar al bebe (11%), como conducir un auto y accidentarse por ejemplo [83].

**Estrés:**

Es la respuesta fisiológica normal y necesaria de supervivencia del organismo frente a cambios que significan una reestructuración y adaptación. Puede ser considerado positivo en tanto contribuye a enfrentar eficientemente el embarazo, proporcionando fuerzas para los desafíos y cambios que este significa. Sin embargo, cuando el estrés alcanza niveles elevados, puede tener efectos negativos para la madre y su bebe.

Este último puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas u otras causas. Para afrontar estas situaciones estresantes el organismo propicia respuestas fisiológicas y psicoemocionales que van a provocan en la gestante una sensación de tensión física y/o emocional, que pueden repercutir en el feto, conduciendo a cambios físicos y metabólicos, como hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición o presencia de sustancias tóxicas, afectando el ambiente uterino, repercutiendo en el bienestar fetal en función de si la respuesta del feto es adaptativa o desadaptativa [83].

El parto prematuro y el bajo peso al nacer son consecuencia del estrés materno. Cuando éste acontece durante el primer trimestre aumenta el riesgo de alteraciones congénitas o de tener un aborto espontáneo. Además existen hallazgos

que indican que el estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño hasta llegada la edad adulta [78].

**Segundo Trimestre.**

Es el trimestre de mayor estabilidad psicoemocionalmente hablando, en donde los temores ante una posible pérdida van siendo cada vez menores. Desaparece el cansancio y el malestar propio de las primeras trece semanas y la gestante comienza a percibir un sentimiento de seguridad que llega al máximo nivel cuando comienza a percibir los movimientos fetales haciendo de su embarazo una verdadera realidad. Los movimientos fetales desencadenan en la gestante un profundo sentimiento de cercanía y unión reforzando el vínculo afectivo con su bebé intrauterino iniciado en el primer trimestre.

En este segundo trimestre las embarazadas experimentan sentimientos de alegría, de plenitud sintiendo gran ilusión por el nacimiento del hijo, que se manifiesta con los preparativos para su llegada.

Durante esta etapa es frecuente que la embarazada busque figuras maternas (la madre o la pareja) ya que necesita sentirse protegida. Incluso a veces, los conocidos antojos pueden interpretarse como la necesidad de que aquellos que la rodean estén pendientes de ella [75].

¿Qué cambios emocionales pueden ocurrir en la gestante en este segundo trimestre? Veamos:

**Tranquilidad:**

Viene dado por la acción del neurotransmisor GABA presente en el cerebro de la gestante, el cual es moderador y frena cualquier estimulo acelerador del señales nerviosas. La acción de este neurotransmisor aumenta la relajación, da buena memorización, otorga tranquilidad. Si falta aparece la ansiedad. Los cambios emocionales negativos bajan los niveles del GABA alterando el sistema nervioso.

**Sensibilidad:**

Esta sensación es producto de los cambios hormonales, físicos y psicológicos del embarazo. A veces ocurre que el estado de ánimo se altera sin mayores motivos. Es común entre las embarazadas sentir ambivalencia; es decir, están muy felices pero al mismo tiempo pueden sentir miedo y desilusión. En general, es producto de las expectativas en torno a los cambios físicos y a la salud y bienestar del bebe. Es importante no alimentar estas fantasías con la experiencia, muchas veces negativa, que han vivido otras mujeres embarazadas.

Lo mejor es una educada y oportuna evasión a esas experiencias narradas sumada a una comunicación abierta con el obstetra, quien deberá para despejar todas las dudas que la gestante tenga [(84)].

**Emotividad:**

Durante el embarazo la gestante duerme más horas y se debe alimentar con mayor cantidad de alimentos que contengan el aminoácido triptófano.

El triptófano es el precursor de la serotonina, uno de los neurotransmisores más importantes del sistema nervioso. Cuando aumentan los niveles de serotonina también aumenta los niveles de dopamina brindando a la gestante emotividad en su estado [84].

**Felicidad:**

Para lograr la felicidad deben participar varios neurotransmisores en el cerebro. Se parte de un determinado deseo (dopamina) para luego transformarlo en acción (adrenalina) y así obtener satisfacción (serotonina).

La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en varias zonas del cerebro: el hipotálamo, la sustancia negra, la corteza cerebral y el sistema límbico, está directamente relacionado con la estabilidad emocional. La recepción dificultosa de esta sustancia origina enfermedades relacionadas con el desequilibrio emocional.

La serotonina es un neurotransmisor se le conoce como el agente químico del bienestar, dado su efecto sobre el estado de ánimo y la ansiedad; los altos niveles de serotonina se asocian con serenidad y optimismo. Así, a niveles altos de serotonina, habrá mayor nivel de felicidad [85].

**Aumento del deseo sexual:**

El embarazo es un periodo especial para las parejas por muchas razones; entre ellas, el sexo es una de las más importantes. La alteración hormonal que experimenta la mujer embarazada puede producirle síntomas diversos, desde un aumento del deseo hasta su disminución.

Tener una buena actividad sexual durante el embarazo es beneficioso para las mujeres, sobre todo a nivel afectivo y emocional (La mujer experimenta cambios hormonales que hacen que se sienta muy sensible y necesita sentirse deseada). Las relaciones sexuales en este periodo afianzan el vínculo en la pareja. En los únicos casos en los que pueden existir contraindicaciones es en los embarazos de alto riesgo.

**Tercer trimestre.**

Este periodo se caracteriza por sobrecarga emotiva, incrementada por el deseo de conocer al bebé, realidad que se hace muy intensa y a la vez las gestantes empiezan a sentir ansiedad por el parto y por los cuidados que requerirá su bebé. Es un momento de placidez mezclado con gran impaciencia, siendo en este trimestre cuando el vínculo emocional es mucho más fuerte, por lo que comienza a surgir el instinto maternal.

Casi al final del embarazo la madre puede experimentar una serie de sentimientos como miedo al dolor del parto o a la muerte, miedo a que el bebé sufra algún daño al nacer o a que tenga alguna deformidad, dudas sobre su capacidad para criarlo bien etc., que hacen que de nuevo experimente niveles ansiedad [77].

En este momento el entorno que rodea a la embarazada cobra gran importancia, ya que puede contribuir a que las ansiedades aumenten debido a que las “predicciones,”, “consejos” y “opiniones” que puede que no sean muy oportunos a pesar de no ser malintencionados [75].

Por último, ¿Qué cambios emocionales pueden ocurrir en la gestante en este tercer trimestre? Veamos:

**Ansiedad:**

Es una sensación normal que experimentan las personas alguna vez o en momentos de peligro o preocupación ante un estímulo externo o interno en el cual ocurre una reacción en las estructuras cerebrales activando un sustrato neuroquímico.

La ansiedad es común en la última etapa del embarazo debido a varios factores: alteración de las fases de sueño ocasionados por la dificultad para acomodar el cuerpo cuando trata de dormir, o por el aumento en la frecuencia urinaria o por malestares, o por alteraciones en la capacidad de concentración, o por sensaciones de incapacidad e impotencia ante la responsabilidad del cuidado del bebé que está por nacer y por sí misma, o por el miedo originado por la incertidumbre frente al parto, temor al dolor de trabajo de parto, y por no tener la certeza de los resultados finales del nacimiento y la posibilidad de complicaciones [(86)].

**Angustia:**

Hay mujeres que sienten angustia al momento del parto y a veces mucho antes. Está relacionado con preocupaciones sobre cosas que todavía no han sucedido o que se quiere controlar. Es natural que la gestante sienta cierto miedo por las historias y otras experiencias vividas, aun cuando el embarazo haya trascurrido con éxito. Tras estos impactos que viven las gestantes es posible que

haya un desequilibrio emocional que produzca la deficiencia del serotonina, que va a condicionar problemas de angustia o pensamientos negativos [87].

**Temor:**

Durante el último trimestre de embarazo surge nuevamente el temor o aprensiones que se dan según cada embarazada, es decir algunas mujeres tienen miedo al parto y al dolor, otras pueden expresar temor por desconocer cuándo va ocurrir el parto, y el no poder cumplir el rol de mamá en caso de las mujeres primigestas, el no poder reintegrarse al trabajo, no saber cómo va a ser la recuperación de la figura prenatal o el rechazo de su cónyuge por falta de atracción. El sistema límbico al detectar algo que representa peligro, va a activar el sistema de alarma en el organismo encargado de controlar las respuestas, produciendo un aumento de actividad de diversas funciones corporales como aumento de la presión arterial, incremento de glucosa en la sangre, e inclusive aumento en la actividad mental [88].

**Irritabilidad:**

El embarazo puede causar muchos sentimientos abrumadores, la gestante puede en éste trimestre sentir el estrés hacia el futuro, preocupación por la situación-país, así como las habilidades de crianza, pensamientos acerca de cómo cambiar la dinámica familiar y ansiedad por la incorporación de un nuevo miembro a la familia, sin menoscabar los cambios físicos ocurridos durante los últimos meses, en donde el útero en expansión, causa malestar corporal y fatiga [89].

**Perturbación:**

Durante los últimos meses de embarazo, aumenta el sentimiento de orgullo con la ansiedad y los nervios que produce la llegada del bebé. Pueden darse casos de insomnio, porque la mujer no encuentra la postura adecuada para dormir o las contracciones pueden resultarle incomodas; está muy vulnerable, siente confusión por las complicaciones que se pueden presentar. Estos eventos le van a producir alteraciones emocionales [(90)].

**Disminución del deseo sexual:**

Por último en este tercer trimestre va a ser más difícil para la gestante desear tener relaciones sexuales, debido al importante volumen abdominal y a la mayor congestión pelviana.

Entre las causas del descenso de la libido, están los cambios hormonales y más que nada, el deseo se ve afectado por los miedos e inseguridades de evitar hacerle daño al bebé o malograr el embarazo; en otros casos la gestante se siente menos atractiva debido a la transformación que ha sufrido su cuerpo [(91)].

Se han abordado hasta este momento las modificaciones funcionales y los estados emocionales de la gestante primigesta, elementos cardinales en la evolución del embarazo. A continuación se analizaran diversos aspectos relacionados con la adaptación psicosocial de la gestante, en donde el aceptar que está embarazada se convierte en el primer paso de una cadena de eventos que abarca lo psicológico, lo social, lo cultural, la familia, la pareja, su mundo interno, el entorno, así como un conjunto de desafíos vitales que suponen la gran misión de ser madre.

### 3.1.4 La adaptación psicosocial de la gestante.

Se define como adaptación psicosocial al proceso que abarca desde el inicio del embarazo hasta el posparto. El estudio pionero de la adaptación psicosocial fue dirigido por la investigadora Regina Lederman [92], quien a través de entrevistas con embarazadas pudo precisar que todas experimentaban algún conflicto en relación a su embarazo, determinando un conjunto patrones de respuesta clasificados como adaptativos o no adaptativos.

Los patrones de respuesta adaptativos se caracterizan por ser progresivos en la manera en que las embarazadas avanzan hacia una orientación para el rol maternal. En tanto que en los no adaptativos las gestantes son ambivalentes y no tienen claro su papel.

Lederman [92] determinó una serie de dimensiones que afectan la adaptación de la gestante hacia su embarazo, diseñando un instrumento al que denominó Cuestionario de evaluación prenatal o Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSQ), originalmente contentivo de 79 items, con la finalidad de valorar cómo tiene lugar el desarrollo del rol maternal, en base a siete dimensiones que adquieren suma importancia a lo largo de la gestación, así como las respuestas adaptativas que se ofrecen en cada una de éstas.

A partir de aquí, se comenzaron a estudiar los síntomas emocionales de las gestantes, considerando al embarazo como un todo, y no solo, como un estado fisiológico, siendo esto el gran aporte de esta investigadora.

En el año 2007 Armengol [5], observó que las mujeres embarazadas que acudían a sesiones preparatorias para el parto en centros privados presentaban una mejor preparación general al parto y a la maternidad, así como una mayor preocupación por el bienestar propio, en comparación de las que acudían a centros públicos, razón por la cual realizó un estudio para adaptar y validar el instrumento creado por Lederman, ajustando el número de ítems a 42 y disminuyendo a 6 las dimensiones estudiadas, logrando comprobar la efectividad del instrumento, el cual quedó definitivamente conformado por las siguientes dimensiones, que son las utilizadas en la presente investigación:

a) **Aceptación del embarazo**: caracterizado por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales se encuentra la planificación consciente y la espera del embarazo, el estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa. Es frecuente que la gestante presente optimismo y al mismo tiempo esté invadida de dudas. Estas reacciones anticipadas de alegría, son comunes en la mujer que ha buscado la maternidad, sin embargo empieza a preocuparse por el resultado final de su embarazo, por lo que busca el cuidado oportuno que le permita vigilar y mantener la salud de ambos, entre ellas el cuidado del niño. Aceptar el embarazo es un proceso en el que la gestante tolera los cambios que ocurren en su cuerpo (físicos y emocionales), reafirmando su feminidad y crecimiento personal razón por la cual acude a los controles prenatales, se alimenta saludablemente ejercitando su cuerpo y eliminando hábitos tóxicos [93].

b) **Identificación con el rol materno**: esta dimensión se caracteriza por la motivación hacia la maternidad, preparándose para vivenciar esta experiencia de vida, resolviendo posibles conflictos, y por ende desarrollando el vínculo materno. También se incluye en esta dimensión la aceptación, protección y alimentación del niño/a. Por eso la adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo, en donde la gestante va a adquirir competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel experimentando placer y gratificación dentro del mismo [(94)].

c) **Calidad de la relación con la madre**: incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del 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 relación y crianza del bebé.

Una mujer que por primera vez se embaraza, se refleja en su propia madre y reevaluando la calidad de su relación actual con su progenitora, considerando la posibilidad de una reconciliación empática si existió antes un problema entre ellas, porque ahora ella reconoce a su madre como un ser humano con límites.

Este proceso puede continuar en el transcurso del embarazo. Una buena relación con la madre, ayuda a construir su propio rol de la maternidad siendo un fundamento sólido para identificarse con un grado razonable de auto-confianza respecto a la maternidad, con menos miedo y ansiedad durante el embarazo [(92)].

d) **Calidad de la relación con la pareja**: en este aparte se incluye el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, y por ende su ajuste

al nuevo rol paterno, así como la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella.

La futura madre nota con frecuencia que tanto ella, como su pareja, experimentan una sensación acrecentada de vulnerabilidad durante el desarrollo del embarazo [92], razón por la cual el inicio de la paternidad y la maternidad pueden generar inevitables cambios en la relación de pareja creándose tensiones por la inexperiencia y las expectativas en el buen desempeño del nuevo papel.

e) **Preparación al parto**: se caracteriza por todas aquellas conductas preparatorias, como asistir a clases prenatales, leer libros, etc., o por los ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto.

Cuando una mujer aprende y se prepara para el evento del parto debe escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él documentándose y uniéndose a grupos con otras embarazadas. Tales esfuerzos están esparcidos con miedo a lo inexplorado, preguntándose ¿Cómo actuará en el parto? ¿Cómo llegará al hospital? y si lo hará a tiempo. El parto es un viaje hacia lo desconocido y el resultado nadie lo puede predecir, por lo que esta dimensión asume la adquisición de autoconfianza [92].

Prepararse para el parto es una especie de montaña rusa emocional, en la que en un momento rebosa de felicidad y al siguiente se encuentran en un mar de dudas, de inseguridad, de tristeza y, por que no admitirlo, a veces incluso de enfado o de rechazo por el embarazo o él bebe. Esto hace que se sientan culpables y duden

de su capacidad como madres; sin embargo son emociones totalmente normales y legítimas [95].

f) **Preocupación por el bienestar propio y del bebé**: en esta última dimensión se incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto.

La gestante afronta la paradoja, de que si bien ella sabe que no tiene control sobre sus contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad, actuar bien y amablemente aceptar la ayuda cuando ella la necesite durante las contracciones. Está dimensión está íntimamente relacionada con la anterior, de manera que el temor puede ser adaptativo o no adaptativo si éste comienza a ser excesivamente confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsiguiente pérdida de autoestima. El concepto de control en nuestra sociedad tiene un significado especial y este elemento es exteriorizado en las mujeres con preocupaciones y sus temores acerca del parto [92].

Como puede apreciarse este instrumento mediante sus seis dimensiones posee una gran utilidad a la hora de evaluar la adaptación psicosocial al embarazo ya que a través de él se pueden prevenir posibles conflictos y por ende preparar a los futuros padres para una mejor parentalidad.

Si el útero es una suerte de primera escuela, las gestantes a través de sus emociones, pensamientos, sentimientos y sensaciones, pueden incidir en el bebé intrauterino condicionando su personalidad, razón por la cual interesa conocer como ocurre la enseñanza prenatal, aspecto a considerar en el siguiente apartado.

### 3.1.5 La gestante y la educación prenatal.

Cada día surgen numerosas investigaciones que otorgan al periodo prenatal un sitial de honor, por ser una etapa fundamental en la vida de un nuevo ser. Una persona construye las bases de su salud, de su afectividad, de su equilibrio, de sus capacidades de relación, de su inteligencia, de su creatividad, en fin de su personalidad, durante los 280 días de permanencia en el útero materno, utilizando los materiales físicos y psicológicos aportados por la madre o por el entorno. Pero no sólo eso. La madre, con sus pensamientos, sus sentimientos, su forma de vivir, sus estados interiores, puede, intencionalmente, educar al niño antes de su nacimiento. Puede promover el despertar de todas sus capacidades latentes en incipiente desarrollo, ya sean de orden físico, emocional, intelectual o ético [(96)].

Durante la gestación la madre impregna cada célula de su bebé con la carga que lleva en su cuerpo. El bebé intrauterino, físicamente se nutre de la sangre de mamá, y a nivel emocional se impregna con las hormonas, los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, en fin las emociones de la madre, elementos todos, que van a delimitan esa formación. Esta es la razón por la cual hay cada vez más informes y conclusiones científicas que evidencian que durante el periodo prenatal aparte de ser crucial para el nuevo ser, es además el momento preciso para la educación del ser humano.

Desde la antigüedad esto se sabía pero inexplicablemente los aportes de otras épocas pasaron al olvido. En la India por ejemplo, en el siglo VI (a.C.) Susruta, reconocido médico de la época, proponía su hipótesis de que el feto a las 12 semanas

era capaz no sólo de percibir su medio físico sino también de buscar activamente sensaciones. Empédocles, en el año 490 (a. C.) consideraba que el desarrollo del embrión podría estar guiado por el estado mental de la madre. Tanto Hipócrates 400 (a.C.) como Serenus en siglo I (d. C), estaban convencidos de la influencia de la embarazada sobre el niño que llevaba en su vientre. En China desde tiempos inmemoriales, se organizaban clínicas prenatales para garantizar la tranquilidad de la madre para así beneficiar a su hijo no nacido [(97)]. A finales del siglo XIX vuelve a iniciarse el interés por la vida prenatal, sin embargo no es sino hasta la década de los años 70 del siglo XX con la aparición del ultrasonido, cuando seriamente se retoman la mayoría de los aportes relacionados con la vida prenatal, siendo el propulsor de esta nueva visión Thomas Verny [(14)] psiquiatra canadiense de avanzada promotor de la psicología prenatal, quien comenzó a teorizar sobre el panorama mental de la madre al considerarlo como el mejor aporte al mundo interior del bebé ya que el niño que va a nacer está íntimamente conectado con el cuerpo de su madre siendo profundamente afectado por todo lo que ella piensa y siente.

Bruce Lipton [(98)], biólogo estadounidense también de avanzada, no tardo en señalar que los futuros padres son verdaderos ingenieros genéticos, motivo por el cual es urgente que estén informados sobre como los pensamientos, emociones y actitudes influyen directamente en la selección y reescritura del código genético del niño en el útero. Es en el vientre materno donde empieza a determinarse si ese ser, será exitoso, saludable y amado o por el contrario si tenderá a la soledad, los fracasos y las enfermedades.

En este ámbito, surge la educación prenatal como una disciplina útil en la prevención ciudadana de la salud, considerando que un bebé gestado en armonía, redundará en un ciudadano saludable, equilibrado y empático con su entorno, por eso es vital que la sociedad, los gobiernos, el personal de salud y por supuesto los futuros padres y madres le otorguen la importancia que merece.

La educación hace referencia al despertar y al desarrollo de las potencialidades del ser, como base de su relación con el mundo. La base de esta educación es la comunicación necesaria para el desarrollo del conocimiento de los significados (emocionales, cognoscitivos y psicomotrices) sobre la realidad interior o exterior. En el ámbito prenatal esa comunicación educativa está indisolublemente unida al intercambio biológico. Su referente son los procesos naturales del embarazo. En ningún caso, la educación prenatal hace referencia a procesos agresivos, artificiales, ni biológicos. Favorece, en cambio, el desarrollo de las potencialidades del ser humano, pero de forma natural, sin ninguna violencia de la clase que sea. Por ello la educación prenatal es equiparable al concepto educación prenatal natural [(99)], en donde la práctica de esta modalidad consiste en pequeñas acciones comunicativas con base en la conciencia pedagógica de su alcance formativo como lo son, sentir al bebé, amarle, acariciarle, comunicarse con él en situaciones funcionales variadas, pensar positivamente en él, hablarle, cantarle, admirar la belleza en la naturaleza, en el arte y en los seres humanos, imaginando y deseándole las mejores y maravillosas cualidades humanas.

Concierne también, por tanto, el estilo de vida y la formación de la madre durante el embarazo: alimentarse con comida sana, variada y equilibrada, cuyos

nutrientes aporten energía; evitar sustancias perjudiciales (alcohol, tabaco, drogas); oxigenar su sangre con una buena respiración; tener sentimientos y emociones positivas; evitar en los posible conversaciones, lecturas, música o espectáculos violentos o deprimentes; tener pensamientos positivos; utilizar su imaginación creadora para impregnar a su bebé prenatal de las más bellas imágenes para sensibilizarle con los más nobles valores humanos; adquirir conocimientos significativos y formativos como principal educadora prenatal.

El rol del padre también es muy importante. Puede adquirir y compartir conocimientos con la madre, comunicarse educativamente con el bebé prenatal con la voz, tocarle, cantarle, acariciarle, y sobre todo facilitar y darle alegría y confianza a través de una madre feliz y segura de sí misma. Estas pequeñas cosas, que de hecho reflejan o expresan los estados interiores de la madre, son transmitidas energéticamente, vibracionalmente y por empatía al bebe intrauterino. Pero además se asocian las repercusiones orgánicas intensificándose la secreción y transmisión de endorfinas, identificadas con el bienestar y los estados de felicidad. El nonato por lo tanto, grabará en su estructura neural rudimentos relativos a su capacidad de amar, de cooperar, de encontrar soluciones equilibradas a los conflictos.

Infortunadamente, el estrés, el miedo o la violencia también son transmitidos. Si durante el embarazo la futura madre atraviesa por dificultades, enfermedad, penas, miedo, estrés, afortunadamente dispone no obstante, de un escudo protector concreto para su futuro bebé, como lo es su amor. Así, desde una toma de conciencia formativa de este fenómeno, como puede optar por explicarle a su hijo y compartir con él lo que sucede en el día a día, como tanto recomendaba

Françoise a su hija [100]. Este valiente esfuerzo será bueno para ella y su bebé; éste grabará que la vida a veces da golpes duros, que a veces se pasa por momentos difíciles que no obstante se pueden superar. Entonces se asentarán en él, las bases de un carácter fuerte, con capacidad para sobreponerse a situaciones adversas.

Para que exista educación debe haber comunicación. Desde el mismo momento de la concepción, el bebé intrauterino mantiene un dialogo con la madre y a través de ella con el mundo exterior [97]. Considera Bowlby [101] que aun antes de saber la mujer que se embarazó, ya hay un proceso la iniciación de la relación vincular que él define como dialogo emocional protosugestológico intraútero, instalándose entre ellos, el más importante y primitivo lazo afectivo en el mismo momento de la concepción, el cual va a comenzar a manifestarse a partir de la implantación del blastocito (primordio fetal y placentario) en el revestimiento uterino, aunque estudios muy recientes ya establecen que hay dialogo molecular entre la madre y el cigoto en su tránsito por la trompa uterina.

En todo caso lo relevante es que dicha intercomunicación posibilitará que la relación se fortalezca durante este ciclo vital, y continuará haciéndolo después del nacimiento, hasta que el desarrollo neurológico y la maduración sexual lleve a éste joven a alejarse de sus primitivos vínculos en búsqueda de otros. Mientras tanto, durante el embarazo, la mamá que tiene comunicación directa con su bebé intrauterino puede comenzar a contarle a su bebé in-útero la experiencia que este compartiendo en determinado momento.

Para establecer este dialogo se requiere de canales comunicantes. Si estos están abiertos, él recibirá completo el mensaje materno iniciándose así el proceso de enseñanza. Verny señala [(4)], que las mamás se comunican con su hijo por nacer por diferentes canales lo cuales son: el canal sensorial, el canal intuitivo y el canal molecular (aspecto que también será tratado en el aparte 3.3.6 relativo al desarrollo afectivo fetal). El considera que de las tres vías la más importante, dado las investigaciones realizadas y la confirmaciones que se hacen, es la vía molecular ya que a través de ella en cada experiencia vivida por la madre, su organismo liberará sustancias químicas que por vía hemática le van llegar al nonato conformando los constituyentes fundamentales del organismo. Analicemos a continuación cada canal de comunicación.

1.- **Canal de comunicación sensorial** (conductual):

Está presente cuando una mujer se acaricia el vientre. Cuando habla, canta, camina o corre, se comunica con su bebé y él lo percibe a través de los sentidos. Los recién nacidos se comunican con la madre a través del llanto, y ellas aprenden pronto a descifrar el significado de esas lágrimas. De modo parecido, el bebé no nacido se comunica a través de las pataditas. Por ejemplo, cuando oye una música que le gusta, da una patadita enérgica pero suave. Pero si lo exponemos al ruido estridente y duro se agita cada vez más y expone a la madre a una serie de patadas dolorosas. Está claro que las madres en función de su propia educación o circunstancia, se sintonizan más o menos con este tipo de comunicación. Si están deprimidas, angustiadas, si viven expuesta a la violencia no es probable que presten mucha atención ni envíen mensajes positivos a su bebe no nacido.

2.- **Canal de comunicación intuitiva** (Simpático).

Existen intercambios de comunicación intuitiva entre las personas que ni están conectadas por la circulación de la sangre ni a través del tacto o del habla. Ocurren con frecuencia entre individuos que mantienen fuertes vínculos emocionales. Podría decirse que son personas que están en la misma longitud de onda. Entonces ¿Podría ocurrir este tipo de comunicación intuitiva entre la madre y su bebé intrauterino, que son dos seres que están más conectados? Evidentemente sí. Por este canal intuitivo la madre transmite los pensamientos, las intenciones y muchas de las emociones a su hijo, y ella también recibe mensajes de él a través del mismo canal, a menudo en forma de sueños. A través de este complejo sistema de comunicación prenatal el futuro bebé aprende cosas sobre sí mismo, sobre su madre y sobre el mundo entero.

3.- **Canal de comunicación molecular** (Fisiológico).

Las moléculas maternas de las emociones, incluidas hormonas del estrés, llegan al futuro bebé a través del cordón umbilical luego de atravesar la barrera placentaria. En este sentido el feto forma parte del cuerpo de la madre como el corazón y el hígado [(4)], de manera que así como esas neurohormonas le causan efecto a ella, del mismo modo esos efectos los sentirá en bebe intrauterino al instante en que son producidas.

Pongamos un ejemplo, según estudios realizados en un amplio espectro de poblaciones y clases sociales [(3,4)], el maltrato doméstico en las mujeres embarazadas produce una variedad de efectos nocivos, siendo causales de depresión y estrés, no

presagiando nada bueno para el momento del parto y el alumbramiento. Las mujeres embarazadas que son víctima de malos tratos suelen fumar más, beber más o medicarse más, con fármacos calmantes del dolor o ansiedad. Con frecuencia van a sufrir de infecciones o anemia. Como si esto fuera poco, suelen demorar más la atención y los consejos prenatales. Por eso no sorprende que los bebés de madres maltratadas estén más propensos a sufrir los peores efectos del estrés prenatal, con riesgos muy altos de nacer con bajo peso o de ser prematuros.

Las pruebas que señalan que un peso al nacer muy bajo puede ser un factor de riesgo para contraer, por ejemplo, diabetes de tipo 2, nos da una idea de hasta qué punto las secuelas de estas experiencias tempranas negativas, se prolongan a lo largo de toda la vida de un nuevo ser [(4)].

De modo que podemos concluir que estos complejos pero efectivos sistemas de comunicación permite a la madre enseñar a su bebe in-útero y de la misma manera él va aprender y guardar en su memoria cosas sobre sí mismo, sobre su mamá y sobre el mundo que lo rodea.

La comunicación que la madre mantenga con su bebe a través de sus emociones, sentimientos y pensamientos, van a ofrecerle un mundo de armonía, vital para su crecimiento y desarrollo. De allí que la magia de esta comunicación no exija el envío de un email al bebé in-útero para expresarle su amor. Basta que la madre sienta y piense en él.

Junto a estas vías comunicantes existe otra comunicación pero carácter ancestral en donde la gestante también jugará un rol dada la influencia que ejerce.

Debido a la importancia que radica, a continuación esbozaremos el aspecto transgeneracional de esta comunicación.

### 3.1.6 Las conexiones ancestrales transgeneracionales y la influencia de la gestante.

La creencia de que nuestras vidas puedan estar determinadas por la historia ancestral de las generaciones anteriores no es nueva [(102)]. En épocas recientes ha resurgido lo que la filosofía oriental siempre ha preconizado, de cómo las conexiones ancestrales influyen en los destinos individuales de las personas. Nuevos planteamientos en el campo psicoterapéutico como las Constelaciones Familiares, han evidenciado la existencia de enfoques transgeneracionales que pueden ayudar a explicar cómo ciertas dinámicas inconscientes relacionadas con los sistemas familiares han incidido en las personas, provocando que éstas repitan ciertas situaciones o eventos vividos por sus ancestros. ¿Cómo ocurre esto? ¿De qué manera pueden los acontecimientos del pasado afectar a varias generaciones posteriores? ¿Qué dice la ciencia? Para encontrar las respuestas se hace necesario profundizar el tema.

La ciencia convencional siempre ha sostenido que un ser llega a la vida con una carga de información genética prefijada e inalterable, en donde los genes guían la formación del ADN, el cual a su vez determina que proteínas deberán elaborar las células. Sin embargo en los últimos tiempos, otra realidad se ha hecho presente, al señalar cómo el entorno puede incidir en los genes activándolos o no. Cuando un gen se activa o desactiva se ponen en marcha un conjunto de procesos

bioquímicos que acaban provocando una serie de cambios. Esto ha dado origen a la epigenética (del griego epi, en o sobre, y genética) disciplina que en un sentido amplio, se encarga de estudiar todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia o desarrollo de un organismo.

Precisamente ha sido la epigenética quien ha confirmado como el estrés, la alimentación o los tóxicos medio ambientales tienen acción sobre la activación de genes concretos y cómo estos generan a su vez cambios, que se harán presentes en tres o más generaciones posteriores. Skinner [(103)] biólogo molecular luego de comprobar cómo experiencias de vida de los abuelos, e incluso de los bisabuelos, han logrado modificar los ovocitos y espermatozoides de manera tan indeleble que esa alteración ha sido transmitida a los hijos, nietos y bisnietos, ha concluido que ese fenómeno o herencia epigenética transgeneracional, significa que cualquier factor ambiental que influya en la salud física y emocional no sólo afectará al individuo expuesto al factor, sino también a su descendencia.

Otros estudios sobre la conducta epigenética [(104)] además han demostrado cómo experiencias traumáticas del pasado, o del pasado de los ancestros, dejan marcas moleculares adheridas en el ADN. Es decir, que se puede heredar no sólo las rodillas frágiles de la abuela, sino también una predisposición a la depresión causada por un duelo que no fue realizado.

Siendo lo ancestral o transgeneracional un evento inconsciente, en el campo del psicoanálisis, Freud [(105)] realizó en 1939, un estudio sobre las reacciones frente a los traumas precoces. Esta investigación le permitió comprobar como

determinadas reacciones no se ajustaban a la propia vivencia del sujeto, sino que eran contenidos, huellas mnémicas, residuos ancestrales, fragmentos de vida psíquica transmitida de generación en generación, que venían a constituir un bagaje inconsciente. También comprobó el padre del psicoanálisis (106) demostrado también por la ciencia, que ninguna generación es capaz de disimular a las que siguen los acontecimientos psíquicos significativos. Estas apreciaciones nos conducen a afirmar que estamos configurados ineludiblemente por memorias que heredamos y que permanecen latentes en nuestro inconsciente, en otras palabras un individuo no sólo es gobernado por su inconsciente, sino por el inconsciente de otros (107).

El concepto transgeneracional conocido desde hace mucho tiempo, hace referencia a la cadena de transmisión de significaciones que se lega de generación en generación y que abarca ideales, mitos, modelos identificatorios y enunciados discursivos que involucran lo dicho, pero también lo silenciado, conocido como secretos familiares (102).

La herencia psíquica no se da solamente entre una gestante o un padre y su hijo, en cuyo caso se trataría de la influencia intergeneracional, sino que también existen influencias de generaciones anteriores en el desarrollo y en la estructuración psíquica de un nuevo ser, del bebé intrauterino; en este último caso, es cuando hablaríamos de la influencia o herencia transgeneracional.

Es decir, lo transgeneracional comprende aquella información inconsciente que el clan familiar transmite a toda su progenie, para que un conflicto silenciado

en la familia se pueda resolver en generaciones posteriores. En consecuencia, en el análisis transgeneracional se debe tener en cuenta el proceso psíquico genealógico de la gestante para lo cual debe ponerse en perspectiva su historia familiar de origen. Ella debe asumir y hacer consciente todas aquellas las situaciones excluidas de la conciencia familiar así como las creencias que las sostienen. Como quiera que estas transmisiones afectan a dos, tres o más generaciones, la expresión de esa información construida por los ascendientes puede ser expresada por un miembro de una generación posterior en forma de síntoma, afección o enfermedad, realidad comprobada en esta investigación como ser verá más adelante.

El enfoque transgeneracional nos conduce en cierta manera a pensar en el inconsciente, no como una instancia de ámbito individual, sino como una dimensión más amplia que abarca el sustrato de los funcionamientos familiares, históricos y culturales. En este sentido la transmisión transgeneracional trazaría un puente entre el inconsciente individual y el inconsciente colectivo [(20)].

Según el Diccionario de la Lengua Española [(108)], la palabra vínculo proviene del latín vincülum, que significa unión o atadura de una persona con otra, ¿pero de qué unión o atadura se trata desde el enfoque transgeneracional?

Sin saberlo, todos establecemos vínculos con nuestro sistema familiar. Esto nos mantiene ligados a nuestros antepasados, quiérase o no. Entre el sujeto y el ancestro se establece una lealtad invisible [(21)] mediante la cual la persona carga con experiencias que no son suyas, que fueron secretos familiares mantenidos mas no resueltos, en su momento. El material psíquico familiar se transmite en bruto sin

haber sido elaborado. De manera que, a partir de este vínculo o lealtad invisible, todo sujeto recibe una historia singular que no es propia, pero que se incorpora en su psiquismo determinando su experiencia vital.

Analicemos el siguiente ejemplo: en la primera generación, ocurre un hecho que no se puede expresar por diferentes motivos, vergüenza, horror, represión o sufrimiento excesivo. Al no poder hablar de ello, la experiencia no se elabora y se mantiene presente psíquicamente en la persona que la ha vivido. El contenido se confina y queda encriptado en el yo, condenado a convertirse en secreto, en un indecible que nunca debe ser revelado y del que no se puede hablar debido al dolor y la culpa que evocaría.

En la segunda generación, el secreto no puede ser objeto de representación verbal. El suceso se vuelve innombrable ya que el portador de éste tiene un conocimiento intuitivo de su existencia, pero ignora el contenido. Se podría hablar de una herencia sin testamento, un legado recibido que no ha sido aceptado.

Por último, en la tercera generación se convierte en impensable, algo que existe pero es inaccesible a la conciencia; nadie se lo puede imaginar. Puesto que los ascendientes no han nombrado dichas experiencias traumáticas ni sus consecuencias emocionales, éstas no pueden ser objeto de ninguna representación verbal en los descendientes. Este hecho puede conducir a una ausencia de simbolización. Lo silenciado, que como hemos observado tiene un papel fundamental en la transmisión, está compuesto por palabras imposibles de decir que se transmiten por gestos, alusiones, dichos a medias, no dichos o murmullos.

Además, contiene los afectos que se han reprimido y están ligados al padecimiento de aquella difícil experiencia. La persona se ve obligada a modificar su discurso para evitar las palabras que la llevarían o la acercarían a romper el silencio, y esto la hace forjar un discurso incongruente.

Se puede concluir, que todo ser, antes de nacer ya posee un haber una deuda ancestral, trasmitida transgeneracionalmente, por lealtades invisibles y por campos morfogenéticos, aspecto que más adelante analizaremos. En todo caso como influye la gestante en el bebé intrauterino desde el punto de vista transgeneracional mediante esa conexión ancestral. Lo hace de manera indirecta. La Teoría General de los Sistemas, define la familia como un sistema abierto, en interacción permanente, de manera que lo que afecte a un integrante de la familia afecta a todo el sistema. Si en la familia de origen de la gestante hay algún evento familiar oculto y no resuelto, estos se van a hacer presente en ella, bien sea repitiendo sucesos similares a los ocurridos en su familia de origen o manifestando alguna sintomatología o enfermedad, que de alguna forma va a afectar al bebé intrauterino. Una técnica psicoterapéutica que contribuye a establecer el equilibrio del árbol familiar son las Constelaciones Familiares, técnica que permite hacer consciente lo inconsciente, sanando y que más adelante se abordará con profundidad.

### 3.2 El útero, un lugar para aprender

En la construcción de un sistema de interpretación del ser humano, basado en el estudio de sus caracteres y culturas, cimiento de gran parte de las observaciones antropológicas, los aspectos relacionados con la procreación, cobran

relevancia al punto de que, el significado del útero y sus funciones, es interpretado como tal, en muchas culturas. Un número significativo de tradiciones y simbolismos míticos, han tenido su origen y se han estructurado, precisamente en torno al órgano de la gestación.

Lo mítico y lo simbólico, son las formas expresivas primordiales del espíritu humano, como consecuencia de su reacción ante las diversas facetas de la vida y del cosmos. En la ficción de hechos naturales o alegoría de sucesos humanos, el mito es la primera reacción poética del hombre [(109)]. Por su parte, la ciencia que en un principio eludió la espiritualidad, ha tomado paulatinamente el camino de la apertura a nuevos entendimientos más creativos y profundos [(110)], conformando los llamados modelos emergentes.

A continuación se analiza el útero desde diferentes perspectivas, en un intento para ensamblar todo un entramado que permita integrar en éste órgano, suerte de primera escuela, todos los elementos necesarios que hagan de él, un lugar cómodo de estancia feliz para el nuevo ser, donde la madre es el eje cardinal.

### **3.2.1 Útero antropológico**.

Etimológicamente el significado de la palabra útero, reseñada por primera vez en castellano a finales del siglo XV, fue propuesto por Hyrtl [(111)], para designar el órgano en cuyo interior se desarrolla el producto de la concepción, término que guarda relación etimológica, con uterus u odre. Por su parte, la palabra matriz, sinónimo de útero, hoy forma parte del habla común en prácticamente todos los idiomas de raíz latina.

El odre (uterus) era una especie de saco hecho con cuero de cabra, con bordes cosidos entre sí, por todas partes menos por el cuello. El receptáculo resultante, recordaba vagamente la forma de los úteros bicornes de los animales domésticos, cuyos modelos anatómicos sirvieron de base a Galeno, para describir el útero humano.

Galeno, cuyas doctrinas anatómicas prevalecieron como fuente de saber, infalibles durante más de quince siglos, suponía que el útero estaba formado por dos cavidades, con unos anexos. Los ovarios, a semejanza de los testículos, secretarían una auténtica simiente cuya unión con la del hombre, daría origen al embrión.

Una creencia bastante extendida en la antigüedad consideraba el fondo del útero humano como formado por siete cavidades o celdas [(112)], tres en el lado derecho, tres en el izquierdo y una en el centro. La supuesta existencia de siete celdas dio pie a que se elaborara una teoría, recogida en los escritos de Parménides, en virtud de la cual, el sexo del niño dependería de la posición ocupada en el claustro materno. Si la simiente cae a la derecha, donde hace más calor, se engendra un varón; sí es a la izquierda, una hembra. Esa era la consideración extendida en las culturas griegas y romanas, no así la asiática, que adoptaba una relación inversa, cuyo impacto todavía perdura en muchas creencias populares orientales. En todo caso, la doctrina de las siete celdas dominó el pensamiento médico hasta bien entrada la Edad Media.

En el simbolismo, el útero o matriz [113] se le relaciona universalmente con la fecundidad de la naturaleza, en su calidad de matriz secreta y cerrada, donde se engendra a todos los seres y los nutre. También la matriz forma parte de una serie de ideas entorno a la reproducción, potencia y fertilidad, simbolizando salud, fuerza, continuidad y vida.

Desde Aristóteles se ha asignado a la matriz un papel preponderante en la generación humana. En su calidad de locus generationis, la víscera uterina no sólo se comporta como un receptáculo pasivo, sino que además posee la facultad de concebir el feto, del mismo modo, que el cerebro concibe las ideas.

Para los psicoanalistas, el útero recuerda en muchos aspectos las entrañas de la tierra, un refugio cálido y oscuro del cual todo ha surgido y al cual todo habrá de volver algún día. En opinión de Freud este sitio espectral no es más que la entrada al viejo hogar de la humanidad, a esa morada en la que cada uno de nosotros se sintió por primera vez en su casa.

### 3.2.2 Útero anatómico.

El útero, es un órgano impar, hueco, muscular, de paredes gruesas y contráctiles, en forma de pera, situado en la pelvis menor de la mujer. Es el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino y el lugar en el que se desarrolla la gestación. Tiene como función, recibir el huevo fecundado y asegurar su desarrollo. Suele medir unos 7cm de largo, 4 de ancho y 3 de espesor. Morfológicamente lo constituyen tres partes: cuerpo, istmo y cuello, aunque histológicamente está conformado por tres capas. La más externa es una serosa, la

cual se continúa con la capa media o muscular, constituida por fibras musculares lisas distribuidas irregularmente a nivel del cuerpo. Internamente se encuentra la capa endometrial o endometrio, sitio donde se implanta el blastocito, hecho que ocurre el día sexto post fecundación. Es, en esa capa del útero, donde no solo se forma la placenta, sino que allí, es el lugar, en el cual se va a desarrollar el embrión [(114)].

El útero es el órgano que sufre las mayores modificaciones durante el embarazo. En 280 días alcanza 32 a 33 centímetros de longitud, pesando más de 1 kg y con una capacidad de 4 o 5 litros. Estos parámetros, desde el punto de vista semiológico, se pueden explorar clínicamente, mediante las siguientes determinaciones: altura uterina y circunferencia abdominal. Así mismo a través de la palpación abdominal se puede precisar el útero gestante y dentro de él, al feto intrauterino, mediante las maniobras de Leopold, que permiten determinar aspectos como posición, situación, presentación y localización del dorso fetal. Además se puede auscultar el foco fetal. Todos estos elementos orientan al facultativo sobre cómo transcurre, la evolución normal en un embarazo [(114)].

Este órgano es irrigado por las arterias uterinas, y es a través de ellas, que todos los nutrientes, moléculas, componentes hormonales, y experiencias provenientes de la madre, van a llegarle al bebé intrauterino. Este intercambio dinámico de información a través de esos mediadores químicos, son los códigos de comunicación, que se van establecer, entre el corazón y la mente de la madre y el corazón y la mente del bebé no nacido. Es aquí, en el claustro materno, razón de incubadora natural, donde las decisiones que tome la madre, serán cruciales. Si son

enriquecedoras le estará asegurando a su bebe no nacido, los elementos básicos para crear un cuerpo, una mente y un espíritu sano [114].

### 3.2.3 Útero emocional.

Muchos autores coinciden en señalar, que el modo en que el bebé se desarrolle en el vientre materno, determinará su vida extrauterina. Los avances de la psicología prenatal [3], han descubierto cómo las emociones de la madre durante el embarazo, desempeñan un papel esencial. Se conoce que el desarrollo del feto, depende en buena medida, del bienestar de la madre, lo cual repercute en él bebé intrauterino en donde el útero es una especie de caja de resonancia o caldera emocional. Diversos estudios soportan la anterior afirmación.

Después de seguir a dos mil mujeres durante el embarazo, la doctora Lukesch [3], psicóloga de la Universidad Constantine, de Frankfurt, República Federal de Alemania, llegó a la conclusión que la actitud de la madre producía el efecto más importante en la forma de ser del infante. Los hijos de las madres aceptadoras o sea aquellas que deseaban tener descendencia eran emocional y físicamente mucho más sanos al nacer, que los vástagos de las madres rechazadoras.

El Dr. Rottmann [115], de la Universidad de Salzburgo, Austria llegó a la misma conclusión, en un estudio de ciento cuarenta y un mujeres, a las que clasificó en cuatro categorías emocionales, basadas en la actitud que tenían hacia el embarazo. Los hallazgos de las categorías más extremas, que prácticamente imitaban las de la doctora Lukesch, no plantearon sorpresas. Las gestantes que el doctor Rottmann, calificó de Madres Ideales porque las pruebas psicológicas

demostraban que deseaban a sus hijos tanto consciente como inconscientemente, tuvieron los embarazos más fáciles, menos problemáticos, con hijos física y emocionalmente sanos. En tanto que las embarazadas con actitudes negativas a las que llamó Madres catastróficas, como grupo, tuvieron problemas médicos más difíciles durante la gestación, así como una tasa elevada de infantes prematuros, de poco peso y emocionalmente perturbados. Los datos más interesantes surgieron de los grupos intermedios: las Madres Ambivalentes, las cuales estaban exteriormente contentas con su gestación. Maridos, familiares y amigos suponían que esas gestantes deseaban ser madres. Sin embargo, sus hijos intrauterinos sabían que no era así. Sus sensores habían captado la misma ambivalencia subconsciente en los test psicológicos del doctor Rottmann. Al nacer, un porcentaje extraordinariamente elevado de estos niños, presentó problemas de conducta y trastornos gastrointestinales.

Los niños no nacidos de Madres Indiferentes, también parecían estar profundamente confundidos con respecto a los mensajes mixtos que recibían. Sus madres tenían diversas razones para no desear el embarazo, habían hecho carrera, tenían problemas económicos o todavía no estaban preparadas para ser madres; no obstante, los test del doctor Rottmann, demostraban que inconscientemente deseaban el embarazo. En algún momento los niños intrauterinos captaron ambos mensajes, que evidentemente los confundieron. Al nacer, un porcentaje extraordinariamente elevado de ellos, eran apáticos y aletargados.

Otro aspecto emocional que también se gesta en el útero, es la calidad de la relación de la gestante con su pareja. El hecho de que se sienta feliz y segura, o a la

inversa, ignorada o amenazada, ejerce una influencia decisiva en el niño no nacido. En relación con este aspecto el doctor Scott [3], califica un mal matrimonio o una relación negativa, como una de las principales causas de daño emocional y físico ocurrida en el útero.

En un estudio con más de mil trescientos niños y sus familias, calculó que una gestante, miembro de un matrimonio mal avenido, corría un riesgo de doscientas treinta y siete veces superior de alumbrar un niño psicológico o físicamente enfermo, que una mujer que vive una relación segura y nutritiva. El modo en que lo experimenta él bebe intrauterino, crea predisposiciones de la personalidad y el carácter. En un sentido muy real, el útero establece las expectativas del niño. Si ha sido un entorno cálido y amoroso será un niño estable psicológicamente.

El mundo será su envoltura tal como lo ha sido durante su estancia en el útero. Si dicho entorno ha sido hostil, el niño esperará que su nuevo mundo sea igualmente poco atractivo. Estará predispuesto hacia la desconfianza, el recelo y la introversión. Relacionarse con otros será difícil. Lo mismo que la afirmación de sí mismo. La vida será más dificultosa para él, que para un niño que ha tenido una buena experiencia uterina

### 3.2.4 Útero sociocultural.

El útero sociocultural, lo representa la familia. Es en la familia donde el ser humano como persona, aprende a dar sus primeros pasos en el proceso de su

realización, de su socialización. Allí aprende a ser, un ser humano, dotado con un sentido de libertad y responsabilidad.

En este sentido, la familia constituye el ambiente más propicio para la personalización y la socialización del niño. Antes de entrar en contacto con la sociedad, es dentro de la familia donde el niño aprende a relacionarse con el mundo, con los demás y con la trascendencia. Es por eso que el estado de salud, tanto físico como psicológico, moral y espiritual del adulto depende en gran parte del estado de salud de la familia donde él nació y creció como niño.

La metáfora de un útero sociocultural, como modelo integral de desarrollo de la familia [(116)], se formó mediante la comparación de la función biológica del útero y la maduración del feto dentro de la gestante, desde la concepción hasta el parto, con los cambios en la familia en los primeros tres meses después del nacimiento del niño. La metáfora traduce hechos bien conocidos de la biología de reproducción a nivel social y cultural. Según Portmann, mencionado por Caruso [(117)], el cierre de las conexiones cerebrales (sinapsis) se hace mediante la mediación de los estímulos sociales y más en concreto en íntima relación con la madre que le atiende no solo biológicamente sino cultural y socialmente. Toda la vida humana va a depender de los que ocurre en ese periodo, y puede ser observado.

### 3.2.5 Útero como primera escuela.

El útero materno, especie de morada temporal o suerte de primera escuela, es el lugar donde el feto desarrolla su psiquismo, guiado por las percepciones del entorno que le permiten experienciar, aprender y distinguir, aunque sea de forma

primitiva, la consciencia de sí mismo y de un Yo en proceso de formación [(4)]. Numerosas líneas de investigación así como cientos de estudios [(4)], permiten asegurar que no es lo mismo ser concebido con amor que con odio, con ansiedad que con violencia. No es lo mismo que la madre desee quedar embarazada y tener su bebé, que ese bebé sea un hijo no deseado. Los resultados cambian si la madre se siente apoyada por sus familiares, si no tiene adicciones, si vive en un entorno estable libre de estrés, si recibe una atención prenatal adecuada. Todas éstas variables de gran importancia, son el sustrato que van a permitir el aprendizaje del bebé, en el útero.

Tener un hijo es para la mayoría de las personas un acto de fe, que supone un futuro mejor no solo para los padres sino también para su familia. Sin embargo, a menos que mejoremos de manera activa, nuestro conocimiento del modo de tratar a nuestro futuro bebé, de enviarle emociones positivas, de enseñarle sentimientos nobles a través de nuestros pensamientos, ese acto de fe, no se verá recompensado [(118)].

¿Dónde se experimentan las primeras emociones de amor, rechazo, soledad o alegría? En la primera escuela a la que se asiste: el útero materno. Esta aula, ¿Es tranquila o ruidosa? ¿Hace demasiado calor o frio? La respuesta armónica de todas estas interrogantes, es predictivo del nacimiento de un niño sano físico, emocional, social y culturalmente.

### 3.3 El bebé intrauterino, un vigoroso aprendiz.

En la comprensión del comportamiento fetal algunos investigadores [119] sostienen que hay que tener en cuenta el desarrollo fisiológico y las capacidades del bebé intrauterino, destacando fundamentalmente las capacidades motoras, sensoriales (gusto, oído, vista y olfato), las capacidades respiratorias y el valor fetal del corazón. Sin embargo, coincido plenamente con Gil [120], que la gestación humana no es únicamente un asunto de desarrollo biológico (fisiológico, anatómico, etc.), sino también un período de desarrollo psicológico [121], que va definir la personalidad de ese nuevo ser.

El nonato no es un ser inerte como durante algún tiempo se creyó. Investigadores como Piontelli [122] quien después de haber dedicado un año observando ecografías ha derrumbado paradigmas al señalar:

> *"…lo que me sorprendió durante este período era la riqueza y complejidad de los movimientos que uno podía observar a partir ya de las primeras etapas. Los bebés podían chupar, estirarse, rascarse, bostezar, frotarse sus manos y sus pies mucho antes de que las madres pudieran percibir alguno de estos movimientos…"*

Con esta premisa, vamos a analizar en este aparte, diversos aspectos relacionados con el desarrollo embriológico intrauterino, visto como un ser intrauterino sensitivo, cognitivo, social, comunicativo y afectivo elementos que van a conformar su psiquismo fetal junto con la memoria, elemento cardinal en el aprendizaje fetal.

### 3.3.1 Desarrollo embrio-fetal.

La chispa de la vida que dará origen a un nuevo ser nace de la unión de dos células vivas: el ovocito y el espermatozoide, transmitiendo la antorcha de luz a una nueva generación. Al proceso por el cual el ovocito o célula germinal es penetrada por un espermatozoide se denomina fertilización o concepción. Él se caracteriza por ser un proceso bioquímico complejo que requiere de un mínimo de veinticuatro horas para completar la denominada singamia [123], a través del cual la información genética de ambos gametos (femenino y masculino) se fusiona dando lugar a una nueva célula diploide (que contienen un número doble de cromosomas, a diferencia de los gametos) con material genético combinado de ambos progenitores (23 cromosomas del padre y otros 23 cromosomas de la madre), dando lugar a una célula con 46 cromosomas conocida como cigoto.

El proceso por medio del cual el cigoto se convierte en un nuevo ser independiente, dura alrededor de 40 semanas y se divide embriológicamente en tres etapas o períodos: germinal, desde la concepción hasta las dos primeras semanas; embrionario, desde la tercera semana hasta la octava y fetal, desde la novena semana hasta el nacimiento.

#### 3.3.1.1 Período germinal.

Ocurrida la fecundación, durante los días inmediatamente posteriores, el cigoto realizará un doble movimiento: un movimiento en el espacio, consistente en el descenso por la trompa de Falopio hasta el útero con una duración de aproximadamente de 3-4 días y un movimiento interno a través de la división

celular mitótica, proceso que supone la división de esta primera célula (indiferenciada y totipotencial) en dos idénticas, cada una de las cuales dará lugar a otras dos y así sucesivamente hasta formar una estructura llamada mórula.

Aproximadamente hacia el cuarto día post-fecundación la mórula que ha terminado de descender por la trompa uterina; ahora se encuentra en la cavidad uterina donde se transforma en otra estructura más avanzada denominada blastocito, la cual inicia un periodo de diferenciación, así las células externas conformaran el trofoblasto, primordio de la placenta, y las células internas o embrioblasto, dará origen al embrión.

A partir del 6to día post-fecundación se inicia la implantación en el endometrio asegurando de este modo, los canales de alimentación y soporte entre la mujer y el ser en desarrollo [(123)].

**3.3.1.2 Período embrionario.**

Esta etapa comienza dos semanas después de la fecundación y se extiende hasta el final de la octava semana de gestación. Al empezar la tercera semana, el embrioblasto se diferencia en el denominado disco trilaminar en donde cada capa celular dará origen a diferentes aparatos, órganos y sistemas. Las células de la capa más interna o endodermo formarán el aparato digestivo y respiratorio; la capa media, o mesodermo, dará lugar a los músculos, huesos, sistema circulatorio, excretor y reproductor», mientras que la capa externa, o ectodermo, dará origen a la piel, los órganos de los sentidos y el sistema nervioso [(124)]. Por otra parte, las células que en forma de corona se ubican alrededor del embrioblasto, también se

irán modificando, dando lugar a los tres grandes sistemas de soporte del nuevo ser dentro de la madre: el saco amniótico, la placenta y el cordón umbilical.

En esta etapa se desarrollan los órganos y los principales sistemas del cuerpo: nervioso, respiratorio y digestivo. Es un período muy crítico en el embarazo puesto que el embrión es muy vulnerable a las influencias del ambiente prenatal [125].

Por lo tanto, el período embrionario se caracteriza por la diferenciación de las estructuras corporales en los distintos órganos y actividades de los mismos. Prueba de ello se aprecia hacia la tercera semana, donde se pone en funcionamiento el primer sistema vital, cuando el primitivo corazón empieza a latir.

Al final de esta etapa, todos los órganos estarán formados de manera muy rudimentaria, por lo que necesitarán 32 semanas para poder estar en pleno funcionamiento [114].

**3.3.1.3 Período fetal.**

Este período transcurre desde la semana 9 hasta el nacimiento y tiene como objetivo el desarrollo y crecimiento fetal, el cual va a permitir luego del nacimiento, que el feto pueda adaptarse y vivir de manera autónoma en el ambiente extrauterino [114].

En esta etapa el feto aumenta 10 veces su longitud y sus proporciones cambian también drásticamente. Pero los cambios no sólo se producen en el nivel externo, sino también en el interno. Los órganos empiezan a adquirir una estructura más precisa y compleja, y establecen sus funciones.

Al finalizar el primer trimestre, se produce un rápido crecimiento y uno de los principales hitos es la conexión de los órganos con la musculatura. Por otra parte, el cerebro y las terminaciones nerviosas comienzan a enviar información a los órganos y las extremidades [(124)].

Durante el segundo trimestre no sólo se siguen consolidando los órganos fetales, sino que comienza el perfeccionamiento de sus funciones. En estos tres meses, uno de los órganos que más evoluciona es el cerebro que multiplica su tamaño por seis y comienza a asumir el control de la respiración [(125)]. Algunas de las estructuras que comienzan a diferenciarse son los dedos de las manos y de los pies y las raíces de los dientes. Aparecen también las cejas, las pestañas y el cabello. Los cambios que experimenta el feto a lo largo del tercer trimestre van a garantizar su supervivencia extrauterina.

Desde una visión fenomenológica el desarrollo embrio-fetal no es otra cosa que la preparación de un vehículo adecuado para que el alma que regresa a la vida física se conduzca en su nueva experiencia en la tierra. Para comprender lo que va a acontecer durante la vida fetal, el primer punto a tener presente es que la conciencia del nuevo ser ya existe antes de su concepción [(126)]. La conciencia no depende del cerebro para su existencia, sino que necesita de él para su manifestación en el plano físico.

El segundo punto es que ese ser que va a tomar posesión del embrión en formación trae consigo su historia, su personalidad definida a lo largo de muchas existencias previas, sus recuerdos y sus propósitos. De la convergencia y de la

interacción de su propia historia con la historia de sus ancestros así como del entorno sociocultural y ambiental en el cual nacerá dependerá su nueva experiencia en la vida física. De la interacción de esos factores, de su propia capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias y del peso que cada uno de estos factores adquiera, dependerá su vida, sus posibilidades y el grado de desarrollo que alcancen los proyectos que traiga para realizar en esta existencia [126].

### 3.3.2 Desarrollo sensorial fetal.

Dentro de la comprensión del comportamiento fetal así como de sus capacidades se destacan los aspectos sensoriales. Los órganos de los sentidos y los centros cerebrales determinaran la sensorialidad fetal, papel esencial en el programa ontogenético humano, eslabón fundamental del mundo cognitivo fetal. Analicemos como éstos elementos van a ejercer relevante influencia en el desarrollo del nuevo ser.

#### 3.3.2.1 El tacto.

Justo antes de la 8ª semana, la primera sensibilidad al tacto se manifiesta [127]. Desde esta temprana edad, los experimentos con un toque de cabello sobre varias partes del cuerpo embrionario muestran que la sensibilidad cutánea está presente, extendiéndose por el área genital (10ª semana), las palmas (11ª semana), y las plantas de los pies (12ª semana). Estas áreas donde ocurren esas primeras sensibilidades serán aquellas que tendrán el mayor número y variedad de receptores sensoriales en el adulto. A las 17ª semanas todas las partes del abdomen y nalgas son sensibles. La piel es un complejo maravilloso, que contienen cientos de

variedades de células que son especialmente sensibles al calor, al frío, a la presión y al dolor. A la semana 34 casi todo el cuerpo es sensible a un ligero toque.

La haptonomía es un método de comunicación afectiva a través del tacto creado tomando en consideración el desarrollo sensitivo fetal del tacto [(100)]. Este método permite a la madre, y sobre todo al padre, establecer una relación profunda con el hijo a través de la pared abdominal, lo cual es muy beneficioso para el momento del nacimiento. La madre puede sentir al bebé intrauterino si presiona el abdomen con sus palmas en pocos instantes él le responderá con golpecito de piernas como comunicación.

Existe una hipótesis de que la serie prolongada de contracciones uterinas del parto representarían en la especie humana, una serie de inmensas estimulaciones cutáneas destinadas a asegurar el funcionamiento satisfactorio de los principales sistemas orgánicos de bebé. Después de nacer, el íntimo contacto físico con su madre al abrazarlo, acariciarlo, amamantarlo, puede considerarse como una prolongación directa del estado intrauterino [(128)].

**3.3.2.2 El gusto.**

Empieza a desarrollarse alrededor de las semanas 13 y 14 de la gestación. Para esas fechas, se pueden observar ecográficamente, los mecanismos de succión y deglución [(122)], razón por la cual los expertos creen que el gusto comienza en ese momento [(129)]. El ritmo de dichos movimientos de succión y deglución variará según el sabor de la ingesta materna [(128)].

El feto absorbe cada día, cierta cantidad de líquido amniótico. Si en ese líquido se inyecta una sustancia dulce, él traga doble ración con glotonería. En cambio, si se añade una sustancia amarga, el bebé sólo toma un poco, y la ecografía ha permitido ver que incluso hace muecas de desagrado.

El líquido amniótico, adquiere diferentes perfumes según los alimentos que ingiera la madre, de manera que el bebé intrauterino es sensibilizado al gusto de la comida de la región donde va a nacer. Tenemos como ejemplo una bebé hindú adoptada por una pareja francesa que a la edad de tres meses cuando empezó a tomar alimentos sólidos, rechazaba obstinadamente cualquier arroz preparado con diferentes estilos occidentales, y en cambio aceptaba de muy buen gusto un arroz al curry, tal como su madre lo consumía en la India cuando la esperaba en el vientre; clara demostración de las exquisitas discriminaciones del gusto y preferencias definidas en la etapa prenatal.

**3.3.2.3 El olfato**

Hasta hace poco no se le daba importancia a las posibilidades de que el bebé intrauterino pudiera oler en el útero, ya que el olfato en todo caso depende del aire y la respiración [(129)]. El sistema quimiorreceptor nasal es más complejo de lo esperado y está compuesto por cuatro subsistemas: el olfativo propiamente dicho, el trigeminal, el vomeronasal, y el sistema terminal que provee el ingreso del complejo sistema olfativo al feto.

La nariz se desarrolla entre las 11ª y 15ª semanas. Muchos compuestos químicos pueden atravesar la placenta para unirse al líquido amniótico proveyendo

al feto el gusto y los olores. El líquido amniótico que rodea al feto baña las cavidades orales, nasales y faríngeas y los bebés lo respiran y lo tragan, permitiendo el acceso a los receptores de varios sistemas quimiosensoriales: el gusto brota en tres lugares, epitelio olfativo, sistema vomeronasal, y el trigeminal [(130)].

Las asociaciones formadas en el útero pueden alterar el comportamiento fetal y seguirlo en la vida postnatal. La evidencia del aprendizaje directo e indirecto de los olores ha sido reevaluado por varios investigadores [(130)], quienes señalan un extraordinario rango de componentes odoríferos disponibles, con un promedio de 120 en muestras de líquido amniótico. Además, los productos de la alimentación materna atraviesan la placenta y a través de la sangre que fluyen por los capilares de la mucosa nasal. Al momento del nacimiento el sentido del olfato está plenamente desarrollado, y prueba de ello son los recién nacidos que son atraídos hacia el olor de la leche materna, aunque no hayan tenido experiencia previa pero ocurre porque esas señales las aprendieron en la vida intrauterina.

La sensorialidad gustativa y olfativa, constituye uno de los aspectos fundamentales de la relación madre-hijo durante el embarazo, y va a permitir al recién nacido reconstituir mucho más fácilmente su entorno sensorial y afectivo, reconociendo el olor de la piel de su madre y el sabor de su leche. De ahí la importancia del contacto "piel con piel" desde los primeros minutos de la vida extrauterina.

### 3.3.2.4 El oído.

Aunque el líquido amniótico, las membranas amnióticas y el abdomen materno puedan atenuar y aislar al bebé intrauterino del mundo exterior, él vive una estimulante variedad de sonidos, vibraciones y movimientos. Muchos estudios han confirmado que las voces llegan hasta el útero así como la música, sin mayor distorsión. La voz materna es particularmente poderosa porque es transmitida al útero a través del propio cuerpo, llegando al feto más fuerte que los sonidos exteriores.

El bebé intrauterino empieza a oír a partir de la semana 18, aunque algunas investigaciones coinciden en señalar que lo a hace más tempranamente, unas ocho semanas antes que la estructura del oído esté completamente funcional. A partir de la semana 24 ya oye claramente [(122)].

Estos hallazgos indican lo complejo de la audición, apoyando la idea que el oír comienza con el armado de la piel y el esqueleto, siendo la piel un órgano multirreceptor, integrando entradas de vibraciones, termorreceptores y del dolor [(129)]. Este sistema es después amplificado con información vestibular y coclear cuando esté disponible. Con la respuesta al escuchar demostrada a la semana 16, la audición es un canal de información mayor.

A las 24 semanas el bebé intrauterino es selectivo. Le gusta la música de Mozart y Vivaldi; por el contrario la música de Beethoven o Brahms le aturde y sobretodo con el rock patalean con mucha fuerza. Una charla suave y dulce lleva a

sentirse amado y deseado. No entiende las palabras, es el tono emocional de la voz lo que comprende.

A partir de los seis meses, el bebé intrauterino en todo momento oye los retumbos estomacales de la madre, su voz y la voz del padre. El sonido que domina en su mundo es el rítmico lub dup o latido cardíaco materno; sí el ritmo es regular, el bebé sabe que todo está bien y le da sensación de seguridad.

Varios ejemplos muestran que el bebé ya oye en el útero. El director de orquesta Boris Brott [(131)], refiere que de joven estaba confundido por la facilidad que tenía al interpretar ciertas piezas sin haberlas leído previamente. Dirigía una partitura por primera vez y conocía la parte del violonchelo antes de girar la página. Comentándolo con su madre, que es violonchelista, esta se sorprendió al saber de qué pieza se trataba. Resultó que todas las partituras que conocía sin haberlas previamente leído, eran las que ella había tocado mientras esperaba su nacimiento.

Según los estudios efectuados por Truby [(131)], especialista en lenguaje infantil, los bebés oyen en el útero. Tomatis [(131)], concuerda en que durante la vida intrauterina, el bebé está mejor equipado para oír la voz aguda de la madre que la voz grave del padre. También advierte a las madres que las primeras experiencias de los sonidos en el útero pueden tener un efecto estimulante o desalentador en el deseo del bebé, de escuchar y comunicarse. En casos extremos en los que el útero es una caja de ruidos, un bebé puede desear huir de ella. Si la voz de la madre es siempre estridente, enojada y alarmante, es posible que el niño aprenda a temerla.

Vemos pues, que el niño intrauterino es sensible a los sonidos, los puede diferenciar y puede sentir a través de ellos, agrado o profundo desagrado, que puede percibir como rechazo o como una agresión.

El oído es el precursor del habla. Nuestros patrones del habla, son tan definidos como nuestras huellas digitales, porque provienen de nuestra madre. Un buen ejemplo es la experiencia del investigador Tomatis [(121)] quien cita el caso de la niña Odile, que empezaba a salir del autismo que padecía y que se abría más aún cada vez que se le hablaba en inglés. Nada parecía justificar este hecho. El misterio se aclaró cuando la madre se acordó que al principio del embarazo, es decir antes de que el oído de Odile estuviera maduro, trabajaba en una empresa de importación-exportación en la que sólo se hablaba inglés. Es cierto que Odile no "comprendía" las palabras de la lengua inglesa, pero había percibido y grabado el ritmo, la melodía, la frecuencia hertziana de esta lengua que vibra a 12.000 Hz, mientras que el francés ronda los 8.000 Hz, y había guardado esta impronta ligada a un periodo de seguridad anterior al origen de su bloqueo [(120)].

**3.3.2.5 La visión.**

La visión probablemente sea el más dominante sentido después del nacimiento, el cual evoluciona permanentemente durante la gestación pero de formas que son difíciles de estudiar [(129)]. Sin embargo al momento del nacimiento la visión está perfectamente enfocada a una distancia de 20 centímetros, que es la distancia de la cara de la madre cuando ella alimenta con el pecho. Revisiones

técnicas revelan cuan extraordinaria es la visión en los primeros momentos de la vida [132].

Aunque evaluar la visión intraútero no ha sido posible, se puede aprender examinando a los bebés prematuros. En los bebés de 28 a 34 semanas, el foco visual se ubica en sentido horizontal y vertical, demostrando sus habilidades alrededor de las semanas 31 y 32. Estas habilidades aumentan rápidamente con la experiencia, de tal modo que para las semanas 33 y 34, ve en todas las direcciones, equiparándose con la de bebes de 40 semanas. Los recién nacidos poseen importantes recursos visuales incluyendo agudeza, sensibilidad al contraste, refracción y acomodación, visión espacial, función binocular, distancia y profundidad de la percepción, visión color, y sensibilidad al parpadeo y patrones de movimiento. Sus ojos registran el ambiente, noche y día, mostrando curiosidad y percepción de las formas básicas sin necesidad de mucha práctica [133].

En el útero los parpados permanecen cerrados hasta la semana 26. Sin embargo el feto es sensible a la luz, respondiendo con aceleraciones de la frecuencia cardiaca a las proyecciones de luz sobre su abdomen. Esto puede servir como forma de evaluar la salud fetal antes del nacimiento.

En todo caso, luego del nacimiento consideremos que el encuentro de las dos miradas es un momento privilegiado caracterizado por ser una fuerte y profunda emoción, conformando una nueva fase del vínculo madre/hijo.

### 3.3.3 Desarrollo de la motilidad fetal.

La motilidad fetal espontánea aparece y comienza a diferenciarse en una etapa muy temprana [122]. El primer patrón de conducta, todavía confuso y poco claro, parece ser el representado por movimientos de categoría fugaz o pequeños cambios del contorno fetal que duran de medio segundo a dos segundos, que aparecen de la 7 a la 8,5 semanas aproximadamente, y consisten en flexión y extensión de la columna vertebral con un desplazamiento pasivo de brazos y piernas [130]. Publicaciones más recientes [127] apuntan a que los primeros movimientos espontáneos en los fetos humanos aparecen 8 semanas después de la fertilización. Aproximadamente a las diez semanas el feto es capaz de cambiar de postura en el útero y, hacia la semana 15 ya posee un amplio repertorio de movimientos incluyendo movimientos independientes de las extremidades, rotaciones, movimientos de cabeza, bostezos, movimientos propios de la ingesta y la respiración [127].

Los movimientos son cada vez menos frecuentes en el último período de gestación debido a que tiene menos espacio para moverse. Por otra parte, el descenso en la motilidad espontánea en los momentos próximos al nacimiento ocurre por una acción inhibitoria que parte de las estructuras cerebrales [134].

Para Vries, Visser y Prechtl [122] los movimientos que se observan en el tercer trimestre de gestación y después del nacimiento están ya presentes en la semana 14 de vida gestacional. Esto supone que el propio feto está ejerciendo una autoestimulación de sus capacidades motoras. Por todo ello, Piontelli [122] defiende

que ningún patrón de movimiento neonatal se origina en el momento del nacimiento, sino que el desarrollo de las capacidades motoras del feto va a permitir una mayor adaptación para la vida después del nacimiento, favoreciendo una experiencia de continuidad.

Junto con las habilidades de sentir, ver, oler, degustar, oír y moverse, viene otra capacidad que es la de para aprender y recordar aspecto que a continuación trataremos.

### 3.3.4 Desarrollo cognitivo fetal.

¿Puede el bebé intrauterino aprender? ¿Es consciente de ello? ¿Puede recordar lo aprendido durante su estancia en el útero, suerte de primera escuela? ¿Qué es la memoria fetal? ¿Cuál es la importancia de la memoria celular?

Hasta hace relativamente poco, se creía que el nonato no tenía ni la capacidad ni los recursos para aprender y mucho menos tener conciencia, puesto que para todo ello, era imprescindible tener desarrollado el sistema nervioso. La psicología prenatal, la neurología, la etología, y la audiología, demuestran que es todo lo contrario. El bebé intrauterino vive el inicio de su vida, la siente, la percibe, tiene deseos y conciencia. Diversas investigaciones permiten apreciar al recién nacido con ciertos aprendizajes que facilitan su adaptación.

Sin embargo, un proceso de sintonización incompleto, puede dañar las redes neuronales de la corteza prefrontal, sede de las funciones humanas más avanzadas, produciendo vulnerabilidad duradera a los problemas psicológicos. Si la programación es adecuada, la conexión con el pequeño, será saludable. El flujo

constante de mensajes verbales y no verbales que envían los padres interactúa con la biología, para regular el desarrollo del cerebro.

La Psicologia prenatal, demuestra que las emociones humanas y el sentido del Yo, no se originan durante el primer año de vida, sino mucho antes, en el útero. El cerebro en desarrollo del bebé intrauterino, está constantemente sintonizado con el de la gestante, para generar las hormonas y los neurotransmisores adecuados, en la secuencia apropiada; esta programación determina en gran medida, la arquitectura cerebral que el individuo tendrá, a lo largo de toda su vida. Todo lo que sienta o perciba antes de nacer comenzará a modelarlo e influirá en sus actitudes y expectativas de sí mismo.

En este sentido Chamberlain [(127)] sostiene que el bebé intrauterino tiene capacidad para percibir, aprender, memorizar y soñar. Los primeros experimentos para investigar el aprendizaje fetal, comenzaron a realizarse en 1925 [(127)], determinando que en el feto se daba una natural habituación ante la repetición de un estímulo auditivo. A partir de entonces, han sido numerosos los estudios basados en habituación y condicionamiento clásico, que han demostrado que los fetos perciben la estimulación sensorial externa y aprenden de las situaciones, poniendo de manifiesto la existencia de una unidad de registro en el feto [(127)].

Otras investigaciones, prueban que el feto sueña mientras duerme. Ecográficamente se han detectado movimientos oculares propios de la fase REM del sueño hacia la semana 23 de gestación [(127)]. Si soñar a es una actividad cognitiva creativa que tiene sus raíces en el inconsciente, entonces no es descabellado

sostener la idea de que los bebés intrauterinos están procesando sus propios pensamientos, sentimientos y experiencias de vida, lo que podría poner de manifiesto la existencia de un sustrato cognitivo primitivo.

En efecto, el bebé intrauterino, tiene una vida activa, está muy atento, con capacidad de reaccionar, siendo capaz de ver, oír, gustar, experimentar y en un nivel primitivo aprender, pero por sobre todas las cosas, es capaz de sentir [(3)].

Los estudios de Leboyer [(135)] revelan que el niño es consciente, aunque su consciencia no sea tan profunda o compleja como la de un adulto. Asimismo, estudios neurológicos [(3)] demuestran que el comienzo de la consciencia en el niño intrauterino se sitúa entre las semanas veintiocho y treinta y dos. Señalan estas investigaciones que, en ese momento, los circuitos neuronales del cerebro están tan desarrollados como los de un recién nacido. Aproximadamente en la misma época, la corteza cerebral madura lo suficiente como para sustentar la conciencia.

Todo lo visto hasta ahora, demuestra que el nonato está suficientemente maduro, sobre todo a partir del sexto mes, para percibir estados físicos y emocionales, no sólo de o a través de la madre, sino de su más cercano exterior, y traducirlos a emociones que permanecen en su recuerdo y le hacen reaccionar. Ello nos debe de hacer pensar que cualquier suceso en el proceso del embarazo, debe de contemplarse, no como un hecho aislado, sino como algo que forma parte de un conjunto y que fortalece o debilita el vínculo con los progenitores.

El bebé intrauterino, una vez satisfecha su alimentación correcta y suficiente, necesita una base segura para tener un sano desarrollo y ello lo

proporciona el que tenga un vínculo fuerte y estable. Para él es una necesidad vital. Los estudios y los medios al alcance de los investigadores permiten asegurar que cuanta mayor estimulación positiva reciba el niño o la niña en su etapa prenatal, mayor será el nivel de adaptación al nuevo ambiente desde el momento del nacimiento, y las posibilidades de que pueda desarrollar ampliamente su potencial serán mayores. Hoy sabemos insisto, que el niño o niña intrauterina es un ser humano consciente que siente, recuerda y reacciona y aprende, sobre todo a partir del 6º mes.

### 3.3.5 Desarrollo del aprendizaje y la memoria fetal.

El aprendizaje y la memoria en opinión de Verny [136] constituyen dos de las facultades más destacables de la mente. Aprender es el proceso biológico de adquisición de conocimiento sobre el mundo, y la memoria es el proceso de retención y reconstrucción del conocimiento a través del tiempo.

De los grandes neurólogos del siglo pasado, se han aprendido los errores del reduccionismo: el cerebro está hecho de neuronas y sinapsis, de neurotransmisores y de receptores. Pero la mente es algo más que la suma de esas partes. Al trabajar juntos, los elementos del cerebro crean una red que desemboca en la conciencia compleja que se denomina mente.

Dado la importancia de lo que representa la mente y por ende la memoria en el proceso del aprendizaje antes de analizar el desarrollo de la memoria fetal conozcamos algunos aspectos generales de la memoria.

### 3.3.5.1 La memoria.

La memoria se divide en dos grandes bloques [137]: la memoria explícita de carácter consciente y la memoria implícita, ligada al contenido inconsciente. Ambas operan a través de estructuras neuro-anatómicas diferentes.

La memoria explícita se divide a su vez en memoria declarativa y episódica. En cuanto a la primera, ésta constituye el sistema de memoria más consciente y voluntario de todos los sistemas, siendo objetiva, fría (carente de tonalidad emocional) y ordenada. Su función es acceder de manera consiente a la información pudiendo ser activada voluntariamente a nuestro antojo comunicando información datística a los demás. Se asocia a las funciones superiores del córtex cerebral [137].

Por su parte la memoria episódica, es menos consciente que la memoria declarativa y se caracteriza por estar formada por el recuerdo de las experiencias personales de vida, teñido de un halo de ensoñación que contrasta con la nitidez y objetividad de la memoria declarativa. Esta memoria tiene gran influencia en nuestras vidas ya que nos ayuda a situarnos en el tiempo y espacio. En un supuesto continuo entre lo consciente e inconsciente, ésta haría de puente entre lo explícito declarativo y lo implícito [137].

En cuanto a la memoria implícita, la principal característica es que no se accede a ella deliberadamente, ella aparece y desaparece repentinamente más allá de los límites de nuestra consciencia. Llega como sensaciones, emociones y comportamientos. Esta memoria de igual modo se divide en dos categorías: emocional y procedimental.

La memoria implícita emocional, es la que codifica las experiencias emocionales que se instauran como una referencia para el futuro, permitiendo la adaptación y supervivencia, de modo que ella quedaría registrada en el cuerpo a través de sensaciones físicas. Esta se activa ante situaciones presentes de contenido e intensidad emocional semejante al recuerdo [137].

En tanto que la memoria implícita procedimental corresponde a los impulsos, movimientos que nos guían sobre cómo llevar a cabo destrezas, acciones, atracciones y rechazos. Esta incluye por un lado las destrezas motoras como caminar, bailar, montar en bicicleta etc., Y por otro, responde a los patrones de acción en situaciones amenazantes como contraerse, retirarse, huir y finalmente los mecanismos instintivos de acercamiento o evitación.

Según levine [137], doctor en biofísica médica y psicología, en el caso de existir memoria en el período intrauterino, ella sería la memoria implícita emocional registrando en el cuerpo patrones de acción y mecanismos instintivos de acercamiento o evitación.

En esta línea Fuchs [138] hace también referencia a una memoria implícita y expone en su obra una visión personal que categoriza a la memoria implícita en cinco subapartados. El primero de ellos sería la memoria procedural que engloba las facultades sensorio motoras, es decir los patrones de movimiento y percepción, los hábitos que se han formado por repetición llegando a ser automatizados. Este tipo de memoria facilitaría el desempeño diario, obviando los detalles a favor de una percepción general de la experiencia, proporcionando una vivencia de

familiaridad y continuidad [138]. A modo de ejemplo tendríamos la lectura, que una vez automatizada, obvia los caracteres singulares a favor de una comprensión global y rápida basada en la percepción de un conjunto, o cualquier habilidad motora como tocar un instrumento que una vez adquirida, no requiere de la conciencia y atención en la ejecución de cada una de las notas o pasos. Es más, pareciera que la intervención consciente podría interrumpir el desempeño natural una vez estuviese automatizado como si entrase en competencia con una memoria tácita muscular.

El segundo tipo es la memoria situacional, que trata de cómo vivenciamos los espacios y situaciones en la que nos encontramos de una marera holística inseparablemente unidos a la percepción corporal, sensorial y atmosférica tiñendo los lugares de una atmósfera familiar [138].

El tercero lo denomina memoria intercorporeal, basada en las sensaciones que se producen en nuestros cuerpos, fruto de la interacción con los demás. Este aprendizaje y conocimiento está basado en las interacciones no verbales determinado por las experiencias relacionales tempranas que quedan registradas en una memoria intercorporeal implícita e inconsciente presente en cada encuentro personal presente y futuro [138]. El desarrollo motor, emocional y social en la temprana infancia estaría estrechamente conectados y registrados en el cuerpo a través de esquemas motores afectivos a juicio de Fuchs [138].

La cuarta categoría de memoria es la incorporativa, que habla de los elementos que incorporamos en nuestra propia estructura corporal desde el exterior,

a través de la imitación y la identificación. De alguna manera, sería representar y vivenciar a los otros en mí a través de un cuerpo para los demás [138], este sería el origen del desarrollo de neurosis por interrupción de la expresión corporal espontánea.

La quinta y última sería la memoria traumática, que recoge todo aquel material demasiado doloroso como para ser registrado y procesado de manera consciente que sin embargo queda registrado en el cuerpo de manera inconsciente.

A modo de conclusión, vemos que ambos autores destacan la existencia de una memoria implícita que permite la recuperación de material mnésico de una manera holística, accediendo a la experiencia encarnada de cada vivencia registrada en nuestra estructura corporal. Tanto el contenido de la información a recuperar como la vía de acceso a ella apelan a una memoria preverbal propia de las etapas más tempranas del desarrollo. Veamos a continuación si esta memoria preverbal puede encontrarse en el período intrauterino.

### 3.3.5.2 La Memoria prenatal.

Numerosas son las fuentes que defienden la posibilidad de recuperar material mnésico ligado a las experiencias propias de la vida intrauterina y a los acontecimientos perinatales.

El psiquiatra Laing [136] comenta informaciones compartidas por sus pacientes relacionadas con experiencias que parecerían remontarse incluso al viaje del blastocito hasta su implantación en el útero. Por otro lado, otras fuentes siempre en el ámbito de la psiquiatría se suman al interés por las experiencias de la

concepción en el contexto terapéutico, identificando movimientos del cuerpo específicos y repetidos en los pacientes, creándose patrones de movimientos comunes y únicos para las diferentes etapas del proceso de gestación. Estos movimientos estarían presentes en diferentes pacientes que no poseen ningún nexo entre ellos [136].

Paralelamente, Emerson, doctor en Psicología y uno de los pioneros en el campo de la psicología pre y perinatal, afirma que los recuerdos pre y perinatales, aparecen de manera espontánea durante sesiones con diferentes tratamientos. De modo que resulta inevitable pensar que estas experiencias terapéuticas luchan encarnizadamente contra la subjetividad tanto del marco teórico del terapeuta, como del paciente y su predisposición a encontrar dicho material en un profesional especializado en esta materia. Sin embargo, Emerson [139] afirma que en muchas ocasiones vienen los recuerdos primero y, más adelante, los pacientes verifican en el historial clínico o con parientes la información que hasta ahora desconocían. Por su parte Marc [140] afirma que el ser prenatal posee un buen sistema de registro de manera que todos los acontecimientos pre y perinatales, desde la concepción hasta el parto, quedan registrados a niveles inconscientes profundos.

A todo evento el primer cuestionamiento sobre el tema es el siguiente: ¿Existe realmente capacidad de almacenar información durante la vida intrauterina?

Piontelli [122] al respecto señala que cuando se estudia el campo de la vida mental fetal, la principal base de apoyo ha de ser los datos que nos aportan la medicina y la biología para no caer en el reino de la pura imaginación y la

especulación salvaje. El campo del comportamiento fetal visto desde la ecografía se basa en las percepciones auditivas fetales buscado siempre verificar si el feto humano puede detectar estímulos auditivos [122], mientras que la detección de estímulos cutáneos y vestibulares es menos investigada y los resultados no son tan consistentes [122]. Verny [136] expresa que el sistema nervioso central está suficientemente desarrollado hacia la edad de 6 meses en el útero (hacia el final del segundo trimestre), de manera que pueden ser capaces de poner sobre la mesa recuerdos de esa etapa.

Varias líneas experimentales han tratado de averiguar si existe algún tipo de memoria prenatal. Veamos: Papalia [141] expone cómo los lactantes, tres días después del nacimiento, se alimentaba de una manera más vigorosa cuando oían la grabación de un cuento que su madre les leía en voz alta durante las últimas seis semanas del embarazo. Esto permitió observar que los lactantes reconocían los patrones de sonido que habían escuchado dentro del vientre. A su vez, el experimento contaba con un grupo control cuyas madres no les habían leído cuentos antes de nacer y estos respondieron con la misma manera de succionar sin la vigorosidad observada en los primeros.

En la misma línea, otros experimentos encontraron que los neonatos de dos a cuatro días después del nacimiento muestran preferencia por secuencias musicales y de habla que escucharon antes de su nacimiento. A su vez, prefieren la voz de su madre a la de otras mujeres, las voces femeninas a las masculinas y la lengua materna a otros idiomas [141].

Otros autores también destacan en sus experimentos la capacidad que tiene el feto para habituarse a presentaciones repetidas de un estímulo sensitivo [(119)] discriminando entre un discurso nuevo y otro ya escuchado en el útero [(119)]. El efecto de habituación se verifica a través de la medición de la frecuencia cardiaca. Cuando el feto se habitúa rápidamente produce una desaceleración cardíaca y además muestra ausencia de movimientos, volviendo a su ritmo normal tras la quinta o la sexta emisión. Si una desaceleración es entendida como reacción de atención y una aceleración como reacción de sorpresa, se puede suponer que el feto escucha y tiene cierta memoria, puesto que presenta la capacidad de habituarse a un sonido y de discriminar sílabas [(119)]. Ante estos hechos sin lugar a duras, existe una memoria rudimentaria, que no presenta las características de lo que conocemos estrictamente como memoria explícita pero que se asemeja a la memoria implícita [(119)]. Como ha podido apreciarse diversas líneas de investigación apuntan hacia la existencia de una memoria prenatal. Al respecto Verny [(136)] conviene en que existe un consenso aceptado en la comunidad científica que defiende que, hasta el tercer trimestre del período gestacional, el cerebro no funciona verdaderamente como un almacenamiento de memoria. Sin embargo, como explica el autor, su propia experiencia en el ámbito de la terapia, junto con la de otros profesionales, viene a refutar este postulado, argumentando que los pacientes recuperan en sesiones, recuerdos bastante anteriores a dicho estadio. Esto le hace plantearse las siguientes cuestiones: ¿Dónde se almacena toda esta información? ¿Existe un substrato orgánico dónde queden registrados nuestros recuerdos? Analicemos el siguiente aparte.

### 3.3.5.3 La Memoria celular.

Para dar respuesta a esas interrogantes Verny apela al análisis del funcionamiento de la memoria cortical. Para ello, alude a los experimentos de Kandel, Premio Nobel en el año 2000, por sus descubrimientos sobre la transducción de señales en el sistema nervioso. Según Verny, Kandel describe la memoria como un patrón de interconexiones funcionales entre células [(136)]. En sus investigaciones, el científico descubre que la memoria a corto plazo implica un aumento de los niveles de neurotransmisores en las sinapsis (lugar de comunicación intercelular a través del impulso nervioso), mientras que la memoria a largo plazo implica cambios proteínicos en las sinapsis [(136)].

Paralelamente, la comunidad científica está investigando cómo se desenvuelve el ADN que normalmente está concienzudamente envuelto alrededor de las histonas para que se pueda dar la producción proteínica necesaria para formar y almacenar un recuerdo [(136)]. Por lo tanto, cada vez que percibimos a través de los sentidos algún estímulo, una imagen, una canción, un olor, la señal se transmite desde los órganos sensoriales hasta las neuronas corticales. En este proceso las sinapsis crecen en tamaño debido a la producción de proteínas que permiten codificar los recuerdos [(136)].

Los estímulos sensoriales serían procesados por el córtex frontal para usarlos a corto plazo o como memoria de trabajo. De esta manera, proliferan nuevas conexiones neuronales en el hipocampo y en el área del lóbulo temporal medio. Estas nuevas conexiones fortalecen el circuito cerebral, modificando el número de

conexiones sinápticas, permitiendo la creación de recuerdos almacenados a largo plazo [136].

Según la naturaleza de la experiencia a codificar, esta se almacenará en una u otra parte del cerebro. Por ejemplo, la información espacial se localiza principalmente en el hipocampo, mientras que la parte afectiva de la experiencia se almacenará en la amígdala [136]. La corriente científica actual, afirma que los recuerdos se almacenan en las neuronas y en sus sinapsis a través de la producción de proteínas, pero teniendo en cuenta que cada órgano y cada tejido del cuerpo, está compuesto de células individuales que están en continua comunicación las unas con las otras [136], el autor hace que nos plantemos las siguientes interrogantes: ¿podrían los recuerdos, formarse físicamente fuera de la estructura cerebral?; ¿existen otras células en el cuerpo, exceptuando el cerebro, capaces de almacenar recuerdos? [136].

El cuerpo humano posee trillones de células de diversos tamaños repartidas en todos sus tejidos, pero incluso las células más pequeñas (los glóbulos rojos) cuyo tamaño es de 0,00076 mm, son capaces de llevar a cabo por sí solas, absolutamente todos los procesos fisiológicos del cuerpo humano [136]. Paralelamente, el mismo autor afirma que los últimos experimentos científicos, entre ellos los de Lipton [98], demuestran que la estructura que controla y dirige la actividad de la célula, es la membrana y no el núcleo, como venía pensando la comunidad científica desde hace tiempo. El autor habla de células del cerebro (neuronas) y de células del resto del cuerpo (células somáticas) y afirma que ambas funcionan de manera muy similar, respondiendo a la estimulación con actividad química y eléctrica y con cambios en la estructura de sus proteínas y que por ello probablemente la membrana de la célula

somática también sea responsable de dirigir la producción de proteínas que permiten la codificación de recuerdos. Este proceso sería común a todas las células del cuerpo y no solamente a las neuronas ya que todas funcionan de manera similar [(136)].

Por otra parte, desde los últimos estudios genéticos y epigenéticos se ha comprobado que las experiencias vividas modifican la información genética de cada ser humano y que esta modificación no afecta solamente al individuo en cuestión, sino que es transmitida a las generaciones posteriores a través de las células germinales (ovocito y espermatozoide) que no son células cerebrales [(136)].

Por lo tanto, vemos de nuevo como existe una capacidad de retención de información fuera de las estructuras cerebrales.

A su vez, Verny [(136)] recoge diversos experimentos centrados en organismos simples o unicelulares - Physarum polyaphalum y Flatvorm Planarian, que han demostrado que existe retención de información en dichos organismos que no poseen estructura cerebral, poniendo en evidencia la capacidad de retención de las células no corticales.

Por otra parte, el mismo funcionamiento del sistema inmune (formado por la médula espinal, los ganglios linfáticos y los glóbulos blancos), pone en evidencia la capacidad de retención de información presente en células repartidas por todo el cuerpo: ante el ataque de un agente externo, el cuerpo moviliza unos glóbulos blancos especializados llamados T-cells, que van a modificar su estructura molecular para adaptarse al invasor y aniquilarlo. Ante ataques sucesivos de este

mismo agente agresor, las T-cells van a actuar con mayor efectividad y rapidez, poniendo en evidencia la capacidad de reconocimiento de la bacteria o virus que entró en contacto con los anticuerpos con anterioridad.

Por lo tanto, vemos que diferentes líneas recientes de investigación defienden la capacidad de almacenar recuerdos en estructuras no cerebrales. De manera que como conclusión podemos señalar que cada órgano es depositario de nuestra memoria y que el cuerpo funcionaría como una gran orquestra formada por 37 trillones de células organizadas entorno a un sistema celular cooperativo que respondería de manera global ante estímulos del entorno y ante estímulos internos.

Ahora bien, en nuestro tema estudio, ¿Qué implicaciones trae todos estos descubrimientos referentes a la memoria prenatal en el desarrollo fetal intrauterino? Simplemente entender, que en él bebé en formación, no hace falta contar con centros nerviosos centrales, ni cerebros totalmente desarrollados para recibir, almacenar y procesar información. Las sustancias informativas de la madre, sean el cortisol, que se relaciona con el estrés o las endorfinas, responsables del bienestar, se incorporan en la corriente sanguínea del bebé y afectan a los receptores celulares en todos los estadios del desarrollo incluidas las primeras etapas de la vida prenatal. Eso significa, que aun antes de que ellos tengan un cerebro rudimentario, ya almacenan sus primeros recuerdos en las células de su cuerpo, lo cual de por sí no solo es un gran avance, sino que nos permite reafirmar, que el útero es la primera escuela a la que todos hemos asistido.

### 3.3.6 Desarrollo afectivo fetal.

Diversos estudios señalan que los recién nacidos tienen una predisposición innata para la relación. En este sentido Chamberlain [127] afirma que los bebés están socialmente orientados, buscando activamente estimulación e interaccionan con los padres usando facultades innatas para la comunicación; otros investigadores sostienen que los recién nacidos son precoces comunicadores, procesando habilidades innatas para la comunicación [127]. En este sentido, todos los sonidos y gestos que realizan los bebés tienen un cariz intencionalmente social por naturaleza. Considerando que las capacidades tanto sensoriales como motoras se inician en el ambiente intrauterino, ejercitándose para la vida postnatal, parecería ingenuo pensar que las conductas comunicativas y sociales que se observan desde el primer momento de vida, aparezcan repentinamente en el momento del nacimiento. De allí, que el ambiente uterino, la vida sea interactiva con las relaciones que van a ser esenciales en la experiencia vital prenatal [127].

El feto se comunica con la madre a través de tres niveles diferentes: el nivel fisiológico, el nivel comportamental y el nivel de lo que Verny llama comunicación simpática [4]. Comunicaciones que ya fueron analizadas anteriormente. Sin embargo interesa precisar una vez más lo siguiente.

El nivel fisiológico [142], es el tipo de comunicación más básico basado en los intercambios fisiológicos que se suceden durante el embarazo, como la producción de neurohormonas por parte de la madre, o la ingesta de sustancias nocivas que pueden afectar al feto. Contrario a lo que se pensaba anteriormente,

acerca de que la tarea de sustentar fisiológicamente el embarazo sólo dependía de la madre; los autores han documentado hallazgos médicos que sugieren que es el feto el que garantiza el éxito endocrino de la gestación, y que éste produce muchos cambios físicos que sustentan el embarazo. De esta manera, el bebé intrauterino poseería un cierto control de su bienestar, pudiendo, en algunas ocasiones, retirar su apoyo fisiológico como forma de autodestrucción si se siente en un ambiente hostil (3). Estos hallazgos se relacionarían con las ideas de Dolto (143) acerca de que el bebé participa activamente desde la concepción, mediante su deseo de vivir; su deseo de encarnarse.

Para Dolto "la comunicación interhumana es lo que humaniza" y el deseo sería un llamado a esta comunicación. Lo que permite la fluidez de ésta sería el lenguaje que estaría posibilitado por la función simbólica, la que ya se encontraría presente en el período prenatal. Se puede decir, según los postulados de Dolto, que los fetos estarían en posesión tanto del deseo, como de la función simbólica, y por tanto, en esta etapa ya existiría la comunicación, aunque no apoyada por el lenguaje propiamente tal, que el niño dominará después de haber nacido. Como ya se ha visto, Dolto plantea que la comunicación con el niño intrauterino se basa en un lenguaje que no necesita de palabras.

El nivel comportamental, o comunicación conductista, consiste, por ejemplo, en la respuesta de pataleo que realiza el feto ante situaciones que le son desagradables como ruidos molestos y emociones maternas como la cólera, el miedo y la ansiedad. La conducta del feto, en este caso, le comunica a la madre que no se encuentra a gusto. El comportamiento de la madre también es comunicativo

para el niño; por ejemplo, cuando cambia el nivel de actividad, su hijo puede percibir la diferencia entre sus estados de relajo y otros de mayor agitación.

La comunicación simpática es una especie de comunicación extrasensorial entre la madre y su hijo (similar a la comunicación alma a alma que propone Dolto). Para Verny [(3)], los sueños prenatales de muchas madres serían una manifestación de este tipo de comunicación por parte del niño. Relatan el caso de una paciente que la noche anterior a que tuviera un aborto espontáneo, se despertó varias veces gritando "quiero salir, déjame salir". La mujer estaba convencida de que su hijo hablaba a través de ella. Este tipo de comunicación es uno de los aspectos más curiosos con respecto a la vida intrauterina y revela una suerte de unión entre los psiquismos de la mujer y el feto; como si la madre, de alguna manera, prestara conciencia a las experiencias vividas por su hijo, en un contexto de total dependencia de éste hacia el cuidado materno que funciona, según lo planteado por Winnicott [(144)], como un Yo auxiliar para el bebé. Por otro lado, Verny sostiene que casi todas las emociones que la madre experimenta durante el embarazo, comunican simpáticamente a sus hijos. Si bien, las emociones poseen un correlato fisiológico que podría explicar la influencia que ejercen en el feto, ya no como un proceso extrasensorial, los autores proponen la ambivalencia como uno de los sentimientos que tiene efectos muy perjudiciales para el feto y que no se relaciona con un estado fisiológico específico, hasta el punto que a menudo la madre no es consciente de ella. Proponen que muchos abortos espontáneos sin causa clínica, son una señal de que, tal vez, sentimientos como la ambivalencia o la indiferencia han sido sentidos por la madre y que el bebé ha podido captar el mensaje.

Tras observar las primeras dinámicas relacionales entre el recién nacido y la madre, diversos autores investigaron la posible aplicación de la teoría tradicional del apego al vínculo maternal-fetal y paternal-fetal. Ya Bowlby, en los años 50, definía el apego como un sistema de comportamientos evolutivos que dan comienzo en el nacimiento y persisten a través de la edad adulta, motivados por y hacia la búsqueda de afecto, la exploración y los cuidados [(101)].

La imposibilidad de acceder a las técnicas ecográfica constituía en aquel entonces una barrera para otorgar a la vida intrauterina una realidad intersubjetiva afectiva. Sin embargo, contemporáneos a dicho autor, desde el campo del psicoanálisis, ya comenzaban a definir el apego prenatal como el proceso por el cual la mujer embarazada enviste emocionalmente al feto con su energía psíquica [(143)]. En esta misma dirección, Rubin [(145)] habla de un apego anterior al nacimiento e investiga las relaciones primarias concluyendo que la inmediata vinculación entre la madre y el nonato responde a procesos existentes ya en la vida prenatal, y define cuatro funciones que pone en funcionamiento la mujer en el período de gestación: mantener tanto a ella misma como al bebé a salvo, asegurarse que el bebé es acepado por las personas significativas, la conciencia de un nosotros, y la entrega de sí misma.

Se puede apreciar, que desde entonces, varios son los autores que han investigado el apego prenatal, pero una de las últimas definiciones sería la de Doan y Zimerman [(145)] señalando que el apego prenatal es un concepto abstracto, que representa la relación afiliativa entre un padre y un feto, relacionándolo con las habilidades cognitivas y emocionales para mentalizar a otro ser humano.

Varias escalas se han desarrollado para medir el apego prenatal [145], sin embargo, dichas escalas solo miden la vinculación desde el punto de vista de la madre y del padre, dejando fuera de la ecuación la experiencia del nonato. Otros autores invalidan el apego prenatal, ya que la premisa fundamental de la teoría original de Bowlby implica reciprocidad en la relación. Sin embargo, afirman que el apego prenatal solo puede ser investigado a través de la experiencia materna [145].

En contraposición a esta postura, los avances en las técnicas ecográficas han podido dar una idea de la reciprocidad en el apego prenatal basado en la movilidad y actividad fetal. En esta dirección, otros investigadores registran que las madres con puntuaciones altas en los test de apego prenatal perciben más movimientos del feto [145], lo cual podría ser debido tanto a una reciprocidad en la relación de apego, apelando a la capacidad subjetiva del feto a vivir el vínculo intersubjetivo con el entorno extrauterino como a que una madre que desarrolla un fuerte apego con el bebé intrauterino pueda ser más sensible a la percepción de dichos movimientos. Por lo tanto, se podría decir que los resultados no aportan mucha luz sobre la discusión.

Sin embargo, de nuevo diversos autores subrayan cómo los recién nacidos son capaces de reconocer a la madre basándose en estimulación visual, en la voz de la madre y en el olor de esta [145].

En relación al nexo materno fetal, Raymond [146] afirma en base a sus investigaciones en el campo perinatal que está muy claro que las emociones que la madre siente durante el período gestacional influencian fuertemente la creación de

la personalidad del bebé en desarrollo y que esos patrones van a persistir en la estructura de personalidad de cada individuo. Obviamente, algunos se resolverán en el contexto natural de las experiencias del día a día, mientras que otros aspectos quedarán como características dominantes a través del ciclo vital.

La depresión materna, por ejemplo, durante la gestación crea una fuerte predisposición a la depresión en el bebé durante su posterior vida adulta [(146)]. Por su parte Verny considera que existen dos caminos a través de los cuales se crea una impronta prenatal: Aquella que ocurre en el sistema nervioso/en el sistema autonómico que depende de un cierto grado de desarrollo fisiológico (alrededor de los 6 meses de gestación) y una memoria organísmica que estaría constituida por las emociones maternas grabadas en las células del individuo desde la concepción [(146)]. Si bien la impronta de la madre en el feto es indiscutible, este hecho no invalida la realidad de que alrededor de los 6 meses de gestación, el feto es un ser consciente, atento a la complejidad emocional, totalmente reactivo e interactivo hacia el entorno físico y emocional.

Sin embargo, otros autores que aluden a la existencia de una gestalt intrauterina madre-feto [(146)] donde este último no puede separar las experiencias y las emociones de la madre de las suyas propias, asociando ambas a un mismo Self. En todo caso ya para concluir lo relevante es que el rol de las emociones maternas es esencial en la consciencia prenatal y focaliza nuestra atención directamente sobre el psiquismo fetal, aspecto que será tratado a continuación.

### 3.3.7 Desarrollo del psiquismo fetal.

Cuando se habla de desarrollo psíquico, se habla de la existencia inequívoca de una Psiquis, de un aparato psíquico en funcionamiento, de una mente [142]. El psicoanalista infantil Winnicott [146] considera que una persona es en su totalidad tanto física, como psicológica, dependiendo del ángulo en que se la mire; así, existe el Soma (cuerpo) y la Psique como fenómenos diferentes pero que se relacionan entre sí de manera compleja. La organización de la interrelación entre ambas instancias proviene de lo que se denomina Mente, que es distinta de la Psique y hace referencia al funcionamiento intelectual.

En este sentido, Winnicott plantea que la famosa dualidad mente-cuerpo es una trampa, debido a que no se trataría de fenómenos opuestos. Lo verdaderamente opuesto sería el Soma y la Psique; ya que mientras el Soma alude a lo corporal, la Psique hace referencia a lo emocional. Diferenciar soma y psique puede llevar a pensar que ambos fenómenos corren por carriles distintos, sin embargo, existe entre ellos una fuerte interrelación que pasa principalmente por el alojamiento de la psique en el cuerpo. Por consiguiente, la psique constituye una unidad fundamental con el cuerpo, merced a su relación con la función de los tejidos y órganos y con el cerebro, así como por el modo en que se entrelaza con éste a través de nuevas relaciones desarrolladas en la fantasía o mente, consciente o inconsciente, de la persona [146].

El psiquismo, como una parte del individuo diferente del cuerpo, ha sido abordado profundamente por el psicoanálisis desde sus comienzos, de la mano del

padre de la disciplina, Sigmund Freud. Sin embargo, la producción psicoanalítica a lo largo de estos años no presenta una unificación de criterios en cuanto a la constitución de lo psíquico en el proceso de desarrollo humano, más aun cuando se trata del psiquismo fetal y todo el andamiaje de lo que ocurre psíquicamente posterior al nacimiento del bebé.

Locke [(147)], propulsor del concepto de Tábula Rasa, para hacer referencia a la idea de asemejar al recién nacido como una pizarra en blanco en relación a todas aquellas experiencia que puedan dejar huellas en él, hoy en día es poco sostenible si tenemos en cuenta las observaciones ecográficas que revelan que desde el propio período de la gestación existen preferencias individuales y comportamientos marcadamente diferentes entre cada ser no nacido.

Numerosos psicoanalistas piensan que el mundo psíquico materno puede tener una gran influencia sobre el feto pudiendo orientar la estructura de su futura personalidad. Sin embargo, esto es considerar al feto como si no tuviera entidad propia y, llevado al extremo, se ve al feto como algo totalmente maleable, es decir una tábula rasa, en la cual la madre deja su huella, y el embarazo se considera importante sólo en relación al estado de la mente de la madre [(122)]. ¿Será esto así?

En la búsqueda por establecer qué se entiende por psiquismo y cómo éste se conforma, como anticipo del psiquismo fetal, es pertinente revisar primeramente diversos argumentos de la teoría psicoanalítica, ya que ésta es un mapa completo y coherente de lo que representa el funcionamiento de la vida anímica, bajo la óptica de diversos autores.

### 3.3.7.1 Argumentos psicoanalíticos.

Freud en su texto El yo y el ello [(148)], postuló que lo psíquico puede diferenciarse entre consciente e inconsciente, y que esa es la premisa fundamental del psicoanálisis, a saber, la existencia de fenómenos psíquicos que poseen gran influencia en la vida anímica y que, sin embargo, no se puede ser consciente de ellos ya que permanecen inconscientes debido a la fuerza de la represión.

Esta fuerza se encarga de impedir que afloren a la consciencia ciertas representaciones irreconciliables con la realidad exterior y sus exigencias. No obstante, Freud propone la existencia de dos tipos de inconsciente; lo inconsciente reprimido por ser irreconciliable con el mundo externo, y lo inconsciente latente que es susceptible de consciencia, que él denomina preconsciente.

Además en el mismo texto, Freud plantea que lo inconsciente se halla fuertemente relacionado con el Ello, que es la primera estructura psíquica que posee un ser humano, y que abarca la vida instintiva, es decir, las pulsiones. En este sentido, todo el aparato psíquico se conformaría a partir del Ello, en tanto que el Yo aparecería después en el desarrollo, como una parte del Ello que se ha modificado debido a las influencias del mundo exterior y con la percepción. De allí vendría la analogía del Yo como un mediador racional entre las pasiones del Ello (regido por el principio de placer) y las exigencias del mundo externo.

Según Freud, la génesis del Yo, sería como el lugar de donde provienen las percepciones internas y externas. Estas percepciones permiten construir una representación del propio cuerpo.

En tal sentido, se podría decir que los instintos sólo residen en el ámbito del Ello, sin embargo, según Freud, el Yo también queda sometido a la influencia de los instintos, debido a que éste correspondería a una modificación del Ello. En un principio se pensó que estos instintos eran principalmente sexuales y de conservación, a los que se les denominó como Eros; sin embargo, basándose en la biología, Freud planteó la existencia de un instinto de muerte cuya misión es hacer retornar todo lo orgánico animado al estado inanimado, en contraposición al Eros, cuyo fin es complicar la vida y conservarla así.

Esta hipótesis acerca de la existencia de un instinto de muerte, como instinto primario, ha presentado diversas críticas a lo largo del desarrollo de las teorías psicoanalíticas. Por ejemplo, Winnicott (146) sostiene que no es del todo cierto plantear que todo organismo surge de lo inorgánico para luego retornar a ese estado; esto debido a que el individuo se desarrolla a partir del ovocito (sustancia orgánica) que tiene una prehistoria en todos los ovocitos fecundados anteriores, desde el surgimiento de la materia orgánica a partir de la inorgánica hace millones de años atrás.

Para el bebé intrauterino no existe una preocupación por la muerte, pero éste tiene la capacidad de preocuparse por la soledad, que es un estado que sí ha sido experienciado por él. Antes de esta soledad esencial, existe un estado previo de falta de vivacidad. Según Winnicott, el deseo de muerte por lo común puede ser un deseo disfrazado de retornar a un estado de cosas donde todavía no se está vivo. De modo, que la muerte, para un bebé en sus comienzos, significa algo bien definido, a saber,

la pérdida del ser en virtud de la prolongada reacción ante la intrusión del ambiente o falla de una adaptación suficientemente buena [(146)].

Freud plantea que luego del nacimiento se produce la deflexión del instinto de muerte como mecanismo defensivo [(149)]. Se deduce que este mecanismo sería, para Freud, el primer acto del Yo. Según Winnicott [(144)] en este punto del desarrollo de la teoría psicoanalítica, se suponía que los mecanismos de defensa del Yo se estructuraban en relación con la angustia provocada por la tensión instintiva o por la pérdida del objeto, en un individuo que al principio estaba dominado por sus pulsiones y el principio de placer, y que nada le importaba la realidad del mundo externo. Si bien, la mayoría de las teorías freudianas se remontan a la infancia, según Winnicott el padre del psicoanálisis desatendió la infancia como estado, ya que basó sus hipótesis (salvo en algunas excepciones) en el trabajo con adultos y en la regresión a etapas tempranas del desarrollo.

Años después de las primeras aportaciones freudianas, la psicoanalista infantil Melanie Klein desarrolló un vasto campo de producción teórica basándose en la observación de niños desde los primeros días de vida luego de nacer. Las teorías de Klein se suman a las que desarrolló Freud, al profundizar en la relación entre los mecanismos defensivos y las angustias primitivas [(144)]. La autora instaló una nueva visión en el psicoanálisis al plantear la conformación de lo psíquico a una edad muy temprana, y al remover la visión inocente y tierna que se tiene de la infancia, constatando la existencia de oscuros temores y crueles impulsos en el bebé, a partir de los cuales se puede hablar, incluso, de fases de tipo psicótico y depresivas en los primeros meses de vida [(149)].

Si bien, las teorías kleinianas datan desde los primeros días de vida y las primeras relaciones que el bebé establece con su madre, como por ejemplo, en la lactancia, donde según la autora hay suficiente Yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Esto no significa que al nacer el Yo se parezca al de un bebé bien integrado de seis meses, no digamos al de un niño o de un adulto plenamente desarrollado [149]. De esto se deduce la hipótesis acerca de que el Yo, en un claro estado rudimentario, se ha formado en algún momento de la vida intrauterina del bebé. Un Yo que según Klein [150], se encuentra desorganizado y en constante fluencia, pero que tiene la tendencia a integrarse.

Winnicott [146] plantea que el desarrollo psíquico corresponde al desarrollo emocional, que se inicia con las relaciones entre un individuo y su ambiente, a saber, la madre; a partir del primer tipo de cuidado parental que ella presta. Esta primera forma de cuidado corresponde al sostén físico, el cual significa sostener la mente y protegerlo de las agresiones fisiológicas, en una etapa donde la fisiología aún no está separada de la psicología (soma y psique), y donde el bebé intrauterino es absolutamente dependiente del cuidado materno, el cual es confiable y adecuado en la medida que la madre tenga empatía con su bebé.

En esta etapa el Yo del infante es aún débil, pero se encuentra fortalecido gracias al Yo auxiliar del cuidado materno que, además, amortigua la relación entre el bebé y su entorno, permitiendo que surja en éste la omnipotencia, al creer controlar situaciones externas buenas y malas que objetivamente se encuentran fuera de su poder [144]. Al igual que Klein, Winnicott señala la importancia para la

construcción del psiquismo de la relación bipersonal entre el bebé y la madre, llevando a etapas más tempranas del desarrollo las teorías freudianas centradas en las relaciones tripersonales del Complejo de Edipo. Para Winnicott, este desarrollo psíquico tiene que ver, esencialmente, con la formación del Yo y su separación del Yo materno, en el proceso de integración desde la absoluta dependencia hasta lograr la independencia. En este punto se aprecia una diferencia central con respecto a los postulados freudianos, ya que Winnicott (144) señala que no existe el Ello antes de que aparezca el Yo, es decir, si no existiera un Yo que organice las experiencias del Ello, no existiría experiencia alguna, siendo esta la premisa fundamental que justifica el estudio del Yo.

Por otra parte, el término "personalidad", en alusión a patrones estables de comportamiento, aparece mucho después de la formación del Yo, después de que el niño haya empezado a utilizar su intelecto para mirar lo que los demás ven, sienten u oyen y a lo que conciben cuando se encuentran con su cuerpo infantil (151). En otras palabras, el desarrollo de la personalidad se ofrece al estudio una vez que el niño ha alcanzado etapas más evolucionadas en el desarrollo, y es capaz de evaluar situaciones de la realidad externa, y su propio cuerpo en relación con esta realidad.

Según Winnicott (146) existirían las relaciones calmas y las relaciones excitadas. Estas últimas tienen que ver con la realidad externa, con el mundo compartido que no ha sido creado por el bebé, y de éstas depende la adaptación del individuo. La lactancia sería un ejemplo de relación excitada donde hay una adaptación mutua entre el bebé y su madre. Antes de ser perturbado por las

relaciones excitadas, existe un estado calmo que es el primario. En este estado no hay integración, debido a que no hay percatamiento.

El estado integrado correspondería a un logro en el desarrollo al que se llega luego de atravesar por períodos intermitentes de integración. Integración significa responsabilidad, la cual está acompañada por el percatamiento, por la recopilación de recuerdos y la asimilación del pasado, el presente y el futuro a una relación, casi significa el comienzo de la psicología humana (146).

Winnicott señala que se suele pensar que el estado calmo de los nonatos dentro del útero no ha sido perturbado, pero esto no sería así. Plantea que hay que estudiar a los fetos para determinar en qué momento el ser humano comienza a experienciar. Así, en un comienzo teórico existiría el estado calmo, no perturbado, en el cual se daría el aislamiento absoluto del individuo como parte de la unidad original de la configuración ambiente-individuo. Es en este estado de cosas donde se experimenta una soledad real. El contacto con el exterior puede darse por una adaptación activa, donde es el propio movimiento del individuo el que descubre el ambiente (por ejemplo, una patada dentro del útero); o puede establecerse por intrusión, que corresponde a un movimiento del ambiente frente al cual el individuo reacciona.

Esta intrusión es impredecible para el bebé y nada tiene que ver con sus procesos vitales. La reacción ante la intrusión interrumpe la continuidad del ser y puede derivar en un desarrollo precoz del Yo ante situaciones estresantes que impliquen una diferenciación temprana entre lo propio y lo ajeno.

Las influencias ambientales pueden comenzar a determinar, a una edad muy temprana, si la persona saldrá en busca de experiencia o se replegará del mundo cuando necesite corroborar que la vida merece ser vivida. Es posible que la rigidez y falta de adaptabilidad de la madre (debidas a su angustia o a su talante depresivo) se vuelvan, de este modo, evidentes para el bebé antes del nacimiento (146). Si bien, Winnicott considera que el bebé intrauterino no es aún una unidad emocional, sino que es parte de la unidad ambiente-individuo, es en esta temprana etapa del desarrollo donde se establecen los primeros contactos con el medio, y donde surge el percatamiento que da lugar a intermitentes momentos de integración de un self individual que permita discriminar lo que es Parte de Mí y lo que es Distinto de Mí.

En esta línea, cabría preguntarse, ¿cuál es el rol del ambiente en todo este proceso? Si bien, Klein desarrolla su teoría del psiquismo infantil basándose en las relaciones entre el bebé y su madre (relaciones objetales); y Freud, por su parte, esboza la importancia de la función materna en etapas donde domina el principio de placer (144) es Winnicott quien le da más relevancia al ambiente (como cuidado parental) en el proceso de desarrollo psíquico.

Aunque Winnicott describa el ambiente de manera circunscrita, la mayoría de las veces este concepto aparece como algo laxo que sólo hace referencia a lo que está fuera del individuo, por lo que puede incluir desde la madre, pasando por la familia, la sociedad, etc., hasta el universo. Con el fin de aclarar estas cuestiones y evitar que quede en la nebulosa este amplio concepto llamado “ambiente”, se sistematiza, a continuación, algunas designaciones en la producción analítica acerca de lo ambiental.

Para Jung [152], lo ambiental tiene que ver con la cultura, es decir, con todo el acervo del desarrollo de la humanidad. De allí su concepto de "inconsciente colectivo" como una especie de psiquismo global que supera y va más allá de cualquier psiquismo individual. El proceso de desarrollo psíquico, en este caso, hace referencia a un proceso de individuación. Para aclarar esto, es menester referirse a lo que plantea este autor acerca del sí-mismo.

Jung señala que éste no es sino un concepto psicológico, una construcción destinada a expresar una esencia que no podemos captar como tal, pues supera nuestras capacidades de concebirla seria como el Dios en nosotros [152]. Con el paralelismo establecido entre el sí-mismo y Dios, Jung hace referencia a un hecho psicológico que tiene que ver con algunos contenidos psíquicos que actúan con total independencia y tienen el poder de influir en la voluntad, en la consciencia, en los estados de ánimo, y que sin embargo, se escapan a la comprensión humana.

Jung sostiene que El Yo sería una parte del sí-mismo, la parte de éste que conocemos y que gira en torno al sí-mismo, dependiendo de él, como lo hace la Tierra con el Sol. El sí-mismo, más abarcativo que el Yo, sería algo que se experiencia, pero de manera irracional e inexplicable; y esta experiencia del sí-mismo, como algo indefinible, es lo que permitiría la individuación, es decir, la diferenciación entre el adentro y el afuera.

Reich [153], discípulo de Freud al igual que Jung, sostiene que la base de todas las reacciones de un individuo no corresponde a la polaridad entre el Eros y el instinto de muerte, como lo planteó Freud, sino a la oposición entre el Yo y el

mundo exterior. Así, el primer impulso de un organismo vivo sería el establecer un contacto con el ambiente.

Para el autor, lo ambiental concierne a lo social, expresado en un medio frustrante ante el cual el psiquismo se desarrollaría mediante un proceso defensivo. En este proceso, el carácter, como estructura, cobraría gran importancia. En este sentido, el carácter consiste en una alteración crónica del yo, a la que podríamos calificar de rigidez. Su significado es la protección del yo contra peligros exteriores e interiores (153).

Reich llama "coraza" a esta protección permanente del Yo, y postula que se forma como resultado del conflicto entre los instintos y el mundo exterior frustrante. Como esta coraza caracterológica se forma en el Yo, Reich postula que correspondería al "carácter del Yo", siendo algunos de los más estudiados por el autor el carácter compulsivo, el masoquista, y el histérico, entre otros. En síntesis, el carácter sería la rigidización de ciertos rasgos, en una determinada y permanente relación del individuo con el medio, el cual tendría una expresión tanto psíquica, como somática.

Por último, con respecto a lo ambiental, es pertinente revisar los argumentos propuestos por Dolto (143), quien como pedagoga y psicoanalista de la escuela francesa, plantea que el ambiente tiene que ver con el lenguaje, es decir, con el mundo de lo simbólico. En este sentido, el proceso de formación del psiquismo consistiría en la adquisición de la función simbólica, la que se desarrolla ya en el interior del útero materno, como la capacidad de otorgar sentido a las experiencias.

De esta forma, el individuo, desde la concepción, estaría inmerso en el mundo simbólico y constituiría un ser de lenguaje.

**3.3.7.2 Los Primeros Hallazgos acerca de la Vida Intrauterina**.

En la década de los ochenta, el doctor Thomas Verny publicó el libro "La vida secreta del niño antes de nacer", en el cual se sintetizan los principales hallazgos existentes hasta esa fecha que demuestran que el niño intrauterino posee muchas más capacidades de las que hace algunos años se pensaba, tales como la capacidad de oír, percibir, recordar, e incluso, aprender. De esta manera, el trabajo de Verny se convirtió en uno de los principales referentes a la hora de acercarse al tema de la vida psíquica del bebé antes de nacer.

Los descubrimientos científicos y el desarrollo de nuevas tecnologías durante el siglo XX, permitieron numerosos avances en el campo de las investigaciones acerca del desarrollo de los fetos en el interior del útero materno, sin embargo, durante muchos años permaneció como un absurdo la idea de que las experiencias prenatales podían ser constitutivas de la personalidad. No obstante, según Verny [(4)], esa idea habría sido completamente aceptada siglos atrás; ejemplo de esto lo constituirían los chinos, quienes hace un milenio crearon las primeras clínicas prenatales; o Leonardo de Vinci, en cuyos cuadernos ya aparecían ideas acerca de la influencia que ejercen las experiencias vividas por la madre en el bebé que gesta, llegando a afirmar que el dolor mental de la madre es más poderoso sobre la criatura, la que puede llegar a perder la vida por ello.

Estas ideas no gozaron de mayor acogida durante mucho tiempo, sin embargo, en la década del cincuenta el siglo pasado, el doctor Alfred Tomatis, uno de los precursores en el campo de la psicología prenatal, aseguraba que el feto era capaz de escuchar, que tenía capacidad cognoscitiva y su propia psicología. También a mediados del siglo pasado, surgieron algunas investigaciones acerca de la influencia que ejercen sobre el feto las características y experiencias maternas. Unas de las más conocidas fueron las realizadas por el doctor Sontag (154) en el Fels Research Institute de Yellow Springs en Ohio. Sus estudios con ratas embarazadas le permitieron observar que aquellas madres que habían vivido situaciones de estrés prolongado, como por ejemplo, condiciones hacinadas de vida, tenían crías más pequeñas, con mayores niveles de ansiedad y con menor capacidad de aprendizaje. Asimismo, planteó que madres humanas afectadas por la ansiedad provocada por los bombardeos en época de guerra, eran proclives a tener hijos con desórdenes funcionales, particularmente, del sistema digestivo.

Por su parte, Ferril (154) sostiene que aquellos niños que después de nacer son descritos como neuróticos y con problemas de alimentación, sufren de irritabilidad que afecta el control del tracto gastrointestinal; y que esta condición está dada ya desde el útero; desde un ambiente fetal alterado a causa de severos disturbios emocionales de la madre, por ejemplo, los que se producen cuando el padre actúa con violencia durante el embarazo.

Se puede decir, entonces, que ciertas características de la personalidad o del carácter de algunos niños, no sólo serían producto del ambiente que los recibe una vez nacidos, sino que también serían el reflejo de lo que ocurría mientras estaban

en el útero materno. De todos modos, se presenta el problema de definir el peso relativo entre ambas influencias ambientales, a saber; la que se ejerce sobre el bebé extrauterino (ya nacido), y la que actúa sobre el bebé intrauterino. Esto, debido a que pueden surgir argumentos que apunten a descartar que el ambiente afecte al menor mientras permanece "aislado" dentro del útero materno; y sugieran que el bebé sólo puede verse afectado por el ambiente una vez que ha nacido y es más consciente de lo que ocurre a su alrededor.

Montagu [(154)], plantea que las emociones fuertes vividas por una mujer embarazada generan cambios químicos a nivel del sistema nervioso y endocrino, los que producen nuevas sustancias capaces de traspasar la barrera de la placenta y alcanzar el sistema circulatorio del feto, provocándole un balance hormonal anormal. Basándose también en esta hipótesis, Strean y Peer [(154)] concluyeron que un estrés maternal excesivo durante las primeras diez semanas de gestación, repercute en una secreción glandular anormal que puede interrumpir el desarrollo del paladar y de los huesos superiores de la mandíbula del feto, lo que genera una deformidad conocida como "paladar hendido".

Ya en esa época comenzó a ser ampliamente aceptado el hecho de que el sufrimiento emocional materno podía producir alteraciones en el desarrollo físico del feto; aunque la idea de que éste tuviera algún tipo de consciencia o desarrollo cognitivo, era aún un tema muy discutible. Sin embargo, en su libro, Ferril [(154)] documenta dos investigaciones realizadas en la década del cuarenta, bastante innovadoras y adelantadas a su época, las cuales sugieren que el feto tiene la capacidad de un tipo primitivo de aprendizaje. Según Ferril, en esa época era bien

sabido el hecho de que el bebé al interior del útero es capaz de responder, ya sea con aceleración del ritmo cardíaco o movimientos corporales, ante estímulos externos, tales como la vibración de una lavadora, o la caída de una olla de metal.

Teniendo en cuenta esta idea, Sontag y Newbery [(154)] realizaron un experimento en el cual exponían un fuerte ruido cerca del estómago de madres embarazadas. Este ruido, aplicado por primera vez, producía marcados cambios en el latido cardíaco de los bebés; pero luego, después de repetidas y sucesivas aplicaciones del ruido, el feto dejaba de responder a éste. Los investigadores concluyeron que el bebé se había adaptado a ese sonido, es decir, que lo había aprendido. El segundo experimento es el llevado a cabo por Spelt [(154)] ocho años más tarde. En este estudio, se produjo un fuerte ruido que excitaba una respuesta de susto en el feto (estímulo incondicionado), junto con la vibración de un timbre, la cual al principio no producía ningún tipo de respuesta en el bebé. Luego de unos veinte ensayos apareados con ambos estímulos, la presentación de la vibración del timbre, por sí misma, excitaba la respuesta de susto en el feto. De esta manera, Spelt concluyó que la vibración del timbre se había convertido en un estímulo condicionado, y que en los últimos meses de gestación, los mecanismos neurológicos del bebé estaban lo suficientemente maduros como para que éste fuese capaz de aprender.

De estos estudios se desprende una idea que comenzó a ser ampliamente aceptada a partir de esa época: que el bebé intrauterino es capaz de oír y de responder ante los sonidos. Verny [(4)], sostiene que a partir de la semana veinticuatro, el feto oye en todo momento, y que el sonido que domina su mundo es el latido del

corazón de la madre, el cual, incluso, pueden recordar luego de haber nacido. Prueba de esto sería el hecho de que los bebés se calman si son sostenidos contra un pecho, o el hecho de que se adormezcan con el tic-tac de un reloj. Para Verny, lo anterior estaría causado porque los bebés tienen el "recuerdo inconsciente" del latido cardíaco de la madre en el útero. Esta idea también fue recogida por Dolto [143], quien describe un experimento realizado en Estados Unidos, en el cual se hizo oír, de manera artificial, el latido de un corazón adulto en salas incubadoras de bebés prematuros. El experimento mostró que había una mortalidad mucho menor en aquellas incubadoras de audición del corazón materno que en las incubadoras silenciosas. La autora afirma que el latido cardíaco de la madre, no sólo es un sonido que se recuerda, sino que la audición de éste es un tipo de lenguaje para el feto. Según los anteriores autores, el ritmo del latido cardíaco materno mantiene calmado al bebé intrauterino y le provoca una sensación de seguridad; sensación que podría verse afectada si ese ritmo sufriera un cambio repentino [4, 43].

De esta manera, se puede formular que el feto es en parte consciente de su entorno; por lo cual poseería, o sería, un psiquismo en funcionamiento.

### 3.3.7.3 La Vida Intrauterina como Origen del Psiquismo.

#### 3.3.7.3.1 Factores que influyen en la constitución de la Personalidad fetal.

Ya se ha mencionado con anterioridad el hecho de que el bebé intrauterino es sensible a los estados emocionales maternos, sobre todo cuando éstos se tratan de estados de ansiedad intensos y persistentes. Las investigaciones del doctor Sontag [4] llevadas a cabo con madres y sus hijos gestados en período de guerra, lo

condujeron a concluir que la tensión y el miedo permanentes a los que estaban sometidas las madres embarazadas, tienen efectos perniciosos en el desarrollo de la personalidad del feto. Según este investigador, la vía por la que las emociones maternas afectan al bebé no nacido es de carácter físico; a saber, la producción de neurohormonas maternas que son capaces de alterar los ritmos biológicos del bebé.

Sontag [(4)] plantea que las emociones maternas como el miedo, activan el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo (SNA), los que responden generando neurohormonas que inundan el torrente sanguíneo materno, alterando tanto su química corporal, como la de su hijo no nacido. Estas alteraciones pueden provocar que el niño al nacer sea más voluble emocionalmente hablando, ya que el exceso de neurohormonas maternas afectaría especialmente el desarrollo del hipotálamo, que es el regulador emocional del organismo. Así, los bebés que han sufrido estos desequilibrios al interior del útero, tendrían una predisposición emocional y física a la ansiedad.

Otros investigadores, como Huttunen y Niskanen [(4)], se interesaron en este tema y se plantearon el problema acerca de si la tensión maternal tenía mayores consecuencias antes o después del nacimiento. Los sujetos de este estudio finlandés, habían perdido a su padre mientras estaban en el útero o poco después de haber nacido. Los investigadores suponían que la muerte del marido debía provocar una gran aflicción en la mujer; aflicción que irremediablemente se transmitiría a su hijo, ya estando éste dentro o fuera del útero. Al revisar los historiales de los sujetos, se sorprendieron al constatar que quienes presentaban la mayor tasa de trastornos emocionales, eran los sujetos cuyos padres habían muerto antes de que ellos

nacieran; lo que los llevó a concluir que en estos sujetos la integración del hipotálamo, como centro sensible del organismo, había sido gravemente alterada a causa de la aflicción materna.

Es preciso subrayar que en estos experimentos sólo se analizan los efectos biológicos que una tensión materna extrema puede tener sobre el bebé no nacido, es decir, sobre el desarrollo de los centros del organismo que participan en el tono de la personalidad humana; y en ningún caso sugieren el hecho de que el feto pueda tener algún tipo de consciencia de lo que ocurre a su alrededor.

Para Verny, no sólo las tensiones extremas de la madre influyen en el SNA y el hipotálamo del bebé por nacer, sino que tensiones mucho más sutiles, aunque prolongadas o recurrentes, pueden alterar estos centros, lo que da por resultado un SNA irritable que conduce a problemas en el control del tracto gastrointestinal de estos niños al nacer. La irritabilidad del SNA, aparte de acarrear dificultades alimentarias, desencadena problemas conductuales, ya que los niños que sufren de esta alteración suelen ser nerviosos, hiperactivos, ansiosos y con bajo rendimiento escolar. Esto se relacionaría también con el hecho de que existen correlaciones entre el bajo peso al nacer y problemas de rendimiento en lectura. El bajo peso se debería a los constantes movimientos de estos niños en el útero; y debido a que los niños que han sido ansiosos y demasiado activos dentro del útero de sus madres, suelen serlo también después de haber nacido, su hiperactividad les dificultaría concentrarse lo suficiente como para aprender a leer.

También han sido estudiados los desequilibrios en el sistema nervioso y en el cerebro del feto, provocados por la producción excesiva de hormonas maternas como el estrógeno y la progesterona, los cuáles conducirían a trastornos de personalidad concernientes al género sexual. Así, por ejemplo, varones que durante la gestación habían estado expuestos a estas hormonas en cantidades muy altas, presentaban rasgos femeninos, llegando a ser descritos como afeminados, en comparación con otros menores [(4)]. Sin embargo, estos hallazgos merecen ser analizados con más cuidado debido a que hoy es ampliamente aceptado el hecho de que el Género es una categoría social, y que la construcción de éste es más bien un proceso regulado por el ambiente social, que una condición dada por la biología.

Todas estas investigaciones apuntan a que la futura personalidad del niño que se está gestando puede verse afectada por ciertas experiencias maternas que influyen en él a manera de intercambios neurohormonales. Sin embargo, otros autores sugieren que la personalidad del niño puede comenzar a formarse en el feto a través de procesos de carácter emocional y afectivo.

Raine [(155)] en la Universidad de los Ángeles, ha demostrado que niños que habían sido violentados mientras estaban en el útero, tenían una predisposición mucho mayor a ser violentos que otros niños, y que estas conductas eran mucho más difíciles de erradicar. Una experiencia relatada por la doctora Piontelli citada en Bertín [(156)], plantea que ya desde el útero los fetos pueden tener rasgos de personalidad definidos. Piontelli, había seguido el embarazo de una mujer encinta de gemelos bivitelinos, un hombre y una mujer. En las ecografías se podía apreciar como el niño era mucho más activo, moviéndose y dando patadas continuamente;

mientras que la niña se mostraba más tranquila. La agitación del niño se interrumpía en ciertos momentos en los que centraba su atención en su hermana para tocarle la cara, a lo que ella reaccionaba volviéndose hacia él, para luego pasar un momento estrechando sus mejillas. La investigadora tuvo la oportunidad de verlos luego de un año y comprobó que las características de personalidad que había observado en ellos en el útero persistían luego de haber nacido, y se sorprendió al advertir que uno de sus juegos favoritos consistía en que la niña escondía su cara tras una cortina, mientras el hermano estiraba su mano y acariciaba su cara a través de la tela; como si ésta representara la membrana que los separaba mientras se encontraban al interior del útero.

Según el doctor Tomatis [(157)], muchos de los trastornos psicológicos poseen un origen intrauterino, se deben a una distorsión de la función de la audición. Para el autor, todo ser vivo necesita comunicarse con su entorno y para esto debe situarse en condición de escuchar, lo que le permite captar los datos del medio y tratar las informaciones que recibe. Si estas informaciones son ambiguas, por ejemplo, si la madre tiene miedo de dar a luz, el feto puede sentirse contrariado, como si no supiera si debe salir o quedarse en el útero; y esta sensación de inseguridad puede acompañarlo durante toda su vida. Tomatis plantea, además, que muchas fobias que persisten hasta la vida adulta son de origen intrauterino; por ejemplo, el miedo a pasar por un túnel o subir en un ascensor, pueden ser reflejo de dificultades al nacer o, incluso, de no querer nacer y desear permanecer en el útero.

### 3.3.7.3.2 El funcionamiento psíquico fetal.

Muchos investigadores en la década del sesenta llegaron a la conclusión de que el feto era un ser consciente, capaz de percibir y sentir [(4)]. Diversos investigadores, especialmente preocupados por el desarrollo neurológico, trataban de situar, con bases científicas y comprobables, el surgimiento de la conciencia en el bebé intrauterino. Uno de ellos, el doctor Purpura [(4)], afirmaba que entre las semanas veintiocho y treinta y dos, los circuitos neuronales del cerebro están tan maduros como en un recién nacido, y la corteza cerebral lo suficientemente desarrollada como para sustentar la consciencia. Otros autores se aventuraron en plantear que la consciencia del feto está presente desde el principio del embarazo, es decir, desde poco después de la concepción. Para afirmar esto, se basaron en los abortos espontáneos ocurridos durante las primeras semanas de gestación. Según ellos, el ovocito fertilizado posee suficiente conciencia de sí mismo para sentir el rechazo y para obrar en consecuencia [(4)]. En esta etapa del desarrollo no existiría ningún mecanismo neural que ofrezca a la consciencia un sustento fisiológico; por esta razón los autores son enfáticos al subrayar que la idea corresponde sólo a una teoría y no a un hecho demostrado. Aferrándose a los principios neurológicos que fundamenten el surgimiento de la consciencia, Verny plantea que a partir del segundo trimestre de gestación el sistema nervioso del feto está en condiciones de trasmitir sensaciones físicas a los centros cerebrales para así procesarlas. Esta sería, según los investigadores, la condición demostrable para el surgimiento de la consciencia. El procesamiento de sensaciones daría por resultado una emoción, lo

que implica percibir una sensación, luego darle sentido y generar una respuesta acorde.

Las emociones experimentadas por el feto permiten la toma de consciencia de sí mismo, es decir, permiten la formación del Yo. En cuanto el niño es capaz de recordar y sentir (en una palabra, de ser marcado por la experiencia), su ego se está formando [(4)]. De esta manera, Verny plantea que una ansiedad normal sentida por la madre, ayuda al niño intrauterino a desarrollar su sentido del Yo, debido a que los cambios y alteraciones de su ambiente (el cuerpo materno) lo perturban y le permiten percatarse de la diferencia entre su ambiente y su propio cuerpo.

Si se sostiene que los fetos pueden ser marcados por la experiencia, surge el cuestionamiento acerca de si los bebés intrauterinos pueden almacenar y recordar algunas experiencias. El psiquiatra checoslovaco Grof [(4)] es uno de los investigadores que sostiene que el feto, en algún momento del desarrollo neurológico, es capaz de almacenar información que luego puede ser recuperada en forma de recuerdo después de haber nacido. Él mismo se sintió enormemente sorprendido al constatar como un hombre, que estaba sometido a medicación, recordó cómo era su cuerpo fetal y el momento en que iba a ser parido. Este hombre afirmó que recordaba el sonido de voces y risas humanas amortiguadas desde fuera del útero, y el sonido de trompetas, como las de una feria.

Para contrastar esta información, Grof se puso en contacto con la madre del sujeto, la que corroboró el hecho de que, efectivamente, ella se encontraba en una feria antes del alumbramiento, añadiendo que nunca le había contado a su hijo, y a

nadie, este suceso. Ante esto, se podría pensar que estos recuerdos intrauterinos no fueron precisamente formados en el útero, sino que pueden corresponder a construcciones retrospectivas a partir de ciertos datos contenidos en la historia de los sujetos. De todas formas, los antecedentes que existen con respecto a los recuerdos prenatales merecen un análisis más profundo, que se escapa a los objetivos de esta investigación.

Dolto [(158)], pasando por alto la necesidad de establecer un suceso fisiológico que garantice la posibilidad de consciencia o de un Yo en el feto, plantea que el niño intrauterino es un ser de lenguaje que es capaz de desarrollar la función simbólica, y que posee el deseo de vivir, única razón por la cual se daría la vida. El niño sería sujeto de su propio deseo, un deseo de vivir que se encarna en el momento de la concepción, como una energía que busca realizarse a través de encuentros con otros seres humanos (como sus padres) e intenta desde el principio asumirse con absoluta autonomía [(158)].

Para Dolto, esta autonomía del bebé es de gran relevancia ya que lo sitúa como una persona diferente a sus padres, portadora de sus propios deseos, y no sólo como la expresión de deseos ajenos. Considerar el hecho de que el bebé participa en su propia concepción, a partir de su deseo de vivir, puede sonar un tanto extraño si se remite a la clásica idea de que son los padres quienes conciben un hijo; idea que si bien parece incuestionable, sustenta la creencia de que los padres son los dueños de sus hijos y poseen todos los derechos sobre ellos. Sin embargo, a Dolto no le parece tan absurdo el hecho de que el bebé posea cierta autonomía desde la concepción, ya que al nacer, el bebé no responde ni al deseo ni a los fantasmas de

sus padres. Sostiene que aunque se intente establecer algún parecido entre el bebé y otros miembros de la familia "hay en el recién nacido algo que se resiste a esa toma de posesión [158].

Contemporáneo a Dolto, el doctor Tomatis [157] basó su trabajo en la intuición de que muchos trastornos de la comunicación podían curarse si las personas tenían la oportunidad de revivir la experiencia de oír la voz materna como la escuchaban mientras estaban en el útero. De esta manera creó un procedimiento llamado "Oído Electrónico", en el que los pacientes eran sometidos a la audición de la voz materna filtrada a través de grabaciones que recreaban los múltiples sonidos del mundo uterino. Después de aplicar numerosas veces este tratamiento, Tomatis llegó a la conclusión de que el psiquismo de una persona comienza a formarse al interior del útero, a través de un cúmulo de informaciones, como pueden serlo las experiencias sensoriales. Prueba de ello serían los relatos de quienes han pasado por la audición intrauterina, en los que describen revivir las impresiones del período embrio-fetal.

Tomatis [157] difiere de la idea de separar la etapa embrionaria de la posterior etapa fetal, ya que considera que el embrión es tan persona como el feto; esto porque la consciencia, aunque en un estado primitivo, está presente desde los inicios de la gestación, desde la formación de las primeras células. Sostiene que desde que el "embrio-feto" es capaz de moverse posee la autoconsciencia suficiente como para coordinar estos movimientos. Según este médico [157] las fibras nerviosas tocan los músculos del cuerpo y reciben una respuesta cuando el sistema está listo para

funcionar. Así que los movimientos tienen cierta conciencia de fondo en el estado de embrión.

A parte de sostener que el feto posee cierto tipo de consciencia, Tomatis está de acuerdo con antiguos estudios acerca del temperamento que sostenían que esta cualidad se fija 27 días después de la fecundación, y que la esencia de éste se mantiene inmutable durante toda la vida. Basándose en estas ideas, plantea que si bien, las actitudes y sentimientos de la madre son de importancia capital para el desarrollo psíquico del feto; éstas afectan invariablemente a sus hijos intrauterinos, ya que del temperamento del niño también va a depender el grado de esta influencia.

Las hipótesis de que los fetos son conscientes de su cuerpo y de su ambiente uterino, muchas veces se sustentan en los dibujos que realizan los niños pequeños. Por ejemplo, según Tomatis, es posible que el futuro bebé constituya una memoria al bajar por la Trompa de Falopio, ya que muchos dibujos infantiles representan el trayecto desde la trompa hacia el útero. Por su parte, Dolto [(158)] sostiene que los niños poseen una imagen de su cuerpo fetal. Esto también se manifestaría en los primeros dibujos que realizan los niños.

El planteamiento de que la consciencia está presente en la etapa intrauterina, lleva a la discusión de si acaso el feto en esta etapa domina algún tipo de lenguaje. Si bien, Tomatis sostiene que el feto es capaz de escuchar, a éste nada le importa el lenguaje, sólo el amor y la emoción. En cambio, para Dolto, el lenguaje está presente en toda la vida fetal, ya que todas las satisfacciones e insatisfacciones,

sentidas por medio de las percepciones viscerales recibidas de la madre, tienen valor lingüístico para el bebé.

Para finalizar, todas estas investigaciones arriba señaladas nos permiten asegurar la existencia y el desarrollo del psiquismo fetal.

### 3.3.8 La Programación fetal.

La salud de una persona, está determinada, en gran medida, por las condiciones en las que se desarrolló dentro del claustro materno, de manera que la calidad de vida intrauterina va a programar la susceptibilidad o no para el padecimiento de alguna enfermedad.

El origen de muchas enfermedades a nuestro criterio tiene dos vertientes: una biológica que analizaremos a continuación y otra fenomenológica, de carácter ancestral y transgeneracional, sustrato que demuestra esta investigación, que en parte ya hemos abordado.

Biológicamente el término "programación" postula que determinados estímulos presentes durante períodos críticos del desarrollo van a tener un profundo impacto [(159)]. La vida fetal es una de las etapas críticas de mayor plasticidad, ya que en esta se forman y maduran la mayoría de los órganos y tejidos [(160)].

Cuando un bebé en desarrollo carece por ejemplo de nutrientes esenciales como el oxígeno, el cerebro y el corazón lo recibirán a expensas de otros órganos, como el hígado, el páncreas y los riñones. En consecuencia, esos órganos puede que no crezcan hasta el tamaño normal ni logren funcionar correctamente, dando lugar

a una alteración permanente que puede incrementar el riesgo de contraer ciertas enfermedades no transmisibles más adelante.

La teoría de la programación fetal fue formulada durante la década de los 90 en base a los estudios sobre nutrición de David Barker. Este médico epidemiólogo completó en 1966 su tesis doctoral sobre las influencias prenatales y el retraso mental, la cual sería precursora de sus investigaciones y teoría posterior [161]. No obstante, no fue sino hasta finales de los 80 cuando Barker realiza junto a Osmond la primera investigación que asocia el desarrollo fetal con la emergencia de enfermedades coronarias en la vida adulta [162]. A partir de allí, toda su carrera investigadora se centró en comprobar su hipótesis. Posteriormente, Barker y su equipo de investigadores asociaron la desnutrición o malnutrición prenatal y el consecuente bajo peso al nacer con otras patologías médicas en niños y adultos como hipertensión [163, 164, 165, 166], el derrame cerebral [167, 168], la diabetes, la obesidad [169,170] y la hipercolesterolemia [171, 172]. Antes de su muerte en 2013, Barker junto a sus colaboradores publicaron lo que consideran como programación fetal en los siguientes términos [173]:

> *"es un proceso por el que la expresión génica en el feto es influenciada por el ambiente intrauterino, de tal modo que la estructura de la mayoría de los órganos y la homeostasis de los sistemas metabólicos y endocrinos se establece para la vida futura."*

Los factores que inducen a la programación fetal son variados destacándose: la nutrición materna, la exposición a hormonas esteroideas, la presencia de patologías durante el embarazo, como diabetes gestacional y pre-eclampsia y el

estrés materno, los cuales han demostrado tener efectos a largo plazo en la función metabólica, cardiovascular, reproductiva y neurológica en la vida postnatal.

Si el bebé intrauterino por ejemplo se desarrolla en un ambiente estresante se prepara para enfrentarse a un mundo estresante y, por tanto, su nivel de vigilancia respecto al medio va a aumentar generando un adecuado ajuste psicológico respecto al entorno [174]. Los problemas surgen cuando las amenazas son continuas e intensas generando desajustes en el organismo. El aumento de estrés prenatal puede desencadenar un parto prematuro y, en consecuencia, bajo peso al nacer. Estas condiciones se han relacionado en muchos estudios con problemas de depresión, ansiedad y dificultades del aprendizaje [175].

Como conclusión, la evidencia epidemiológica y experimental muestra que individuos expuestos a ambientes intrauterinos adversos durante la gestación presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas obesidad, dislipidemia, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial siendo la programación fetal la condicionante de esos eventos nosológicos que van a incidir en el normal funcionamiento de diversos órganos y tejidos.

### 3.4 El Método: Modelo Integral Holónico

En la búsqueda afanosa de la verdad, hay quienes atribuyen al modelo empírico analítico, propiedades únicas y exclusivas como farol guía en cualquier investigación que se pretenda realizar. Como contrapartida otros modelos epistémicos son ignorados o simplemente son calificados como parciales, incompletos, estrechos y superficiales, quizás por tratar de comprender una realidad

determinada, en vez de medirla o cuantificarla. Entre ambas perspectivas surge Ken Wilber, quien mediante el enfoque integral holónico aborda bajo una visión coherente, las verdades procedentes de la física, la biología, las ciencias sociales, las ciencias sistémicas, el arte, la estética, la psicología evolutiva y el misticismo contemplativo. Logra unir la ciencia con espiritualidad, lo tangible con lo intangible, incluyendo el mayor número de estilos y metodologías. En este aparte estaremos analizando el modelo integral holónico el cual, al ser un metaparadigma emergente integra y auspicia la unidad en la diversidad, mediante un lenguaje articulado entre lo cualitativo y lo cuantitativo, teniendo gran utilidad en el campo de la investigación científica (176).

### 3.4.1 Ken Wilber, creador del modelo.

Kenneth Earl Wilber Junior (Ken Wilber) es un filósofo y místico, que nació el 31 de enero de 1949 en la ciudad de Oklahoma, Estados Unidos. Sus investigaciones se han centrado principalmente en la creación de una "teoría integral del conocimiento", en la cual se funden las visiones del misticismo, el posmodernismo, la ciencia y otros sistemas teóricos, para formar una idea coherente del Cosmos. A los 23 años, en 1977, escribió su primer libro, "El espectro de la conciencia", que tuvo gran acogida y estableció su reputación, como un pensador original. De allí que con el transcurrir del tiempo, es considerado por muchos, como el "Einstein de la conciencia" es un gran teórico de la Psicología transpersonal, y su obras abarcan diversas ramas del saber, que lo convierten en uno de los filósofos occidentales más leído e influyentes de nuestro tiempo, creador de un paradigma que une la ciencia y la religión, la ciencia con la espiritualidad, relacionando,

integrando y sintetizando todos los descubrimientos y conocimientos realizados por la humanidad, organizándolos en un orden epistemológico coherente [176].

Ha escrito más de 20 libros y en vida ha visto la publicación de sus "obras completas" en las cuales se esboza la evolución de su pensamiento a lo largo de más de 40 años [177].

Para crear su modelo, se ha nutrido de las aportaciones de la física, la biología, la medicina, la neurofisiología, la bioquímica, las teorías sistémicas, la teoría del caos, el arte, la poesía, la estética, la Psicología evolutiva, el psicoanálisis (desde Freud hasta Lacan), los teóricos de la gran cadena del ser y del conocimiento desde Aristóteles, Platón y Plotino en Occidente hasta Shankara, Lao Tsé y Nagarjuna en Oriente, los filósofos modernistas desde Descartes y Locke hasta Kant, los filósofos idealistas desde Schelling hasta Hegel, los posmodernistas desde Focault y Derrida hasta Taylor y Habermas, los grandes movimientos hermenéuticos desde Dilthey hasta Heidegger y Gadamer, los pensadores de los sistemas sociales desde Comte y Marx hasta Parsons y Luhmann, generando un auténtico y verdadero compendio caracterizado por ser integrador, inclusivo y equilibrado [178].

Al lograr valorar el cuerpo, la mente y el espíritu combinándolos con el yo, la cultura y la naturaleza [179] ha gestado un modelo que apunta a ser una teoría de todo, de carácter no reduccionista, sin privilegiar los sistemas físicos, la mente, el idealismo subjetivo, o las creaciones culturales, que si bien pudieran ser irreductibles en sí mismo, en su conjunto son mutuamente compatibles. Por eso, su

creación es en realidad una meta-teoría o teoría que incluye a toda teoría válida, mostrando un patrón común a todo tipo de cosa o fenómeno, ocasión, evento u objeto.

Todo conocimiento revelado es el resultado de un nivel de capacidad de interpretación de la conciencia combinado con el método específico utilizado. En este sentido, todas las variedades de conocimiento natural, espiritual, cultural, y psicológico se pueden incluir considerando que los paradigmas que los identifican son verdaderos pero parciales y se pueden incluir en un todo.

### 3.4.2 Lo integral del enfoque.

Enfoque es una palabra que se emplea en el idioma español para hacer referencia a la acción y a la consecuencia de enfocar. Este verbo, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [(180)], lo define como la acción de conducir la atención hacia un tema, cuestión o problema, desde unos supuestos desarrollados con anticipación, a fin de resolverlo de modo acertado. En opinión del epistemólogo Bunge [(181)], un enfoque es una manera de ver las cosas o las ideas y en consecuencia sirve también, para tratar los problemas relativos a ellas. El concepto "Integral" según Visser [(182)], es referido a todo lo que es comprehensivo, inclusivo, equilibrado, abarcador y no marginador. De manera que el enfoque integral como filosofía, en el campo del saber, une el mayor número de perspectivas, estilos y metodologías en una visión coherente convirtiéndose en un metaparadigma.

Comenta Wilber la motivación que tuvo al crear este enfoque [183]:

> *"…en lugar de tratar de determinar qué enfoque es correcto y cuál erróneo, partimos de la premisa de que todos son verdaderos pero parciales y, en consecuencia no pretendo elegir uno y desembarazarse de los demás, sino que busco el modo de articular las distintas verdades fragmentarias presentadas por todos ellos……"*

En conclusión un enfoque integral, es una manera de relacionar, integrar y sintetizar todos los descubrimientos y conocimientos realizados por la humanidad en un orden epistemológicamente coherente, a pesar de sus distintos aspectos y complejidad.

### 3.4.3 Lo holónico del modelo.

Primeramente aclaremos dos términos que impresionan ser sinónimos. El termino holístico supone que todas las propiedades de un sistema no pueden ser determinadas o explicadas como la suma de sus componentes. En otras palabras, el sistema completo se comporta de un modo distinto que la suma de sus partes. En cambio la palabra holonico proviene de la unión de dos vocablos griegos "holos" que significa totalidad y el sufijo "on" elemento o parte. La unión de ambos vocablos genera el término "Holón", acuñado por Koestler [184], para referirse a aquello que siendo una totalidad en un contexto, es simultáneamente una parte en otro contexto. Por ejemplo, un quark está contenido en un átomo; cuando esta solo es totalidad, pero en el átomo es parte. El átomo está contenido en una molécula, una molécula está contenida en una célula y una célula está contenida en un organismo. Las partes se relacionan horizontalmente pero son trascendidas

verticalmente e incluidas por unidades organizativas, más completas que a la vez son partes, de una totalidad aún más inclusiva. Debido a su incompletud, los holones tienden a asociarse en su propio nivel o a auto trascenderse asociándose con un todo más inclusivo, formando niveles jerárquicos. Las organizaciones estructurales que simultáneamente son partes y totalidades unifican todo tipo de expresión y conocimiento que puede ser definido dualmente como evento, fenómeno subjetivo u objetivo, y objeto de estudio.

Hoy en día, la realidad está conformada por holones. En tal sentido, Wilber acomoda todos los holones del universo en cuatro cuadrantes (subjetivo, intersubjetivo, objetivo, e inter objetivo) que representan diversas maneras de observar la realidad y que son inseparables en cualquier individuo y además permiten identificar con claridad y con relativa simplicidad todas las correlaciones existentes en cualquier área del conocimiento que aparentemente no parecen estar relacionadas entre sí.

Las anteriores consideraciones llevaron al Dr. Jesús Leal Gutiérrez a incorporarle el término holonico al modelo que originalmente se identificaba como enfoque integral quedando como en la actualidad se le conoce: Modelo integral holónico.

### 3.4.4 Los cuatro cuadrantes.

La idea de que la naturaleza se encuentra jerárquicamente estructurada no es reciente y varios teóricos como son Stephen Jay Gould, Francisco Varela y Ernest Mayr, lo han señalado con anterioridad. Schumacher [(185)], ha referido la necesidad

de una mirada jerárquica de la realidad, que reconozca los distintos niveles de la existencia, materia, vida, y conciencia de uno mismo, y además vislumbra cuatro esferas de conocimiento distintas: a) las experiencias internas propias, o b) las experiencias internas de los otros, c) nuestra apariencia visible externa y d) la apariencia externa visible de los otros.

Wilber aplica dicha cuadratura, para crear su modelo, conformando los cuatro cuadrantes o el gran tres. La estructura cuaternaria del gran tres se compone de las siguientes esferas: intencional, cultural, conductual y social. Estos aspectos se enriquecen en una matriz en donde se cruzan con los aspectos exterior u objetivo e interior o subjetivo. Estos cuatro cuadrantes se complementan con el fin de proporcionar un entendimiento holónico de cada fenómeno [(186)].

La utilidad de los cuadrantes radica en que sirven para generar una comprensión ordenada, relacional y abarcativa de una inmensa cantidad de datos, procedentes de los diversos campos del conocimiento hasta ahora existentes. Un investigador no puede aproximarse a la verdad, únicamente bajo la óptica del paradigma positivista como el determinante de todo, ni todo puede ser regido completamente por la cultura en que se viva, ni que el aporte social sea el condicionante en su modo de pensar o que el modo de pensar y sentir sea independiente del entorno en cual este inmerso. Es todo lo contrario. Todos esos elementos pueden relacionarse profundamente e influenciarse los unos sobre otros, de manera dinámica, determinándose mutuamente. Los cuadrantes deben verse como un complemento, que va a enriquecer la comprensión del conjunto. Ellos van

a representar los aspectos interior y exterior, singular y plural, de todos los holones [187].

### 3.4.5 Lo general de los cuadrantes.

#### 3.4.5.1 Lo interior y lo exterior.

El enfoque exterior es aquel que da primacía a los hechos observables, objetivos, empíricos y cuantificables. Este enfoque exterior considera que el mundo físico y empírico es lo fundamental y exige, en consecuencia, que toda teorización se refiera a lo observable [188]. Esta visión se encuentra representada en diversos campos del conocimiento, entre las que se destaca la medicina.

En relación al enfoque interno, interesa mencionar, que éste conjuga y otorga relevancia a la inmediatez de la conciencia, ya que considera que la experiencia interna, constituye una experiencia genuina, de allí que se denomine introspectivo e interpretativo. Dicha postura no niega la existencia de los referentes empíricos de la experiencia consciente, mas no se circunscribe a ellos. El acento no está puesto tanto en el comportamiento sino en el significado y la interpretación de los síntomas, signos y símbolos psicológicos. Este enfoque interno o subjetivo contempla la Psicología, y la mayoría de sus corrientes como lo son el psicoanálisis, la psicología jungiana, la Gestalt, la postura fenomenológica existencialista y la psicología humanista y las constelaciones familiares entre otras.

#### 3.4.5.2 Lo individual y lo colectivo.

Los enfoques interior y exterior pueden subdividirse en los aspectos individual y colectivo dado que todo evento puede ser abordado, desde una

perspectiva interna-externa así como desde una postura individual o colectiva. La vinculación entre dichos aspectos se hace patente, si consideramos que la comunidad cultural impone un determinado sustrato intrínseco, un contexto, a cualquiera de los pensamientos individuales [189, 190], que algún ser humano tenga. Los pensamientos surgen dentro de un amplio espectro de prácticas, lenguajes y significados culturales, los cuales dan la posibilidad de expresión de los pensamientos individuales.

Wilber considera lo cultural, como el conjunto de significados, valores e identidades interiores que se comparten, con quienes participan de una comunidad [189] idéntica o similar, ya sea una tribu o una nación. Por otra parte, toda la carga cultural, no es algo inmutable e independiente, dado que porta elementos materiales en donde hace su emersión y expresión. Todo evento cultural tiene su correlato social concreto.

Los cuatro enfoques (interior, exterior, individual y colectivo) tienen un entramado relacional de modo que cada evento de alguno de esos aspectos, tiene un correlato en los demás. En otras palabras, lo individual tiene las facetas de intencional (interior) y conductual (exterior), mientras que lo colectivo asume los rostros de lo cultural (interior en tanto existen culturas específicas) y lo social (externo).

El modelo de los cuatro cuadrantes trata de mostrar que cada faceta es importante por lo que la real comprensión de cualquier investigación que asuma este enfoque, requiere de todos los cuadrantes si se aprecia integral. Un cuadrante

no es mejor que otro. Si se privilegia uno de ellos se está sesgando el conocimiento. Hay que considerar que los cuadrantes no son un simple eclecticismo, tan solo es un modelo para interpretar la realidad.

### 3.4.6 Lo particular de los cuadrantes.

El primer cuadrante o cuadrante superior izquierdo (ver figura 2), es el intencional, hace referencia a la experiencia individual vista desde el interior. En él se incluyen diferentes percepciones, sentimientos, emociones, pensamientos [(186)] así como impulsos y motivaciones [(190)], es decir toda experiencia fenomenológica, debidamente descrita desde el lenguaje del "yo".

El segundo cuadrante o cuadrante superior derecho (ver figura 2), conocido como cuadrante conductual, hace referencia a la experiencia individual vista desde el exterior. Se incluyen diferentes estructuras y procesos que pueden ser observados, determinados y medibles [(186)].

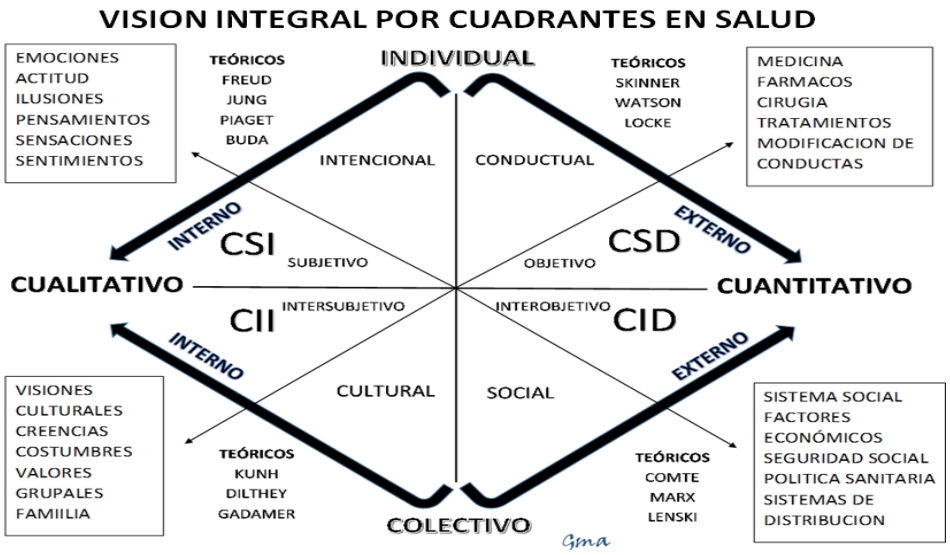
El tercer cuadrante o cuadrante inferior izquierdo (ver figura 2), es el cuadrante cultural. Este hace referencia a la experiencia colectiva vista desde el interior, es decir, al conjunto de significados, valores, costumbres, creencias, perspectivas e identidades compartidas por una comunidad. Es fenomenológico. Se describen en un lenguaje de "nosotros" y se pregunta por la calidad de las relaciones interpersonales. También incluye la intersubjetividad que emerge entre el terapeuta y el paciente [(186)].

Finalmente, el cuarto cuadrante o cuadrante inferior derecho (ver figura 2), hace referencia al cuadrante social, perspectiva sistémica colectiva vista desde el

exterior. En él se incluyen los aspectos objetivos de un sistema y la complejidad de las interacciones entre sus partes [186]: el sistema económico, sus recursos, la medicina, educación, oportunidades de empleo, sistema de transportes, el sistema político y la planeación de la ciudad, como por ejemplo sistema arquitectónico, parques, zonas públicas, carreteras [190, 191].

Es preciso aclarar que estos cuadrantes, aunque tienen una ubicación particular, no tienen un orden normativo y pueden ser estudiados en cualquier orden. Además dentro del concepto salud y enfermedad la utilidad del enfoque de los cuatro cuadrantes no tiene precedentes.

Figura 2




Fuente: Elaboración propia [177]. (Medina. 2018)

### 3.4.7 La medicina desde los cuatro cuadrantes.

La medicina ortodoxa o convencional se ha encargado principalmente de estudiar, entender y construir herramientas (medicamentos, cirugías, modificación conductual) desde el cuadrante conductual, trabajando completamente con el cuerpo y la enfermedad física. Sin embargo disciplinas como la psiconeuroinmunología han demostrado que las emociones, la actitud, la imaginación y las intenciones también juegan un papel importante tanto en las causas como la cura de las enfermedades físicas y por tanto el cuadrante intencional se convierte en un ingrediente importante para entender la medicina [(192)].

Así mismo los valores culturales y las creencias (cuadrante cultural) frente a una determinada enfermedad pueden influenciar el curso de la misma. Interesa precisar como la familia enfrenta cualquier enfermedad que afecte a uno de sus integrantes, que creencias puedan imponer. Wilber afirma [(192)] que es la ciencia es quien nos dice cuándo y cómo padecemos una dolencia, pero es la cultura quien nos dice cuándo y cómo estamos enfermos.

Por ello se ha indicado que cuando una dolencia se enfoca desde la comprensión, el apoyo social y respeto, esta se convierte en un desafío, una oportunidad de crecimiento y por tanto tiene mayores posibilidades de curación. Sin embargo cuando ocurre lo contrario y no se ha enfocado desde lo positivo sino desde lo negativo, basado en el miedo y la ignorancia, puede hacer que el individuo no solo padezca una dolencia curable en la mayoría de los casos, sino que viva con una enfermedad cargada de juicios morales erróneos el resto de su vida. De cierta

manera es nuestra necesidad de buscar el significado y el sentido de las cosas lo que ha llevado a la sociedad, a partir de sus narraciones, valores y significados, a darnos respuestas del padecimiento y son los médicos quienes en varias ocasiones se ven obligados a actuar como manipuladores del significado de la enfermedad, impregnando en el padecimiento una carga de mitos y creencias [(192)].

Finalmente los factores económicos, materiales y sociales también cobran relevancia ya afectan de igual manera tanto la causa como la cura de la enfermedad [(191)]. En conclusión es invalorable y alta mente predictivo desarrollar los conceptos de salud y enfermedad utilizando este enfoque.

### 3.4.8 El Abordaje Integral y la Triangulación.

El abordaje integral se logra [(193)], cuando se describe y valora, todo un conjunto de elementos entre los que se destacan, además de los aspectos cuantitativos y cualitativo, expresado en él, cómo se siente el paciente, la manera como se percibe y aquello que cree que lo perturba. Entre más información se recolecte del consultante, más herramientas tendrá el investigador, para entender en profundidad al paciente. Este abordaje deberá incluir lo que el paciente considera es el problema y lo que puede ayudarlo, la percepción que tiene el investigador del problema y lo que él considera podría ser el curso de una terapia para concluir en una negociación del proceso entre los dos puntos de vista.

Un proceso investigativo, en el cual se utilice epistemológicamente, el modelo integral de Ken Wilber, el punto culminante se genera, cuando se logra determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes

apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista de un mismo fenómeno. Es lo que Denzin [194] ha denominado triangulación, que se define, como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular [195]. Al triangular una vez identificadas las coincidencias y complementariedades de las dimensiones estudiadas, el siguiente paso es el enunciado teórico que conduce a la creación una teoría, aspecto por demás importante y relevante, ya que le otorga a la investigación el carácter innovador.

### 3.5 La Herramienta: Las Constelaciones familiares.

Antes de analizar las constelaciones familiares en su contexto, es imperativo considerar una serie de conceptos que en su conjunto van a permitir lograr un mejor entendimiento de esta psicoterapia fenomenológica.

#### 3.5.1 La familia.

La familia es la célula fundamental de la sociedad, considerada como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan. Sus miembros cumplen roles y funciones que son los que le van a permitir relacionarse con otros sistemas externos, tales como la comunidad, el trabajo, la escuela, etc.

Es dentro del grupo familiar en donde se van a aprender los valores y se transmite la cultura. También se definen las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la organización familiar. La asignación de roles familiares es un

proceso inconsciente que tiene como misión mantener la estabilidad del sistema familiar.

### 3.5.2 Enfoque sistémico familiar.

En los últimos años, los enfoques sistémicos han desarrollado una nueva concepción: la familia como sistema. La familia es un sistema que se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo [(196)]. Este concepto, implica que las relaciones familiares son circulares, es decir, que los miembros de la familia se influyen mutuamente unos sobre otros. En ese sentido una familia no es una suma de personas, ya que al formar una totalidad, adquieren cualidades diferentes a las que se aprecian en cada uno de sus miembros como unidades.

Todo sistema familiar surge como una unidad conyugal vital, en la que se conjuga la aportación de cada uno de los miembros de la pareja con las presiones e influencias que ejercerán tanto las respectivas familias de origen como el entorno sociocultural en que se van a desarrollar [(197)].

Dentro de cada sistema familiar pueden distinguirse subsistemas u holones conformados por niveles de funcionamiento que entrañan una jerarquía inherente al orden en que se suceden temporal y relacionalmente [(198)]. El holón individual, viene dado por los contenidos individuales que aporta cada miembro de la familia. Incluye el concepto de sí mismo en el contexto familiar y contiene los determinantes personales e históricos de cada individuo, que se vierten en la trama relacional de la familia; mientras que a la vez, las interacciones específicas con los demás

moldean y/o refuerzan los aspectos de la personalidad individual de sus miembros. El holón o subsistema conyugal, abarca específicamente las relaciones hombre-mujer, entre esposo y esposa [199].

Según Hellinger [23, 200], el principio que determina la armonía en el holón conyugal es el equilibrio. Para la armoniosa integración de la familia y la interiorización de formas funcionales de socialización, es fundamental que cada miembro ocupe su lugar, ubicándose en el orden que le corresponde para desempeñar el rol que le toca como padre, madre, hermana mayor o hermano menor. Ello dependerá, de que en la familia se respete la ordenación jerárquica de sus miembros, que se establezcan reglas de relación y que los límites entre los subsistemas familiares se encuentren bien diferenciados.

Cuando nace o cuando muere un miembro de la familia, su lugar debe ser siempre respetado; incluso, si aún no ha nacido, o si no pudo nacer, ya que desde el momento de la concepción, o más exactamente, desde el momento en que se sabe de la gestación de un nuevo ser, sus familiares ya hacen un espacio para él o ella, en la familia. Si este espacio no es respetado, generaciones presentes o sucesivas pueden verse afectadas ya que surge una suerte de ajuste de cuentas, que tiene un alcance transgeneracional en los escenarios familiares futuros [200].

### 3.5.3 Los Memes y la memética.

Si los genes transmiten las características biológicas, los memes transmiten las características psicoculturales, por ser unidades o patrones de información que pertenecen a la mente colectiva, los cuales además, contienen instrucciones de

comportamiento, que van a invadir la mente individual, a partir de la cual podrán reproducirse. Los genes se trasmiten en vertical (de padre a hijo y así sucesivamente) y los memes lo hacen en horizontal, de una persona a otra, de una cultura a otra, en un mismo tiempo.

El concepto meme fue propuesto por Dawkins [(201)], y encierra un conjunto de ideas, conocimientos, comportamientos, valores y normas que pueden ser transmitidos de un individuo a otro. Son replicadores autónomos, capaces de propagarse de una mente a otra de una manera similar a como lo hace una infección vírica en los organismos. Dawkins inaugura, frente a la visión holística propia de los científicos sociales, una concepción atomista de la cultura. La cultura se analiza como un sistema de herencia, con analogías y diferencias con la herencia genética. La evolución cultural se estudia de una manera análoga a la evolución biológica, en la que los memes ocupan el lugar de los genes. Los caracteres culturales son transmitidos-replicados mediante aprendizaje social. Las restricciones biológicas en el aprendizaje, aunque se admiten, no se consideran relevantes en los modelos de transmisión.

El estudio de cómo se propagan los memes, ha dado origen a la Memética, ciencia resultante, de una aproximación multidisciplinar, en la que encajan la Biología Evolutiva, la Ciencia Cognitiva y la Psicología Evolutiva [(19)]. La memética es una forma de entender la evolución cultural.

El ser humano es un ser en relación a otros, y puede tener deudas y recompensas, aun antes de nacer en la familia a la que pertenece. Los sistemas

familiares están interrelacionados en grandes campos de emociones, de pensamientos y de dinámicas inconscientes. Sheldrake [202], observó los campos morfogenéticos, en los sistemas familiares, en la cual existe una clase de memoria en la naturaleza. En todos los sistemas de la naturaleza existe esta memoria colectiva y a través de ella se transmite la información. No solo las leyes naturales conocidas son las responsables de diversos sucesos y comportamientos de los sistemas.

Al respecto se han realizado diversos experimentos que comprueban que cuando cierto número de individuos han aprendido ciertas habilidades, automáticamente se hace más fácil el aprendizaje para otros nuevos individuos. Esto es debido a la memoria de la naturaleza o lo que se llama resonancia mórfica, y esta se da más fácilmente entre individuos del mismo grupo, por ejemplo en las familias, especialmente entre gemelos idénticos. La resonancia mórfica funciona a través de los campos mórficos.

Muchos animales tienen campos mórficos en sus grupos y estos campos coordinan el comportamiento de las manadas por ejemplo, los bancos de peces las migraciones mariposas o aves, los cuales se mueven tal como si se tratase de un solo organismo, no se observa ninguna torpeza en sus giros o movimientos y jamás tropiezan porque todos están conectados a un campo único. En la especie humana observamos la operación de este campo por ejemplo en la telepatía, también existe entre razas distintas como por ejemplo cuando un perro detecta la llegada de su amo.

En el inconsciente colectivo se observa que existe entre grupos similares, como por ejemplo en los países, es otra forma de campo módico, del mismo modo en los campos familiares. El campo que una persona trae de su familia de origen, a una nueva relación, cuando forma una nueva familia, se une al campo mórfico que viene de la otra familia de la otra persona, luego estos campos interactúan y son llevados a la próxima generación.

Una de las implicaciones más importantes que esto tiene a nivel moral, es hacernos conscientes de la importancia de nuestros pensamientos en los miembros de nuestra familia y en general en la sociedad. Es una forma de telepatía, tal vez inconsciente, no dirigida, pero nuestros pensamientos están en nuestro campo interactuando y comunicándose a los miembros de nuestra familia, y eso hace que pensemos en la responsabilidad que tenemos ante la sociedad y la familia en procurar controlar nuestras actitudes y pensamientos conscientes a fin de mejorar la calidad del campo, mejorando así también la calidad de lo que transmitimos consciente e inconscientemente a los demás.

El individuo al nacer, trae deudas de sus ancestros y son inconscientes. Esas deudas provienen de sus sistemas familiares de origen paterno y materno. Hacerlas conscientes podría evitar o prevenir la aparición de una serie de trastornos y enfermedades.

### 3.5.4 Las lealtades invisibles y los movimientos del espíritu.

Dentro del estudio de la Teoría General de Sistemas y más específicamente en el del enfoque sistémico familiar se han descubierto dos importantes pautas de

conducta inconsciente que dan cohesión y fuerza a todo sistema: La pertenencia y la lealtad.

La Lealtad dentro del enfoque sistémico se entiende como: un sentimiento de unidad y compromiso que agrupa, principalmente, necesidades, expectativas, exigencias y límites de un sistema, así como también los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada uno de sus integrantes.

El concepto de lealtades invisibles [(21)], tema esencial de la obra de Boszormenyi-Nagy, se define como una fuerza, que hace mover a la persona hacia una dirección determinada, sin estar consciente del porque lo hace. Es en otras palabras es aquella lealtad inconsciente hacia un ancestro, que nos impulsa a repetir una conducta de un modo ciego, sobre el que no tenemos el menor control. Da lo mismo si esa persona ha muerto hace mucho o poco tiempo, si sigue viva, si nos caía bien o mal, si tuvimos mucho o poco contacto con ella, si sabemos algo de su vida. La lealtad a esa persona nos impulsa a repetir conductas que esa persona llevaba a cabo, o lleva aún a cabo en su vida si sigue con vida e incluso muy habitualmente nos hace repetir literalmente, su vida entera como si fuera una gran historia que se perpetúa. Por ejemplo, una mujer fue infeliz en el amor, sus hijas repiten esa infelicidad con recurrentes fracasos en su vida de pareja. El mensaje de la lealtad es el siguiente: si mi madre no fue feliz, nosotras no tenemos derecho a serlo.

Según los últimos estudios científicos, nuestro inconsciente recuerda todo, absolutamente todo sobre el árbol familiar hasta la séptima generación, conoce toda

la historia de la familia, los secretos, las verdades, las mentiras, lo que ha sido ocultado por uno o varios miembros, lo que todos o casi todos ignoran, lo que se ha escondido u olvidado, lo que es evidente y lo que no lo es. Si hubo crímenes, abandonos, infidelidades, traiciones o graves atentados a la dignidad de las personas, tu inconsciente lo sabe todo.

Las Constelaciones familiares se apoyan en las lealtades invisibles y establece que los miembros de una familia, al pertenecer a un grupo similar, tienen una memoria de sus antepasados. Esta memoria está en el campo familiar, o en el ya mencionado campo mórfico, así se considera que inconscientemente muchos de nuestras situaciones de vida, enfermedades, conflictos no resueltos, etc., pueden tener sus orígenes en información existente en este campo familiar y esta información que es inconsciente nos lleva a actuar de la misma forma, sin que podamos en muchos casos hacer nada al respecto.

Las constelaciones familiares surgen para sanar esos campos dándole el lugar que le corresponde a los excluidos, haciéndonos conscientes de cosas que aún no hemos podido ver y simplemente ordenando lo que no está en el orden que le corresponde. Todo lo anterior es algo que se da en la consciencia y eso es algo que solo el espíritu puede hacer. Ningún terapeuta puede hacerlo por sí mismo sino como canal del espíritu.

El movimiento del espíritu [(25)], es algo natural, algo fuera del control, es la intensión, el juicio o la mente humana con todas las exclusiones que hacemos. El espíritu es absoluto, por lo tanto lo une todo, no excluye a nadie ni a nada. Es el

espíritu el que lo gobierna todo en la naturaleza, es la ley de todas las cosas, pero los seres humanos a veces, no seguimos los movimientos del espíritu, juzgamos a los demás, entonces los rechazamos, los excluimos desde nuestro corazón, deseamos no ser como ellos y creemos que somos mejores, no les damos espacio para ser lo que son, no los comprendemos. Se convierten estos en los excluidos en las familias. Cuando esto ocurre, como el espíritu jamás abandona a ninguna criatura ni a los sistemas a los que pertenecen, entonces busca formas de compensar de manera natural estas exclusiones, sin intensión, tan solo es la naturaleza y la ley del espíritu.

Así es como las personas se enferman, sea física, mental o emocionalmente. Es decir el espíritu ordena todo de forma natural, así todo pasa por amor del espíritu y todo es justo. Cuando ocurre la constelación el movimiento del espíritu viene a ser la acción del espíritu sobre la constelación familiar, es un movimiento de reacomodo, en algunas ocasiones es sanador si el paciente así lo necesita y si es bueno para él, eso solo puede saberlo el espíritu, y es este espíritu dentro del cual todo se encuentra el que otorga los movimientos que se observan durante la constelación, a veces se acercan unos a otros, otras veces te llevan a ver, te muestra lo que ha ocurrido, lo que el otro está sintiendo en su alma, lo que tú debes ver como paciente.

El espíritu otorga consciencia, despierta, sana total o parcialmente, pero indudablemente algo se mueve y aunque no sea una sanación total, el espíritu te lleva un paso más allá en cualquier proceso de nuestra vida que estemos atravesando en el momento de la constelación. Sanando la causa del desorden, reconociendo al

excluido, y permitiéndole tener su lugar en nuestro corazón es cómo podemos sanar. Aquí ocurre la compensación.

### 3.5.5 Las Constelaciones familiares.

Es una psicoterapia que le da especial importancia a como se relacionan las personas de un mismo sistema, en este caso la familia. De allí que sea una herramienta de aproximación sistémica y fenomenológica útil para la resolución de conflictos y la restauración del orden y el equilibrio en la familia y en distintos grupos humanos.

Los grupos humanos se rigen por leyes y patrones innatos o leyes biológicas, a los cuales se agregan todos aquellos que se van construyendo, en la interacción cotidiana dentro de las familias. Éstas construyen leyes y principios legales y morales que rigen la interacción de sus núcleos con las de otras familias, llegando a crear las leyes sociales que permitirán un funcionamiento acorde con las necesidades particulares y grupales. Por encima de estas, se encuentran las leyes espirituales o códigos de vida que no dependen de nosotros, sino de un orden mayor [(20)].

El conjunto de leyes naturales, familiares, sociales y espirituales que rigen el funcionamiento de los núcleos humanos, es lo que Hellinger [(24)] llama los órdenes de amor. Cuando algunos de estos órdenes se trasgreden, se crea un desequilibrio o desarmonía en el alma familiar, apareciendo y manifestándose los síntomas de disfuncionalidad en generaciones posteriores. Estos desequilibrios se pueden

presentar como: enfermedad emocional, depresiones, síntomas de ansiedad, tristeza, miedo entre otras.

Esta interesante herramienta está basada en una serie de conceptos teóricos y prácticos desarrollados por Bert Hellinger filósofo, teólogo psicoanalista y psicoterapeuta alemán, quien durante 16 años trabajó como misionero de una orden católica en Sudáfrica, el cual luego de transitar, por diversas terapias como la Dinámica de Grupo, la Terapia Primaria, el Análisis Transaccional y diversos métodos de Hipnoterapia, llegó a desarrollar su propia terapia sistémica y familiar conocida hoy en día como constelaciones familiares.

Hellinger parte de la idea sistémica de que el individuo es un ente grupal. De esta manera, para la existencia de un hijo es indispensable la existencia de unos padres y para la existencia de estos padres, fue indispensable a su vez la existencia de los suyos propios y así podríamos irnos hacia atrás en el tiempo hasta el mismo comienzo de la creación de la vida. Cada persona es el final de una pirámide de muchos seres humanos que han sido indispensables para su existencia. Cada nuevo vínculo enriquece los sistemas ya existentes, ampliando la historia y siendo responsable de acuerdo a su concordancia con las leyes de la vida y de su núcleo social, del gradiente de nutrición y de salud de las generaciones presentes y futuras.

Los sistemas familiares son sistemas abiertos que tienden a autoregularse para asegurar su supervivencia, pero que a su vez se nutren, interactúan y se vinculan con otros sistemas familiares, llegando a constituir clanes, grupos, comunidades, sociedades, naciones, todos ellos enriquecidos por innumerables

virtudes, pero a su vez obstruidos por los innumerables conflictos que se van tejiendo a lo largo de los años.

Formamos entonces parte del alma y del destino de muchas personas con las cuales estamos de alguna manera directamente relacionados. Es a esto lo que se llama el alma Familiar. Es un alma que es arte y parte de una historia, que se hereda de generación en generación y que marca a cada ser humano de una manera particular. Somos parte del campo morfogenético de nuestra especie y particularmente del campo morfogenético de nuestra familia. Allí se alberga toda la información de nuestra historia familiar la conozcamos o no. Estemos conscientes o no de ello. Esta historia está impresa en nuestras células conllevando un orden que permite que la vida fluya a través de nosotros.

**3.5.5.1 Aspectos epistemológicos.**

La filosofía que subyace en la práctica de las constelaciones familiares es la fenomenología, entendiéndose ésta, como un sistema filosófico coherente que tiene sus orígenes formales en la obra de Edmund Husserl. Desde esta corriente filosófica, el hecho básico que implica su intencionalidad es el fenómeno.

Entendemos por fenómeno la apariencia o forma específica en que el objeto se presenta a sí mismo de forma inmediata en la conciencia del observador, sin interpretar, sin intervenir por parte del observador. Por lo tanto, la concepción fenomenológica de lo real es relacional, ya que asume que la realidad debe ser entendida como una co-construcción que se produce entre observador y observado [(203)]. Es dirigir la mirada al conjunto, asimilando simultáneamente todos los

fenómenos que ante ella se extienden [23], con una actitud muy abierta al fenómeno que ocurre sin preguntar el por qué ocurre. Sin importar la esencia del fenómeno, o que leyes lo gobiernan. De manera que el método fenomenológico se basa en la descripción de la experiencia inmediata tal y como aparece en el presente.

Para Hellinger [23] se trata de percibir lo esencial de entre la gran variedad de fenómenos, exponiéndose a ellos con la mayor superficie de nuestro ser. Lo esencial así surge de lo oculto, y siempre sorprende y sobrepasa aquello que podríamos imaginarnos, partiendo de premisas o conceptos preconcebidos. Bajo este enfoque el terapeuta entra a constelar a sus pacientes, sin intenciones, con una mente libre de prejuicios; el terapeuta se centra en sí mismo. No importa demasiado lo que diga el paciente, el terapeuta está libre de temor a lo que se pueda pensar, confiando en lo que el movimiento del espíritu le muestra.

Es tan libre y natural el enfoque fenomenológico que el terapeuta ni siquiera tiene intensión de curar a su paciente, más bien, entra abierto a la sabiduría del espíritu, que será quien señale el camino, será quien de la sanación si eso es lo pertinente; si hay sanación durante la terapia, él sabe que no ha sido su obra, pues el termina siendo solo un canal para el espíritu al que todo está unido. Por eso confía. Si el paciente lo acepta lo que ve y percibe, tal como, es el movimiento del espíritu que lo lleva hacia la sanación, al hacer consciente lo que inconscientemente desconocía. Esa consciencia poco a poco es llevada no solo a la familia sino también a las otras familias a las otras personas.

A los seres humanos nos fue dado el libre albedrio para seguir los movimientos del espíritu, después de todo: ¿a qué más podríamos obedecer o seguir con éxito, si él es lo único que existe? Pero como tenemos libre albedrio muchas veces no lo seguimos, nos movemos en la dirección contraria al amor y a la aceptación de lo que está allí. Cuando hacemos esto, nos enfermamos en cualquier nivel o en todos, el último es el cuerpo. Seguir al espíritu es lo más natural y eso es lo que debemos hacer si deseamos estar sanos y ser felices.

### 3.5.5.2 La praxis de las constelaciones familiares.

El método de trabajo consiste en que una persona plantea un problema al terapeuta y este, sirviéndose de representantes configura su representación interna [(22)]. El paciente elige arbitrariamente, de entre un grupo de participantes, a representantes de sí mismo y de los demás miembros significantes de su familia: padre, madre, hermanos, abuelos, pareja y otros miembros que la constelación requiera para mostrarse. A continuación, el paciente posiciona a los representantes en un espacio abierto, relacionándolos según su intuición y con la imagen interna que él tenga. Una vez hecho esto el paciente se sienta al lado del terapeuta.

De repente surge algo que sorprende. Es decir, que durante el proceso de configuración entra en contacto con un saber que antes le era inaccesible [(23)]. Los representantes se sienten como las personas a las que están representando. Sin conocerlas y sin que alguien les haya dicho nada sobre ellas. El paciente puede constatar que aquel habla como su padre. Que la relación de pareja es tal y como allí se muestra. Este fenómeno es difícil de imaginar y no se puede explicar

convencionalmente. Ya hemos mencionado a Sheldrake [202, 203] y la transmisión de información cultural que ocurre gracias a la existencia de lo que ha denominado campo morfogenético, que no es más que un campo donde están almacenados la memoria colectiva de los acontecimientos anteriores y los sentimientos relacionados de un grupo. En este grupo, una conciencia colectiva los ordena en lo que tienen que hacer o no hacer para asegurarse su pertenencia al grupo [204]. La buena conciencia no significa más que: puedo estar seguro de que formo parte del grupo. Y la mala conciencia significa: tengo que temer que ya no formo parte del grupo. La universalidad está en que todo grupo tiene una conciencia y que la pertenencia o no al grupo actúa como un órgano del equilibrio sistémico y que a través de la culpa cuando siente que me muevo hacia fuera del grupo o de la inocencia, cuando cumplo con los preceptos del grupo. La particularidad radica en que las normas para cada grupo difieren, también las de parentesco.

La percepción en las Constelaciones Familiares es totalmente fenomenológica, está enfocada y, a la vez, libre de intenciones. La ayuda del facilitador o terapeuta nace, no de la reflexión, ni de la interpretación de lo que ocurre. Su actitud es la de estar centrado y respetar lo que la constelación va mostrando. La percepción nace de un centramiento interior: en él hay un abandono de las reflexiones, de las intenciones, de las distinciones y de los temores.

Los representantes se abandonan a unos movimientos internos que van más allá de conceptos. Estos movimientos les dirigen desde fuera y desde dentro al mismo tiempo. La percepción y el actuar aquí se fusionan. Esta percepción, es

menos receptiva y representativa, es productiva. Conduce a la acción y se amplía y profundiza en el hacer [23].

La mirada del facilitador es abarcativa, está centrada en el detalle y a la vez en el todo. Hellinger [23] propone extraer el conocimiento de la constelación teniendo en cuenta diversos aspectos que confluyen.

La observación es nítida, exacta y enfocada en el detalle. En tanto que la percepción es distanciada, captando varios elementos a la vez, teniendo una visión extensa y global. Es ver el contexto, los detalles del todo. La observación por sí sola no entiende, y lo mismo le pasa a la percepción. Pero juntas, lo observado y lo percibido, aparece un sentido. A la observación y percepción externas se suma, pues, una compresión.

La comprensión nace de una observación y percepción previa. Observación, percepción y comprensión forman un todo. Sólo donde las tres confluyen, nuestra percepción nos permite actuar con sentido, sobre todo, ayudar con sentido [23].

La intuición es el cuarto elemento después de la observación, la percepción y la comprensión. Guarda mucha relación con la comprensión, se parece a ella, pero no es lo mismo. La intuición es la comprensión repentina del actuar y surge después de la comprensión como paso necesario. La comprensión es generalizada, la intuición es exacta. La relación entre intuición y comprensión es similar a la relación entre observación y percepción.

La concordancia es una percepción desde el interior. Se orienta hacia el actuar. La concordancia pide sintonizar con el otro, vibrar en la misma frecuencia,

para así comprenderlo. En la concordancia, el facilitador se despide de sus intenciones, de su superego, de los deberías. Entra en concordancia con él y también con el otro. De esta forma el paciente puede entrar en concordancia con él sin perderse, sin tener que temer a nada. En la concordancia con él se mantiene la distancia, y justamente así se puede percibir el cómo ayudarle. Así dice Hellinger [23] en la concordancia no se puede dar la transferencia y contratransferencia. Tampoco uno asume las responsabilidades del otro. Cada cual permanece libre del otro, lo cual a modo general define la praxis de esta psicoterapia.

**3.5.5.3 Principios fundamentales del trabajo con constelaciones familiares.**

Desde el momento en que un niño entra en esta vida, pertenece a un determinado sistema relacional. Nace en un país determinado, con una cultura determinada, en una familia determinada con unos patrones concretos. Existe un concepto central, el habitus, en la sociología de Bordieu [205]. Por tal podemos entender esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos. Es un principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posesión en un estilo de vida unitario. El habitus son también estructuras que operan distinciones entre lo bueno y lo malo, entre lo que está bien y no lo está. Los grupos importantes, donde se producen todos estos patrones relacionales para nuestra subsistencia y que nos acompañan a lo largo de nuestra vida son:

• La familia de origen, es decir, nuestros padres y hermanos,

• La red familiar, formada por todos los demás parientes,

• Las relaciones libremente elegidas, por ejemplo, las relaciones de amistad,

• La relación de pareja,

• Las relaciones con nuestros propios hijos,

• La relación con el mundo como un todo [23].

Relaciones del mismo tipo, siguen a un mismo patrón y orden, relaciones de diferente tipo siguen a órdenes diferentes. Así, es diferente la relación entre el hijo con sus padres, y distinto para la pareja, también la relación será distinta entre los padres y sus hijos.

En todos los sistemas relacionales existe, una compleja interacción de necesidades fundamentales [206]:

• La necesidad de vinculación,

• La necesidad de mantener un equilibrio entre dar y tomar,

• La necesidad de encontrar seguridad en conveniencias sociales que hacen previsibles nuestras relaciones.

En estas necesidades se refleja y se cumple la necesidad fundamental de todo ser humano de relacionarse íntimamente con sus congéneres. Percibimos estas fuerzas que velan por nuestras relaciones en los sentimientos de culpa o inocencia respecto a otros, es decir, a través de la conciencia. Así nos sentimos culpables cuando no acatamos las normas, patrones o conductas del grupo. La pertenencia al

grupo, en lo relacional exige lo normativo. Nos sentimos inocentes cuando cumplimos con lo que el grupo pide de nosotros. Así la conciencia entre lo bueno y lo malo, tiene que ver más con la pertenencia una fuerza y una consecuencia únicamente comparables a una fijación.

El niño vive esta vinculación como amor y como felicidad, independientemente de si en este grupo podrá desarrollarse favorablemente o no, y sin tener en cuenta quiénes y cómo son sus padres. El niño sabe que pertenece ahí y este saber y este vínculo son el amor, un amor que Hellinger (23) llama primitivo o primario. Esta vinculación es tan profunda que el niño incluso está dispuesto a sacrificar su vida y su felicidad por el bien del vínculo.

En las relaciones familiares tienen que cumplirse tres principios básicos para un desarrollo de la red sistémica. Estos son el derecho a la pertenencia, el equilibrio entre el dar y el recibir y el orden o la jerarquía (206).

El derecho a la pertenencia significa que todos los individuos de un sistema tienen el mismo derecho a formar parte del mismo, nadie puede ni debe negarle su lugar. En cuanto aparece alguien en el sistema, diciendo: “Yo tengo más derecho a pertenecer a este sistema que tú”, el sistema queda trastocado. Atentar contra el orden tiene sus consecuencias, puesto que, si alguien olvida a una hermana muerta, por ejemplo, o si ocupa con toda naturalidad el lugar del cónyuge anterior o si ingenuamente un hijo ocupa para la madre el lugar del padre fallecido esto tiene consecuencias para uno mismo y para el grupo. Aquí se ubican las llamadas exclusiones.

Una de las reglas constatadas cuando se analizan las genealogías, es que todo aquello que es excluido (idioma, país, religión, ideología, dones artísticos o intelectuales, personas, niños, etc.) es llamado a ser re-incluido dos o tres generaciones más tarde. Existen muchas posibilidades de exclusión duelos, actos inconfesables, incestos, nacimientos ilegítimos, adulterios, suicidios, asesinatos, enfermedades mentales, ciertas enfermedades como la tuberculosis, el alcoholismo los cuales se incluyen en los llamados secretos familiares [(207)]. Todo aquello que no fue relacionado a través de un reconocimiento, de una palabra, un nombramiento, corre el riesgo de continuar errando dentro del sistema familiar o de la empresa, bajo la forma de una perturbación amorfa [(208)]. La forma de sanar las exclusiones es reintegrando todo lo que fue excluido, al menos bajo una forma simbólica.

El desequilibrio en los intercambios, es una de las causas de dificultades dentro de los sistemas familiares. Por ejemplo, uno de los hijos se sacrifica para educar a los otros; o cuando se trata de una herencia, uno de los hijos es privilegiado en detrimento de los otros (es el heredero el que corre el mayor riesgo). A uno se le honra y al otro se le deshonra. Dentro de una pareja, uno trabaja, el otro no y lo que él o ella realizan en la casa, no es reconocido como válido. En una pareja, uno tiene muchos títulos universitarios y el otro no tiene ninguno.

La forma de sanar los desequilibrios en los intercambios es restableciendo el equilibrio, lo cual con frecuencia es delicado porque las reparaciones que se deben efectuar son difíciles cuando hubo despojos importantes. No hay más que constatar los problemas que surgen cuando se trata de herencias o del repartimiento

de bienes. Sin embargo es el precio a pagar para que el sistema familiar sea liberado de las deudas (199) que pesan enormemente sobre las generaciones venideras.

Habitualmente, las consecuencias de lo arriba señalado, incluyendo las excusiones y los secretos familiares, aparecen en una de las generaciones posteriores, cuando alguien, sin darse cuenta, imita la suerte de la persona a la que se niega la pertenencia.

Otro de los principios de las constelaciones familiares es el equilibrio entre el dar y el tomar: Quien toma es humilde. Debe frenarse y renunciar a un poco de su fuerza. Sólo entonces el otro puede darle, no antes. Pero la persona también recibe fuerza, y por ésta, a su vez, da. Eso, por una parte, es humilde, pero así, ambos miembros de la pareja siempre permanecen en un mismo nivel (23).

La compensación entre el tomar y el dar no es más que una aplicación a los sistemas sociales. Este concepto no es nuevo, ya Mauss (209) en su Ensayo sobre el don, asevera que las sociedades han evolucionado gracias a mantener el equilibrio entre el dar, el recibir y el devolver. La necesidad de un equilibrio entre dar y tomar hace posible el intercambio en los sistemas humanos. El hecho del dar y recibir hace que la interacción entre los humanos se mantenga y así se regula la necesidad de todos los miembros de llegar a un justo equilibrio.

Hellinger (23) plantea el proceso en la interacción como un desequilibrio dinámico entre el dar y recibir. Por ejemplo, para que se mantenga unida una pareja siempre debe haber un desequilibrio, dice el autor. El hombre le da a la mujer y la mujer recibe, entonces hay un desequilibrio. La mujer entonces debe devolverle al

hombre. Si lo que se dan mutuamente crece, también la relación crece. Un movimiento reducido sólo trae ganancias reducidas. Cuanto más extenso sea el intercambio, tanto más profunda será la felicidad.

No siempre en las relaciones se da una interacción entre el dar y recibir armoniosa. A veces existe un desnivel entre el dar y tomar. Frecuentemente ocurre con la mejor de las intenciones que uno da y no quiere recibir. La sensación de dar es algo agradable y algunos quieren conservarla. Si alguien da sin tomar, al cabo de un tiempo, los demás tampoco quieren aceptar nada de él. Se trata de una actitud hostil para cualquier relación, ya que el que siempre da se aferra a su superioridad y de esta manera niega la igualdad con el otro. Quien toma es humilde. Debe frenarse y renunciar a un poco de su fuerza. Sólo entonces el otro puede darle, no antes. Pero la persona también recibe fuerza, y por ésta, a su vez, da. Eso, por una parte, es humilde, pero así, ambos miembros de la pareja siempre permanecen en un mismo nivel [23, 210].

Ocurre que si entre la pareja la ley del dar y tomar funciona como un desequilibrio/equilibrio donde se intercambian los dones, cuando hablamos de las relaciones entre los padres e hijos la función entre el dar y el recibir cambia. El equilibrio del que hemos hablado hasta ahora sólo puede ser posible entre las personas que se mueven a un mismo nivel de igualdad: parejas, amistades. Los hijos quisieran devolverles a los padres lo que han recibido, pero el desnivel es insuperable. Respecto a sus padres los hijos siempre quedan en deuda, y es por esta razón, por este desequilibrio que nunca pueden desligarse de ellos. Entre los padres y los hijos existe una jerarquía dice el autor de las constelaciones. Los padres son

más grandes que los hijos. Entonces la relación entre el dar y el recibir es desigual. Los padres dan y los hijos toman [(206)].

Más tarde los hijos sienten el impulso de salir de la obligación de saldar una deuda que es insalvable y se alejan de los padres. El que no tiene posibilidad de compensar un desequilibrio tiende a alejarse [(206)]. La solución es que los hijos pasen a otros lo que ellos mismos recibieron de sus padres, es decir, a la generación siguiente a sus hijos. Si no es posible en un compromiso con otras personas o con la sociedad. Así vuelve al equilibrio, lo que tomo de sus padres ahora lo da a sus hijos, y así sucesivamente.

Como tercera propiedad, existe una jerarquía entre sus miembros, determinada por los criterios de: tiempo y peso [(206)]. Si la jerarquía no es respetada se producen desordenes y disfunciones entre los miembros.

En lo que al tiempo se refiere, los padres tienen prioridad respecto a los hijos, y el primer hijo la tiene respecto al segundo y así sucesivamente. La jerarquía pasa de arriba abajo, siguiendo los conceptos de anterioridad y posterioridad. Este principio se encuentra con el segundo que hemos mencionado del dar y recibir en que el primero da al segundo y el segundo toma de él. Así los padres dan a los hijos y los hijos toman de los padres. Cuando se invierte el dar y el recibir se produce un desorden que afecta a la jerarquía. Un hijo da al padre, el hijo se arroga el derecho de ser mejor que el padre, entonces la fluidez del dar y el recibir se interrumpe, con consecuencias para el hijo.

En los sistemas relacionales, el orden se invierte. Así el sistema nuevo, la familia nueva, tiene prioridad sobre la familia de origen. La relación de pareja cobra prioridad sobre las relaciones con las respectivas familias de origen, y sobre las relaciones de pareja anteriores [(206)].

Si tomamos el peso como variable de la jerarquía, la relación entre el padre y la madre es la más importante en una familia, después vienen las relaciones entre padres e hijo así como las relaciones con los demás miembros de la red familiar [(206)].

En conclusión, los sistemas familiares tienen un orden. De esta forma, los hijos mayores vienen antes que los hijos menores. El hombre se coloca a la derecha de la mujer y los hijos a la izquierda de ésta. Los desórdenes aparecen cuando una persona no está en su lugar. Las constelaciones permiten salir de esos callejones sin salida que pueden ser tan graves, que pueden conducir a esas personas "desplazadas" al hospital psiquiátrico, a la prisión, o a errar en la calle sin tener un domicilio. La reconstitución del sistema y su representación permiten restaurar el orden y calmar las tensiones, incluso sanar las patologías provocadas por los desórdenes.

**3.5.5.4 Origen fenomenológico de las enfermedades.**

El ser humano no es un elemento aislado. Al nacer, si bien es un ser individual no menos cierto es parte de una familia, la cual es permanente ya que estaba antes del nacimiento y continuará siéndolo en el futuro. Desde la perspectiva de la psicogenealogía cuyo exponente es Jodorowsky [(211)], cada individuo está

habitado por tres generaciones que lo preceden, lo que hace un mínimo de catorce personas, de manera que las exclusiones familiares, las alteraciones del orden familiar y los secretos guardados en una generación, son un manantial insano de traumas y conflictos que asume el que nace de manera inconsciente. Lo cual concuerda como lo expresado por Schützenberger [20] en el sentido que los secretos de familia, las identificaciones inconscientes y las lealtades familiares invisibles se pasean sobre los hijos y los descendientes.

Según Hellinger [24], la enfermedad es un movimiento del espíritu para sanar la consciencia familiar llevando al individuo a la reconciliación con los excluidos de su clan, por eso es sensato ver a la enfermedad como una oportunidad. El sistema familiar transmite toda la información de sus miembros a todos sus integrantes, en un continuo movimiento circular que integra todo lo que va ocurriendo. Está movido por dos fuerzas contrapuestas, cuya articulación está en un reequilibrio perpetuo: una fuerza de cohesión y una fuerza de individuación, ambas al servicio de la vida, donde la necesidad de orden y pertenencia permite la cohesión del sistema familiar.

Cuando no se respeta el orden o la pertenencia, la cohesión del grupo se vuelve rígida, impidiendo la individuación de sus miembros. Cada vez que se crea una exclusión, el sistema familiar pone en marcha un mecanismo “ciego”, un nuevo mecanismo de compensación, para promover la re-inclusión de esta persona y así recomponer la cohesión del sistema a un nivel superior.

Ese mecanismo ciego se dirige a los más jóvenes del sistema, que están al servicio de sus mayores, provocando un sufrimiento en este miembro joven, sufrimiento metafórico de la situación que provocó la exclusión, lo cual se mantienen hasta la reinclusión del excluido. Este sufrimiento, esta metáfora es la enfermedad, cuya misión es la reconciliación entre un excluidor y un excluido.

El enfermo, o descendiente designado para señalar esta exclusión, va a imitar a los ancestros con los que está intrincado: rechazando la vida como es, excluyendo o siendo excluido. Cuando el enfermo dice sí a su situación, sí a su enfermedad, entra en sintonía con el movimiento del espíritu, iniciándose la compensación adulta. Y la fuerza de sanación empieza a desplegarse en él.

A través de las Constelaciones Familiares como psicoterapia se muestran que muchas enfermedades están relacionadas con algún hecho que ocurrido en la familia y por eso a menudo hay alguien en la familia que se enferma. Hacer consciente estos eventos transgeneracionales conduce a la sanación [(212)].

### 3.5.6 Las constelaciones prenatales

En la esfera prenatal se puede conformar una variante en la aplicación de las constelaciones familiares precisando determinados fenómenos que pudieran ocurrir durante la vida intrauterina. Una constelación prenatal [(213)], se realizaría básicamente con el mismo esquema de una constelación familiar normal, pero focalizado primordialmente en las influencias concretas que se recibieron de los padres y el entorno que nos rodeaba en aquellas etapas y que pudieron conformar la futura personalidad adulta. Seria tratar de evocar un proceso de comprensión de

aquellos fenómenos y las huellas que marcaron una existencia posterior, tratando de aceptar y armonizar ese destino desde el marco del aprendizaje que supone para el espíritu trascendente y el propósito fundamental de vida durante la estancia uterina.

Teóricamente los fenómenos que suceden en una Constelación Prenatal se enlazan perfectamente con el nivel de profundidad al que Hellinger ha llegado con los movimientos del espíritu, pues la conciencia superior del ser está muy presente en esta etapa de la vida, antes de que, progresivamente y hasta alrededor de los siete años, se vaya depositando en los dominios del subconsciente. Es por esto que en este tipo de constelaciones se podrían observar tanto fenómenos que correspondan a las influencias transgeneracionales de la familia física, como otros que corresponden a las relaciones evolutivas de la familia espiritual en las sucesivas encarnaciones y, también, elementos del programa de vida de la conciencia que encarna.

Y esto es así porque en ese momento de la existencia empiezan a convivir un cuerpo físico, con su propio ego conformado desde la base de genética, las creencias familiares, y un espíritu con su bagaje de aprendizajes de su trayectoria completa de vida. Y la relación, sólo en esta especial etapa, estaría absolutamente coordinada. Por ello es que se puede incidir de una forma terapéutica muy especial, al representar con las constelaciones esta fase de la vida, ya que se puede ver, comprender y aceptar lo qué paso al confluir esos dos ámbitos, el físico y el espiritual y transformar las impresiones distorsionadas que pudieran producirse

tanto a nivel celular como psíquico, generando sufrimiento en sus distinta formas y falta de fluidez en la trayectoria vital posterior.

Es un modelo experimental y todavía queda mucho que investigar y descubrir en este campo, pero las experiencias preliminares de las sesiones están siendo muy sorprendentes, clarificadoras para la persona que constela y resolutivas en cuanto al encauzamiento del ser en su programa de vida, aquel que se instauró ya mucho antes de nacer e, incluso, antes de ser concebidos. Esta investigación es un aporte al modelo además es innovadora por lo que se busca demostrar.

### 3.6 El Proyecto/Sentido

En este aparte analizaremos el Proyecto/Sentido, fabuloso descubrimiento que revela cómo la personalidad y la presencia o no de conflictos en el devenir existencial del nuevo ser, tiene su origen, es lo que él ha grabado inconscientemente, con la precisión de un reloj suizo, desde su concepción hasta los tres años de vida extrauterina, teniendo relevante importancia la motivación que tuvieron sus padres al concebirlo. Como toda teoría hay conceptos que primeramente se deben precisar.

#### 3.6.1 ¿Qué es un proyecto?

Un proyecto es un deseo, es un pensamiento, que implica planificar y elaborar una serie de instrucciones para alcanzar un objetivo, el cual va a tener una finalidad, razón o sentido. Así en toda creación partimos de un proyecto, que existe en una fase inmaterial, en estado de concepto. Luego pasará a la fase material y cuando existe, solo puede expresar el sentido por el cual fue creado. Así por ejemplo, concebir un hijo vendría a ser la expresión de un proyecto diseñado por

los padres, y cuando ese bebé viene al mundo, solo expresará el sentido del proyecto por el cual fue concebido. El bebé es imaginado antes de ser percibido, es hablado antes de ser escuchado, razón por la cual un niño no es un sujeto, sino un objeto cargado del proyecto paterno y materno que va a ser la fuerza, que va a condicionar toda su existencia, mientras no sea consciente de ello y no la reconozca.

### 3.6.2 ¿Cómo surge esta teoría?

La idea parte del psicólogo francés Marc Fréchet quien descubre como ciertos episodios actitudinales o de comportamiento, obedecían a un funcionamiento cíclico, de orden temporal, a los cuales denominó Ciclos Biológicos Celulares Memorizados. La astrología ya le había dado significado a una gran variedad de comportamientos que tenían un carácter cíclico, sin embargo nadie antes que Marc Fréchet, a partir de los años setenta, los había incluido en una verdadera dinámica comportamental, psicológica, patológica y sobre todo, cronológica.

El ser humano posee una especie de reloj biológico, el cual registra en el cerebro la hora precisa en el cual ocurre cualquier sensación. Lo graba y lo guarda. Lo genial de Fréchet fue relacionar los aspectos emocionales de cualquier evento padecido junto con su cronología y precisar el carácter cíclico del mismo.

Un ciclo se define temporalmente por tener un elemento básico repetitivo, caracterizado por un inicio, un período y un final. El inicio y el final son instantáneos y el período es muy variable dependiendo del ciclo.

El ser humano siempre ha funcionado al compás de múltiples ciclos, los cuales se clasifican en dos categorías: ciclos exteriores e interiores. Los ciclos exteriores están presentes en la naturaleza: día/noche, las estaciones. En tanto que los ciclos interiores lo conforman un conjuntos de ciclos fisiológicos presentes en el organismo: el ciclo menstrual, el ritmo circadiano entre otros.

Los ciclos biológicos celulares memorizados sean positivos o negativos, son todos los eventos que se graban los cuales toman un lugar respectivo en una especie de reserva o complejo, el cual va a estar constituido por un evento vivido vinculado a una o varias sensaciones. Curiosamente, algunos de ellos aparecen de una manera cíclica. Cabe suponer que la carga emocional concomitante a un episodio especial se quedó plegada, sin haber podido disiparse por completo a tiempo, constituyendo de esta manera una fuente de conflicto. De modo que los ciclos biológicos celulares memorizados vienen a ser una herramienta para descubrir eventuales memorias cíclicas activantes y sobre todo programadoras, de carácter inconscientes. Dos principios rigen a los ciclos biológicos celulares memorizados [(214)] que fácilmente se hacen evidentes: los ciclos de autonomía y la memoria cíclica musical.

Un ciclo de autonomía lo representan las fechas y los eventos importantes de la vida: nacimiento, matrimonio, autonomía financiera, divorcio entre otros, siendo la sensación de autonomía completamente subjetiva e individual. En tanto que en la memoria cíclica musical, se guardan mensajes conscientes e inconscientes, en su mayoría relacionados con lo vivido en un episodio junto a una o varias sensaciones ligadas a una fecha precisa. El componente cíclico lo da el desarrollo cronológico de la vida, en donde cada evento psicológico, psicosomático

o somático anteriormente grabado reaparece, generando en cierta forma su relectura. La mayoría del tiempo, pasan desapercibidos, pero cuando la persona presenta síntomas físicos o psicológicos molestos, es útil considerar la concepción del tiempo biológico para explicar la problemática que la persona padezca. Cabe señalar que todos los eventos están integrados en ciclos, sean éstos buenos o desagradables. Fréchet notó que esos ciclos tenían con una regularidad sorprendente, asemejándolo a una armonía musical.

Esos principios condujeron a Fréchet a configurar su teoría el Proyecto/Sentido, que comprende por un lado, un periodo temporal cuantitativo, el cual se inicia en el momento en que uno de los padres o los dos, emite el deseo inconsciente de tener un hijo, culminando a los tres años de vida extrauterina; y por el otro contempla, un aspecto estructural o cualitativo, en donde el hijo que nacerá, que fue imaginado en un comienzo, recibirá en el útero materno, la influencia de su entorno, la influencia de su historia familiar. Si durante todo ese periodo se producen eventos acompañados de sensaciones positivas o negativas pueden crear un conjunto de complejos conflictivos que se van a almacenar en la reserva pulsional del niño.

Frechet demostró su teoría narrando su propia historia. Él decía que fue concebido no porque sus padres quisieran un hijo sino porque sus padres necesitaban un hijo. Su madre por distintas razones corría el riesgo de ir a la cárcel entonces el padre de Marc Frechet le dijo a su mujer vamos a hacer un hijo y así, si tu estas embarazada, el jurado va a ser más clemente y quizás no vayas a prisión y a causa de este proyecto fue concebido, sin embargo, su madre fue condenada, y

fue a prisión. Fréchet siempre comentaba su vida que había comenzado con 18 meses de prisión: 9 meses en el vientre de su madre y cuando su ella sale de prisión, él tenía 9 meses de nacido. Luego de su nacimiento las demás procesadas, se ocupaban de él, no así su madre, quien no quería tener un hijo. Ese fue el drama de Fréchet, tener gente a su alrededor, y sentirse solo. El proyecto creado para él era para liberar a su madre del encarcelamiento y eso fue lo que hizo toda su vida. Como psicólogo era muy eficaz tratando mujeres que tenían parálisis, porque él fue concebido para para liberar a las mujeres del encierro.

Marc Fréchet falleció prematuramente en 1997 y aunque muchos de sus trabajos no llegaron a ser publicados, sus investigaciones si fueron bien conocidas en Francia [215,216].

### 3.6.3 Esencia del Proyecto/sentido

No hay concepción si no existe previamente un deseo o un proyecto inconsciente de los padres. El hecho biológico, el acto sexual no es suficiente para explicar una concepción. Hay tantas mujeres que quieren tener hijos y son estériles, otras que no quieren y quedan embarazadas. Hay algo más fuerte, el deseo inconsciente. Los padres actúan como verdaderos ingenieros genéticos con sus hijos durante los meses previos a la concepción. ¿Cuáles fueron los condicionamientos imperantes en los padres al momento de la concepción? ¿Fue el bebé deseado o planificado? ¿Qué sexo deseaban los padres para su hijo? ¿Pensaron en algún momento abortarlo? ¿Fue un niño no esperado que vino por accidente? Diversos estudios científicos que demuestran la validez de esta teoría. Lipton [98] por ejemplo

postula que los padres deben asumir la responsabilidad del manejo de sus emociones, ya que éstas no solo pueden afectar a sus hijos, sino que además, van a contribuir a programarlos. De manera que todos aquellos acontecimientos de la vida de los padres previos a la concepción van a influir en la mente y el cuerpo del hijo.

Para los chinos la existencia del individuo, no se inicia en el momento del nacimiento ni en la fecundación, sino tres meses antes de la concepción. Como todo proyecto que llevamos a cabo, hay un por qué y un para qué, de tal manera, que en el momento de la concepción, el ovocito fecundado, va a grabar en sus células, una serie de programas que provienen de sus padres, programas del por qué y para qué han sido traídos a la vida a través de ellos. Éstos programas van condicionar al hijo/a de manera inconsciente gestando una historia específica, así cada hijo va a tener un proyecto/sentido distinto.

Estos proyectos/sentidos van influir a la hora de llevar a cabo su propio proyecto de vida. Así, podrían estar llevando a cabo proyectos que son de sus padres, en vez de llevar a cabo su propio proyecto de vida. Cuando esto ocurre se generan los conflictos. También hay algunos proyectos/sentidos positivos, que van a beneficiar su existencia razón por la cual los mantendrán.

Veamos a continuación algunos ejemplos de niños que fueron concebidos con programas específicos, transmitidos por los padres inconscientemente:

- **Hijo de reemplazo:** los padres conciben un hijo que sustituye a otro que ha muerto y así calma el drama familiar. Es habitual después de un aborto, tanto espontáneo como provocado (para el cerebro, el sentido es el mismo). El útero encierra la memoria de un muerto; el

hijo puede ser hiperactivo o sufrir déficit de atención, porque su proyecto es hacer vivir a alguien que ha muerto.

- **Hijo de apoyo o niño salvador:** Son hijos que nacen para salvar a la madre o al padre. Serán personas que se sacrifican por los demás y tienden a adoptar una actitud protectora en todas sus relaciones. Tienen la sensación de que, si no se sacrifican por los otros, estos las abandonan. Por ejemplo, una madre se sentía sola y desprotegida porque su marido era un maltratador, el hijo cumplía la función de protegerla.
- **Hijos de reparación:** Estos hijos viven un síntoma para expresar el conflicto de la familia. Pueden cargar con toda la historia del clan para liberar al resto de los miembros, o bien ser concebidos para reparar un problema concreto. Es el caso de los hijos concebidos para ser donantes compatibles de células madre para un hermano mayor enfermo.
- **Hijo bastón:** Su función en la familia es cuidar a los padres en la vejez; no tiene derecho a tener vida propia. El hijo bastón no forma parejas estables; no se casa para estar disponible cuando los padres sean mayores y lo necesiten.

Ocurrida la fecundación, el proyecto/sentido también explica lo que graba inconscientemente del feto cuando está en el útero materno, ¿qué circunstancias emocionales vivió la gestante?, ¿qué pasó por su mente?, ¿cuáles fueron las circunstancias que le rodearon? Durante la gestación, el inconsciente de la madre

se fusiona con el embrión estableciendo un conjunto de vínculos emocionales, los cuales van a ser condicionados por una serie de factores personales, familiares, ambientales, hasta transgeneracionales. Estudios independientes [7] demuestran que, durante el embarazo, la mujer vive en un estado especial de sensibilidad psíquica y emocional, en el que resurgen recuerdos de su propia infancia, lo cual permite imaginar cómo será la infancia de su bebé. Si su infancia fue agradable, el vínculo afectivo se produce de forma natural. Pero, si su niñez estuvo marcada por el abandono, los abusos o el desamparo, durante la gestación renacen los conflictos no resueltos. De manera que todas las situaciones desestabilizadoras que la madre pudiera haber resentido, van a ejercer influencia sobre su hijo. El padre también aporta su parte en este proyecto aunque proporcionalmente suela ser en un grado no tan importante.

Durante la gestación todas las situaciones vividas en el ámbito familiar, van a determinar tres formas de expresión, bien sea por simple duplicación, es decir, por **repetición** de historias, por ejemplo el abuelo fue médico, el hijo fue médico y el nieto será médico; o bien por **oposición** (la madre es abandonada y la hija no se casa ni tiene hijos para evitar vivir esa situación) o en otras ocasiones, esa influencia lleva a reparar la historia familiar, aunque **reparar** no es sinónimo de solucionar, la historia familiar condiciona aspectos de la propia vida, limitando el margen de elección (por ejemplo, el hijo de unos padres arruinados se hace contable, aunque no le apasione esa profesión).

El modo de nacer también guarda relación con el proyecto sentido. Los estudios científicos de la gestación [131], el nacimiento y la infancia durante una

parte del siglo XX afirmaban que los bebés carecían de sentidos físicos y de mente. Aunque parecían sentir dolor, se atribuía a un acto reflejo, no a una experiencia personal. También se decía que los neonatos no reconocían a sus progenitores como padres, sino solo como objetos en un mundo lleno de objetos. Con estos conocimientos se elaboraron protocolos de atención durante la gestación y el parto, sin prestar atención a las malas experiencias que podía tener el bebé antes o después de nacer.

Aunque ya está sobradamente demostrado que esto no es así, durante una generación, como mínimo, muchos recién nacidos experimentaron estos protocolos.

Un ejemplo fue la palmada en las nalgas para estimular la respiración del recién nacido, lo que le generaba temor y dolor inmediato impidiendo una primera inspiración profunda. Afortunadamente ya eso no se realiza.

Veamos algunos ejemplos de cómo la manera de nacer va a determinar un comportamiento específico:

- **Parto prematuro:** Si un parto es prematuro y el bebé va a estar algún tiempo en la incubadora, va a vivir un conflicto de doble separación: una sensación de separación y soledad con temor al contacto. Estas personas van sentirse muy vulnerables, observadas, juzgadas, insignificantes.
- **Nacimiento con circular de cordón:** Cuando un bebé nace con circular de cordón, hay un proceso inconsciente que se inscribe en una historia familiar: puede tratarse de memorias de ahogos o de ahorcamientos. En la vida adulta

pueden ser personas muy susceptibles a la sensación de asfixia y vivir la intimidad como algo peligroso. Se sienten “asfixiadas” por las relaciones.

- **Nacimiento con trabajos de parto prolongado:** Las personas nacidas en partos tardíos o prolongados pueden sentirse lentas, o incluso ser perezosas. Creen que no pueden conseguir lo que quieren cuando lo desean. Tienen la sensación de que pueden lastimar a los demás y de que la vida es dura y difícil.
- **Partos inducidos:** la persona cuyo nacimiento fue inducido, puede tener dificultades para empezar las cosas y para orientarse en el tiempo en general. Se sienten indefensos y esperan recibir ayuda. Tienen dificultad para iniciar proyectos: generalmente son impulsados y luego se resienten de ello. También tienen la sensación de que los demás imponen las reglas y se sienten atrapados en las relaciones.
- **Cesáreas:** Una cesárea se puede experimentar como una interrupción, con la sensación de que se ha sido extraído del propio medio o desviado de la dirección original de la propia vida. Quienes así nacen suelen ser testarudos, tener cambios de dirección, de parecer, y ser indirectos en la comunicación, contradictorios, con dificultad para tomar decisiones. Necesitan contacto.

Esto confirma que el mejor modo de nacer es el parto natural.

Luego del nacimiento, todos los condicionamientos ocurridos hasta los 3 años de edad, de igual modo son grabados por el niño y por ende tambien forman parte del Proyecto/Sentido. La fusión emocional del recién nacido y la madre se mantiene sin cambios hasta los nueve meses, momento en el que el bebé logra el

desplazamiento autónomo. Cuando el niño nace, ocurre su primera autonomía: ya puede respirar y digerir por su cuenta. Pero los bebés son seres fusionados y, para entrar en relación con los demás, necesitan crear vínculos con cada persona u objeto que se incorpora a su ambiente. Esta relación la establece a través del vínculo con la madre. De este vínculo va a depender sus comportamientos reflejados por la presencia o no de conflictos.

Como puede apreciarse esta teoría abarca un amplio espacio de tiempo desde antes de la concepción hasta los tres años y todo lo que ocurre en ese espacio se establece en el inconsciente del niño estereotipando su personalidad, estableciendo centros disparadores de posibles conflictos e incluso de enfermedades.

### 3.6.4 Teorías que le dan soporte al proyecto/sentido

Las teorías que avalan el Proyecto/Sentido, son las que permiten tomar conciencia de la importancia del estado emocional de la madre desde cuando tiene a su bebé en el útero hasta la edad de tres años, cuando esta fisiológicamente y psicológicamente formado. Así tenemos que:

- En 1649, René Descartes plasmó en su libro "*Las pasiones del alma"*:

> "…es fácil imaginar que las extrañas aversiones de algunos, que les impiden soportar el olor de las rosas o la presencia de un gato y otras cosas parecidas, provienen solamente de que, en los comienzos de su vida, han sido molestadas en gran manera por algunos de estos objetos; o bien porque han participado en el sentimiento de su madre, que ha sido molestada por ellos estando embarazada. Porque es cierto que hay una relación entre los movimientos de la madre y del niño que está en su vientre, de modo que, lo que es contrario al uno, daña al otro y queda impreso en su cerebro hasta el fin de su vida"(214)

- Thomas Verny [(4)], pionero en el campo de la psiquiatría pre y perinatal: nos dice que "Los descubrimientos expuestos en la literatura elaborada por expertos a lo largo de décadas establecen más allá de toda duda, que los padres ejercen una influencia abrumadora sobre los atributos físicos y mentales de los hijos durante su desarrollo" Esa influencia comienza, según Verny, no tras el nacimiento de los niños, sino antes de que los niños nazcan. En 1981, en su libro *La vida secreta del niño antes de nacer*, propuso que la influencia de los padres se extendía incluso durante el período de embarazo.
- Por su parte David Chamberlain [(131)] en su libro *La mente del bebé recién nacido* señala una nueva dimensión de la conciencia humana a través de la experiencia del nacimiento "…La verdad es que muchas de las creencias que albergábamos sobre los bebés son falsas. No son seres sencillos, sino complejas criaturas sin edad con una asombrosa cantidad de pensamientos…"
- El doctor Peter W. Nathaniels, autor del libro *Life in the Womb: The Origin of Health and Disease*, escribió: "La calidad de la vida en el útero, nuestro hogar temporal antes de nacer, establece nuestra susceptibilidad a las enfermedades coronarias, a los infartos, a las diabetes, a la obesidad y a otras muchas enfermedades durante la vida posterior " [(98)] , y continúa diciendo: "Cada vez son más las pruebas que demuestran que las condiciones de vida en el útero tienen tanta importancia como los genes a la hora de determinar

cuál será el desarrollo mental y físico durante la vida. Esto hace referencia a los mecanismos epigenéticos".

- La doctora Rima Laibow, en su libro *Quantittive EEG and Neurofeedback*, describe la progresión de estas etapas de desarrollo de la actividad cerebral. Entre el nacimiento y los dos años de edad, el cerebro humano opera predominantemente con frecuencias electroencefálicas bajas (de 0,5 a 4 ciclos por segundo o hertzios, conocidas como ondas delta). Están en estado hipnótico, estado que dura más o menos hasta los seis años. Es un estado programable, pues su mente se halla en estado delta o theta [(98)].
- Sue Gerhardr, en *Por qué el amor importa,* hace hincapié en que el sistema nervioso fetal registra las experiencias vividas en el útero. Para el momento en el que llega el nacimiento del niño, "la información emocional derivada de las experiencias maternas conforma la mitad de la personalidad del individuo" [(217)]

### 3.6.5 Finalmente

Es interesante reconocer que todos estamos ligados a nuestro proyecto sentido y a veces no podemos conciliar nuestra vida con eso. Aquí es cuando el estrés superará el límite superior tolerable y se convertirá en una enfermedad o en un conflicto o comportamiento.

El problema es que habitualmente olvidamos la pregunta pero conservamos la respuesta. Olvidamos la pregunta, en el campo de la supervivencia, pero guardamos la respuesta en el plano del comportamiento. Es necesario liberarse para encontrar nuestra verdadera identidad y curar los síntomas resistentes. No tenemos

problemas psicológicos, sólo tenemos problemas de memorias. Hay pues una dicotomía entre un deseo consciente (o una ausencia de deseo consciente) y lo que sucede en términos de deseo en el nivel inconsciente. Pero el inconsciente siempre es el más fuerte. La concepción se basa principalmente en el inconsciente.

Un conflicto puede estar en el transgeneracional o bien en la vida fetal o bien en la concepción o en lo que se construyó entre la infancia y la adolescencia. Hoy en día hay terapia para cada uno de esos espacios-tiempos, para explorar el transgeneracional, las huellas de la vida fetal y todo lo que ha pasado en vuestra vida.

Es importante que mis colegas obstetras del mundo tomen conciencia de que no solamente hay que vigilar la salud física de la madre, su peso, nutrición, evolución del embarazo, sino también su salud emocional. Es un hecho relevante que el cuidado emocional, el apoyo psicológico para saber gestionar sus emociones y problemas durante el embarazo, facilitará que la salud emocional del bebé sea más óptima y equilibrada cuando llegue a la madurez. Cuando una madre está con estrés, el exceso de cortisol hace que el niño se ponga neurológicamente a la defensiva [(218)].

En el universo todo tiene un sentido. La física cuántica es la gran ciencia que nos abre a nuevas formas de entender y comprender. Las nuevas formas de tomar conciencia, es considerar que todo es información y esta se expresa en nuestras vidas en forma de experiencias y relaciones. Todo depende de nuestra aptitud y capacidad para cambiar nuestras creencias y valores, y con ello nuestras percepciones. Somos organismos con capacidad de aprendizaje, podemos

incorporar las experiencias vividas en nuestros genomas y pasárselas a nuestros descendientes, quienes, a su vez, incorporarán sus experiencias vitales a su genoma para continuar la evolución humana.

Cuando nos hallamos en el útero, los patrones emocionales de nuestras madres determinan en nosotros unas percepciones que nos llevarán a vivir ciertos aspectos de la vida de una forma determinada. El doctor Lipton lo reconoce así cuando dice que "La madre no solo proporciona nutrición al feto. Las complejas sustancias químicas derivadas de las señales emocionales de la madre atraviesan la barrera placentaria e influyen sobre el desarrollo y la fisiología fetal. Cuando la madre está feliz, también lo está el feto. Cuando la madre tiene miedo, también lo tiene el feto. Cuando la madre alberga pensamientos de rechazo con respecto al feto, el sistema nervioso fetal graba la programación de rechazo".

Termino este apartado con unas palabras iluminadora del insigne Carl G. Jung: "El bebé no es un papel en blanco para ser escrito. Él viene con una historia, con dramas profundos y neurosis"

### 3.7 Consideraciones bioéticas.

La bioética definida como la ética aplicada a la vida humana, es fuente de principios y comportamientos que iluminan la conciencia y orientan a actuar siempre de forma respetuosa ante la vida y la dignidad del hombre [(219)]. Para aproximarse a la vida humana naciente y a la mujer que la gesta, la bioética utiliza una herramienta formal de estudio que no pertenece a las ciencias naturales, ni a la medicina en cuanto a estudio de las enfermedades, sino a la filosofía y en particular a una rama de ella que es la ética, cuyo fin es el discernimiento de lo bueno.

El cuidado obstétrico, visto desde un punto de vista humanista, tiene un gran aliado en la bioética, término creado en los años setenta por Van Rensselaer Potter, humanista y bioquímico, para indicar la necesidad del diálogo entre científicos y humanistas con la finalidad de preservar al mundo de su propia destrucción, por el incremento de la población y el exceso de consumo energético, por la depleción de recursos no renovables y el deterioro medio ambiental. Es la combinación de la biología y las humanidades, para construir una ética de la supervivencia [(220)].

Al ser la Obstetricia la especialidad de la vida, en ella el Obstetra, acompaña al ser humano desde su período de gestación al fusionarse dos células con información genética diferente, hasta el momento de su nacimiento, realizando los controles adecuados a fin de llevar a feliz término el proceso iniciado por la pareja, informándoles paso a paso las novedades de su evolución. La especialidad gira en torno a la mujer embarazada y tiene además responsabilidad social en la defensa permanente de los derechos a la salud de la mujer gestante.

La gestante disfruta pensando sobre su embarazo, crea fantasías e ilusiones y sueña como es el hijo que lleva en su interior. Las alegrías comienzan aun antes de estar embarazada. Sin embargo, al estarlo, el desasosiego y la impaciencia pueden presentarse hasta tener la confirmación y normalidad de su embarazo. Las angustias, creencias, dudas, incertidumbres y preocupaciones maternas deben ser explicadas y aclaradas de forma humana y con informaciones veraces, lo más ajustadas a la verdad, siendo esto el mejor recurso que debe utilizar el obstetra en favor de la madre y el feto.

La educación es la mejor herramienta para mejorar los niveles de salud y permite a las embarazadas avanzar en la defensa de sus derechos. Por esta razón la obstetricia tiene incorporados de manera indisoluble en su quehacer, los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y respeto a la autonomía, eslabones cardinales del principialismo.

El principialismo se fundamenta en una serie de principios que se deben tener en cuenta, para ser aplicados correctamente en las diferentes situaciones que se les presentan a las personas. Aunque esos principios han estado vigentes desde la antigüedad, y han sido expresados y aplicados de diferentes formas, por lo general con los mismos fines y significados, fueron Beauchamp y Childress, citados por Castillo [220], quienes en 1979 se encargaron de divulgarlos, siendo éstos: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, contemplados en ésta investigación teniendo como asidero el Código de ética para la vida [221].

### 3.7.1 Principio de beneficencia.

Se basa en el principio hipocrático de la obligación de hacer el bien. Implica que alguien actúe persiguiendo los mejores intereses para la otra parte; es el deseo de promover la salud, el bienestar y el crecimiento de los otros. Es educar a la gestante en el manejo consciente de sus emociones lo cual implica hacer el bien. Es el compromiso que asume el obstetra entre el deber de beneficiar al feto y respetar la autonomía de la mujer embarazada; entre el derecho a la salud de uno y de otro; el derecho a la vida de un nuevo ser y a la calidad de vida de la mujer gestante. El

determinar cómo los trastornos emocionales maternos inciden en el bebé intrauterino tiene como finalidad la prevención soportándose en este principio.

### 3.7.2 Principio de no maleficencia.

Formulado desde la medicina hipocrática: primum non nocere, lo cual no es más que respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Implica no causar daño. Dentro del campo de la psicología una manera de abordar y tratar las emociones reactivas, es a través de la psicoterapia, o conjunto de operaciones que permiten, con la ayuda del otro, no descubrir, sino rechazar lo que se es. Son prácticas entendidas como modos de actuar y a la vez de pensar, que dan la clave para hacer consciente una realidad, modificando y liberando el conflicto. Un modo de no maleficencia, hacer consciente la exclusión inconsciente sustrato cardinal de las constelaciones familiares. Pero para realizarlo se requiere del siguiente principio.

### 3.7.3 Principio de autonomía o de libertad de decisión.

Este principio es el que crea el consentimiento informado, donde la gestante tiene la libertad de elegir. Justamente uno de los fines de la investigación es favorecer a través de una información adecuada y de un consentimiento expreso, una actitud libre y responsable de la gestante frente a sus propias decisiones. Cada embarazada es informada de los objetivos y propósitos de la investigación y en qué consistirá su participación y ésta da su consentimiento de forma completamente autónoma. Para que la autonomía pueda ejercerse plenamente en una persona, deben coexistir dos componentes: la racionalidad o entendimiento (capacidad de

evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellas) y la libertad o no-control (derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer, o por lo menos actuar sin coerción o restricción). Justamente lo que se persigue es favorecer a través de una información adecuada y de un consentimiento expreso, una actitud libre y responsable de la gestante frente a sus propias decisiones. Un ejemplo podría ser hacer o no hacer una psicoterapia especifica.

### 3.7.4 Principio de justicia.

Es repartir equitativamente los beneficios y cargas en el bienestar vital brindado por la atención médica. Este principio implica igualdad de oportunidades. Las embarazadas se eligen sin ningún tipo de discriminación, disponiendo todas ellas de la misma igualdad de acceso a los recursos. Del mismo modo, son tratadas con la misma consideración. La justicia se refiere a la equidad de cualquier decisión ética incluso para acceder a los tratamientos, a la salud, y a la vida en su contexto.

Tres factores a nuestro juicio enarbolan la realidad de este estudio. La madre, quien junto a su pareja, van a contribuir a educar desde el mismo momento de la concepción, al bebé intrauterino, con mensajes altruistas, armónicos, nobles, honestos, y humanos. La sociedad, porque a través del aprendizaje que obtenga el feto tendremos la sociedad que aspiramos. Y el Obstetra, porque en sus hombros y en su consciencia descansa, la orientación que pueda darle a las embarazadas para que manejen conscientemente y adecuadamente sus emociones. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. La embarazada, actuará guiada por el principio moral de autonomía, el médico, por el principio de beneficencia-no

maleficencia y la sociedad, por el principio de justicia, triada fundamental de la bioética.

Finalmente las gestantes envueltas en la investigación el útero la primera escuela bajo el enfoque integral holónico no corren ningún riesgo pero sí múltiples beneficios, como son, la detección temprana de casos de emociones negativas, la prevención precoz de los trastornos del estado de ánimo y su tratamiento mediante psicoterapia, si estos ya están instaurados en la gestante. Beneficios que nos conducen a la creación de una mejor sociedad, simplemente por ser el útero es la primera escuela.

## ESCENARIO 4

### Atrevimiento metodológico

Para el logro de los propósitos planteados en esta investigación, fue menester trazar un itinerario posible en el proceso metodológico. En este sentido se presenta a continuación la orientación epistemológica que sustentó la investigación. Se describe como se realizó el estudio, el cual se fue construyendo en la medida en que se fueron desarrollando las actividades, integrando técnicas y momentos cuantitativos con vivencias cualitativas.

### 4.1 Matriz epistémica.

La investigación, se insertó dentro del Pluralismo metodológico ya que al ser una investigación de matriz multidimensional y meta paradigmática estuvo enmarcada dentro del enfoque integral holónico de Ken Wilber, abordando la realidad, conjugando diversos métodos e instrumentos positivistas con técnicas fenomenológicas, teniendo además un carácter inductivo porque la teoría que se fue construyendo, partió de los datos obtenidos.

Precisa Wilber, “para descubrir los rasgos del individuo en sociedad, se requiere considerar lo interno y externo del evento, desde su individualidad a la colectividad, en la que se entretejen las verdades procedentes de los campos de la ciencia” [(182)]. Razón por la cual en esta investigación, en honor a la matriz epistemológica escogida, se asumió el esquema de los cuadrantes.

Para tal efecto, el estudio fue realizado en dos momentos; uno, cuantitativo, empírico analítico, positivista, explorado en los cuadrantes del lado derecho (Objetivo e Inter-objetivo; superior e inferior), y otro momento cualitativo, fenomenológico hermenéutico y etnográfico, que contempló a su vez dos etapas, presente en los cuadrantes del lado izquierdo (Subjetivo e Intersubjetivo; superior e inferior).

Se asumió unir los cuadrantes derechos o externos, superior e inferior referidos a lo cuantificable desde el punto de vista psicosocial de las gestantes participantes en la investigación, conformando el abordaje cuantitativo de este estudio.

En el abordaje cualitativo se realizaron adicionalmente dos investigaciones, tomando como sustrato primeramente una muestra intencionada tomada del momento cuantitativo. Esta muestra intencionada fue analizada etnográficamente centrándose en las visiones culturales, creencias, valores, apoyos y vivencias de las gestantes allí representadas (cuadrante inferior izquierdo), acto seguido de esa muestra intencionada primaria se tomó una segunda muestra intencionada la cual fue analizada utilizando como técnica psicoterapéutica las constelaciones familiares y como método la fenomenología hermenéutica (cuadrante superior izquierdo) para darle interpretación a una triada de síntomas que emergieron dentro del proceso investigativo.

Con los resultados de esos tres elementos se procedió a triangular los puntos convergentes y coincidentes arrojando la creación de una teoría innovadora.

Es importante resaltar que ésta investigación siguió en ambos abordajes los principios establecidos en el código de ética para la vida [209] como lo son: Autonomía destacándose en éste punto, el consentimiento informado, Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia, ya analizados en el aparte 3.6.

**4.2 Abordaje cuantitativo.**

El centro de interés de este abordaje recayó en el estudio psicosocial de las gestantes seleccionadas. Lafuente [222], precisa que la gestación es un proceso de "adaptación", en donde la gestante tiene que comenzar por aproximarse afectivamente al bebé, para lo cual necesita prepararse para su crianza y aprender a compatibilizar los roles a desempeñar. De allí que la maternidad constituya el comienzo de un nuevo proyecto de vida.

A continuación se presentarán de forma pormenorizada, el alcance de la investigación realizada o tipo de estudio, el diseño, las hipótesis empleadas, las variables así como la descripción de la muestra, los instrumentos y los procedimientos utilizados.

**4.2.1 Tipo de estudio.**

Estudio fue descriptivo y correlacional, donde se establecieron las relaciones entre los datos sociodemográficos y la adaptación psicosocial. Una investigación es descriptiva cuando especifica las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis [223], midiendo, evaluando o recolectando datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes

del fenómeno a investigar. A la vez, también se trató de un estudio correlacional ya que midió el grado de relación entre dos o más variables. La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas, realidad comprobada en esta investigación, en donde las asociaciones entre las variables estudiadas permitieron determinar la tendencia.

### 4.2.2 Hipótesis de investigación.

Son las guías para una investigación o estudio. Las hipótesis indican lo que se busca; es tratar de probar una serie de explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional.

Las hipótesis que se formularon, se plantearon en función de las gestantes que presentaron deficiente adaptación psicosocial. Fueron un conjunto de hipótesis que conformaron el hilo conductor de este estudio.

- El hecho de que la gestante considere que el momento en que quedó embarazada fue en general un buen momento, correlacionará positivamente con la aceptación del embarazo.
- El que las gestantes puedan afrontar las molestias del embarazo sin problemas correlacionará positivamente con la aceptación del mismo".
- El que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo.

- El que la gestante considere que su embarazo está siendo fácil de afrontar correlacionará positivamente con la aceptación del mismo.
- El que la gestante no desee estar embarazada correlacionará negativamente con la aceptación al embarazo.
- La aceptación del embarazo correlacionará positivamente con la adaptación al mismo.

### 4.2.3 Variables.

AI formular una hipótesis, es indispensable definir lo que se entiende por variables que es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse [224].

A continuación, se identifican las variables principales que formaron parte del estudio, donde cada una de ellas responde a un ítem, o bien a conjunto de ítems, vinculados a las dimensiones de los cuestionarios, que en apartados posteriores se describirán pormenorizadamente.

#### 4.2.3.1 Variable dependiente (efecto)

- Adaptación psicosocial al embarazo.
- Aceptación del embarazo.

#### 4.2.3.2 Variables independientes (Causas):

- Datos sociodemográficos.
- Aceptación del embarazo.
- Identificación con el rol materno.

- Calidad de relación con la madre.
- Calidad de relación con la pareja.
- Preparación al parto.
- Preocupación por el bienestar de sí misma y por el bebé.

### 4.2.4 Diseño de investigación.

Se entiende por diseño el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea [224]. En este sentido el diseño de esta investigación fue no experimental, transversal, documental y de campo.

No experimental porque se observaron los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural, para después analizarlos [223]; transversal porque se limitó a una sola observación en un tiempo único, donde se hizo una sola medición; documental porque se nutrió de informaciones procedentes de documentos escritos [224] donde se utilizaron como soporte estudios previos, informaciones y datos divulgados por diversos medios impresos, audiovisuales y electrónicos, y de campo por cuanto se tomaron los datos directamente de las personas involucradas [223] .

### 4.2.5 Universo y muestra.

El universo del estudio lo constituyeron las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante el último cuatrimestre del año 2017 y primer cuatrimestre del 2018, las cuales cursaban con embarazo normal. Se empleó un muestreo no probabilístico dirigido, realizando una cuidadosa y controlada elección de los sujetos tomando en cuenta los criterios de inclusión. En tal sentido la muestra global quedo conformada por 100 gestantes.

En las muestras no probabilísticas o dirigidas, la elección de los sujetos depende de una serie de aspectos relacionados con las características de la investigación, que en nuestro caso, se caracterizó por el estricto cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión:

- Ser primigestas,
- Con edades entre 20 y 30 años,
- Con embarazo normal,
- Cursando el 2do trimestre de gestación, entre 14 y 26 semanas, y
- Que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

Las justificaciones de estos criterios de inclusión respondieron primordialmente a nuestra experiencia profesional en la jefatura de la consulta prenatal del Hospital universitario Dr. Ángel Larralde. El que fueran gestantes primigestas obedeció a lo que ocurre a nivel representacional en una mujer que deviene en madre por primera vez, en donde los fenómenos intrapsíquicos que acontecen en una primera gestación, junto a las situaciones particulares de inexperiencia que vive en su nuevo rol, así como las cargas afectivas, e incluso culturales que son depositadas en el primer hijo revisten especial significación. Que las edades fueran entre 20 y 30 años, fue para evitar la inclusión de gestantes adolescente, situación que de entrada ya contempla no solo un embarazo de alto riesgo sino que además estaría cargado de amplios trastornos emocionales, al igual que fuera mayor de 30 años. La condición de embarazo normal o de bajo riesgo tuvo como asidero evitar la participación de gestantes con patologías obstétricas, ya

que la propia condición de alto riesgo es generadora de trastornos emocionales. Por esa misma razón se estableció que las gestantes participantes estuvieran cursando el II trimestre, ya que este periodo gestacional es el más estable desde el punto de vista emocional. Por último fue criterio, la aceptación voluntaria de participar en el estudio o consentimiento informado (documento explicativo de las condiciones generales del estudio, el procedimiento, los riesgos y beneficios), tal como lo establece las pautas internacionales de Bioética y el Código de ética para la vida [221].

La muestra fue entonces de conveniencia, pues fueron seleccionados todos los casos disponibles de acuerdo a los criterios establecidos.

### 4.2.6 Instrumentos y materiales utilizados.

Para continuar con este razonamiento de un modo científico y fehaciente, fueron empleados cuestionarios como medio de recolección de datos, los cuales fueron los siguientes:

#### 4.2.6.1 Cuestionario de datos sociodemográficos.

Este cuestionario fue elaborado por el investigador y permitió recoger los datos descriptivos y demográficos de las gestantes como lo fueron: edad, estado civil, nivel educativo alcanzado, ocupación laboral, convivencia, embarazo planificado, y procedencia. Este instrumento fue validado a juicio de tres expertos enfocándose en cuatro categorías específicas: pertinencia, redacción, adecuación y dominio. Dichas categorías arrojaron un alto nivel de valor, siendo así, favorable su

utilidad. La confiabilidad según el método alfa de Cronbach arrojó el resultado de 0,87 cuyo significado se ubicó en la categoría “Muy alta”.

#### 4.2.6.2 Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ).

El Cuestionario de Evaluación Prenatal o Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, PSQ [92], es un instrumento que cuenta con adaptación y validación española [5] y chilena [225]. Este instrumento ha sido utilizado en población norteamericana [92, 226], mexicana [35], española [5], chilena [222] y peruana [36], en muestras primigestas y multíparas. Es un cuestionario auto-administrado de aproximadamente 20-25 minutos de duración que contiene 6 dimensiones de las 7 del modelo original [92] y 42 ítems, que se valoran en una escala Lickert de cuatro puntos (1-4), que oscila entre los adjetivos mucho a nunca, donde 1 corresponde a mucho, 2 con frecuencia, 3 a veces y 4 a nunca. El cuestionario contiene 13 reactivos donde se invierte el puntaje: 7, 8, 16, 18, 21 ,22, 25 , 30 , 31 , 34, 35, 36 y 37. La finalidad del instrumento es evaluar la adaptación psicosocial del embarazo con el fin de prevenir posibles conflictos y preparar a los futuros padres a la parentalidad.

Este instrumento analiza aspectos del embarazo en seis dimensiones:

- Aceptación del embarazo (ítems 1, 2, 31, 33 y 34).
- Identificación con el rol materno (ítems 39, 40, 41 y 42).
- Calidad de la relación con la madre (ítems 6,9, 10, 14, 17, 22, 28, 32 y 36).

- Calidad de la relación con la pareja (ítems 3, 4, 11, 15, 19, 20, 27 y 38).
- Preparación al parto (ítems 5, 12, 13, 23, 24, 26 y 29).
- Preocupación por el bienestar propio y del bebé (ítems 7, 8, 16, 18, 21,25, 30, 35 y 37).

Con respecto a las propiedades psicométricas, los autores [92] indicaron 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. Tiempo después, el instrumento fue validado en una población de 291 mujeres embarazadas de España por Armengol y col [5] obteniendo un alpha de cronbach de 0.856 para el cuestionario en su totalidad; encontrando los siguientes índices de .56, .84, .91, .76, .79 y .85 respectivamente, lo cual indica una aceptable consistencia interna de los ítems del cuestionario.

El instrumento califica el grado o nivel de adaptación psicosocial de la siguiente manera: puntuación mínima de 42 puntos y calificación máxima de 168 con una media de 84 puntos, de modo que lo que este por arriba de la media lo identifica como débil o deficiente adaptación psicosocial al embarazo, y caso contrario, lo que esté por debajo de la media lo califica como buena adaptación psicosocial al embarazo:

42 a 84 puntos: Buena adaptación psicosocial.

85 a 168 puntos: débil adaptación psicosocial.

En cuanto a las dimensiones tenemos:

Para la dimensión aceptación al embarazo:

Buena adaptación = de 1 a 10 puntos.

Deficiente adaptación = de 11 a 20 puntos.

Para la dimensión rol maternal:

Buena adaptación = de 1 a 8 puntos.

Deficiente adaptación = de 9 a 16 puntos.

Para la dimensión relación con la madre:

Buena adaptación = de 1 a 18 puntos.

Deficiente adaptación = de 19 a 36 puntos.

Para la dimensión relación con la pareja:

Buena adaptación = de 1 a 16 puntos.

Deficiente adaptación = de 17 a 32 puntos.

Para la dimensión preparación para el parto:

Buena adaptación = de 1 a 14 puntos.

Deficiente adaptación = de 15 a 28 puntos.

Para la dimensión preocupación por el bienestar propio del bebé:

Buena adaptación = de 1 a 18 puntos.

Deficiente adaptación = de 19 a 36 puntos.

### 4.2.7 Fases de la investigación.

El abordaje cuantitativo de esta investigación se realizó en tres tiempos y cuatro fases.

**Primer tiempo**:

**Fase 1**.

Estuvo relacionada con la revisión documental y bibliográfica de estudios e investigaciones previas.

**Fase 2.**

Consistió en seleccionar las potenciales participantes del universo de gestantes que acudieron a su primer control prenatal en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante el año 2017. Esto con el tiempo arrojó una muestra de 100 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes de manera progresiva se les fue entregando la carta de consentimiento informado voluntario de participación; el investigador les leyó y explico las condiciones generales del estudio, el procedimiento, los riesgos y beneficios. Quienes estuvieron dispuestas a participar firmaron dicho consentimiento y así quedaron incorporadas en el proyecto, citándoseles una semana después.

**Segundo tiempo**:

**Fase 3.**

El investigador previo a entregarles el instrumento les dio una inducción a las participantes sobre el llenado del mismo.

**Fase 4.**

Se les entrego a cada una de las participantes dos instrumentos: a) Cuestionario de datos sociodemográficos; y b) Cuestionario de Evaluación Prenatal o de Adaptación psicosocial.

**Tercer tiempo**:

**Procesamiento de los datos**:

Obtenido los datos, siempre guardando el principio bioético de confidencialidad, se procedió a introducirlos lo en una plantilla electrónica (base de datos) a partir de la cual posteriormente fueron analizados estadísticamente mediante el programa PSPP versión 3 software libre para Windows.

Los estudios estadísticos que se llevaron a efecto fueron:

1. Análisis descriptivo: con el objetivo de conocer la distribución de la muestra en cada una de las variables objeto de nuestra investigación.

2. Análisis Inferencial con la finalidad de precisar o no las correlaciones de las hipótesis planteadas.

**4.3 Abordaje Cualitativo.**

Este abordaje se estructuró bajo el enfoque metodológico cualitativo en donde la aproximación a los objetos de estudio se dio en su situación natural, de manera que el investigador debió tratar de comprender los fenómenos según los significados que las personas les otorgaron.

Ésta metodología se sustenta en la producción de datos descriptivos, obtenidos en las propias palabras de las personas, así como de la conducta observable [(227)]. Además tiene un carácter inductivo porque intenta ir desde el individuo, su experiencia y su vivencia hasta categorías de análisis y conceptos que emergen de los datos obtenidos en la investigación. Por eso para Leal [(228)] el enfoque cualitativo es interpretativo, holístico, naturalista, humanista, etnográfico, siempre basado en la credibilidad y transferibilidad con una validez más interna que externa y va de los datos a la teoría, desarrollando interpretaciones y comprensiones a través de los mismos.

En este sentido, el investigador cualitativo debe ser capaz de ver las cosas, como si estuvieran ocurriendo por primera vez, con la menor influencia de concepciones y teorías previas sobre su campo de interés; más bien debe aproximarse con una mente límpida, prístina y tersa, no dejando nada por sobreentendido y permitiendo que las interpretaciones emanen de los eventos reales, ya que todas las perspectivas son valiosas. Su misión no es encontrar la verdad, sino lograr una comprensión detallada de la perspectiva [(223)], a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales, razón por la cual

esta metodología se torna útil y necesaria para estudiar procesos de orden psicológico, y cultural, contemplados en los cuadrantes superior e inferior izquierdo del modelo de Ken Wilber.

Bajo este abordaje cualitativo se realizaron dos investigaciones en dos tiempos. Una de carácter etnográfico y la otra en el campo de la fenomenología hermenéutica, siendo importante destacar que éstos estudios buscaron trascender los datos objetivos y cuantitativos del momento empírico-analítico, y aproximarnos a la significación que le dieron las gestantes a la situación vivida, sus expectativas, sus interacciones en las relaciones interpersonales, sus sentimientos, emociones, reacciones, generando así una visión global interrelacionando los fenómenos: físicos, psicológicos, sociales y culturales.

### 4.3.1 Primer tiempo: Investigación etnográfica.

La fenomenología ofrece un punto de vista alterno y diferente del positivista, relativo a la objetividad y los métodos apropiados para el estudio de la conducta humana incluyendo la cultura. La Etnografía, es uno de los métodos que deriva de la fenomenología, la cual según Malinowski, citado por Leal [(228)], es aquella rama de la antropología que estudia descriptivamente las culturas, tomando como base la organización social, la estructura familiar, la economía, las prácticas religiosas, las conductas ceremoniales, rituales y símbolos.

Etimológicamente, el término etnografía significa la descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (ethnos), es estar ahí, según Malinowski [(228)]. El ethnos, es por lo tanto la unidad de análisis para el

investigador, que no solo podría ser una nación, un grupo lingüístico, una región o una comunidad, sino también cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones estén reguladas por la costumbre o por ciertos derechos y obligaciones recíprocos. Así, en la sociedad moderna, una familia, una institución educativa, una fábrica, una empresa, un hospital, un gremio obrero, un club social y hasta un aula de clase, son unidades sociales que pueden ser estudiadas etnográficamente.

La investigación Etnográfica requiere de la convergencia de tres elementos esenciales [(228)]:

1.- Etic: Es el sujeto investigador que viene de fuera a participar en la cotidianidad del grupo. Debe conservar una postura neutral, libre y sin prejuicios, vaciando sus ideas, sus movimientos interiores (nivel emocional-juicios) asumiendo una actitud desinteresada (renuncia a las intenciones, al intentar convencer). Es estar al servicio de la intuición (conocimiento directo e inmediato, sin intervención de la deducción) y con capacidad para la comprensión de las cosas sin usar el racionamiento siendo lo esencial saber escuchar.

2.- Emic: Es el sujeto investigado, nativo del lugar o ficha clave dentro del proceso, donde su participación es plenamente activa, como fuente de información.

3.- In situ: Contexto de la investigación. El grupo investigado debe tener cosas en común como la lengua, tradición, raza y, no se pueden descuidar las categorías espacio-temporales que marcan la vida de la comunidad.

A final, recabada la información, el investigador se encarga de comprender, teniendo siempre presente ante el evento estudiado, el cómo ocurre, el cómo lo ve, el cómo lo siente y el que significa, nunca el por qué, generando de este modo la matriz necesaria para proponer estrategias a personas y/u organismos interesados.

En esta investigación todos estos pasos fueron llevados a cabo, descubriendo muchas historias y relatos idiosincrásicos, contados por las gestantes, sobre eventos reales, tratando de presentar episodios o porciones de sus vidas, documentadas con un lenguaje natural, representando lo más fielmente posible sus sentimientos, conocimientos, creencias, percepciones y modos de ver y entender la vida.

En el marco de la fenomenología, la etnografía como ciencia de los fenómenos significa "lo que aparece a la luz", "lo que se muestra", lo que llega a ser revelado. Estudia la esencia, la conciencia pura. Por eso es una ciencia descriptiva, teorética y no interesada, en oposición al pragmatismo y utilitarismo de la razón [(228)]. Además es holístico ya que permite comprender las realidades como formas totales estructuradas, como fenómenos que se integran y adquieren sentido por sus relaciones e influencias reciprocas [(229)].

Bajo estas premisas emprendimos en el primer tiempo, el estudio etnográfico, ubicado en el cuadrante inferior izquierdo del enfoque integral holónico, buscando comprender las costumbres, creencias, prácticas sociales, religiosas, conocimientos y comportamientos culturales de las gestantes primigestas participantes en esta investigación, la cual se caracterizó por contemplar los siguientes parámetros.

#### 4.3.1.1 Participantes.

Las participantes de esta investigación conformaron una muestra intencional de siete gestantes primigestas con embarazos entre las 14 y 26 semanas, procedentes del urbanismo o sector que obtuvo mayor frecuencia porcentual, tomadas del grupo de gestantes que en el abordaje cuantitativo quedaron agrupadas en la categoría: bajo nivel de adaptación psicosocial, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, previa firma de una carta de consentimiento informado suministrada por el autor (Anexo).

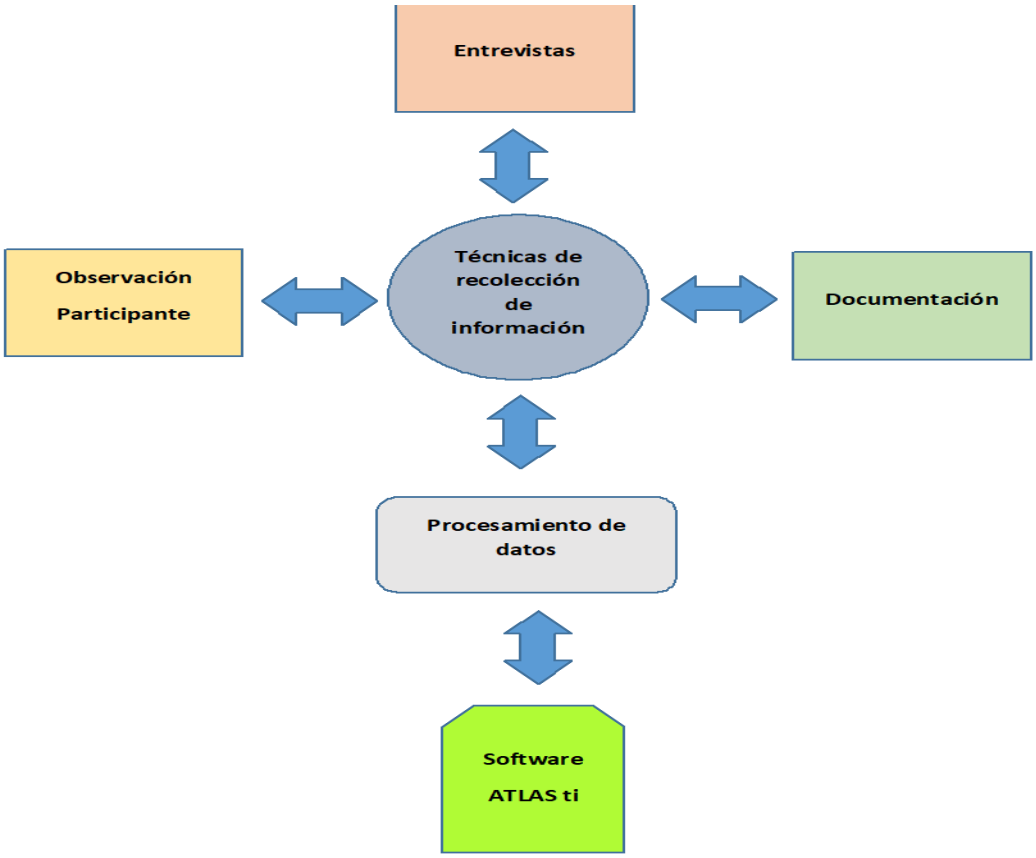
El que un grupo de gestantes primigesta reportara un bajo nivel de adaptativo en su embarazo desde el punto de vista psicosocial despertó el interés por estudiarlo etnográficamente.

#### 4.3.1.2 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas o herramientas que el investigador utiliza no sólo recogen datos, sino que son productoras de información. Además de preparar y planificar el trabajo, el investigador accederá a la información del campo de estudio sobre todo con su capacidad reflexiva y sensibilidad. En esta investigación se utilizaron las tres técnicas implícitas en la fenomenología y por ende en la etnografía: la observación participante, la entrevista en profundidad, y la documentación. Figura 3.

Figura 3

Técnicas de recolección de información y procesamiento de datos




Elaboración propia, Medina 2018.

**4.3.1.2.1 Observación participante.**

Es característica fundamental del método etnográfico la participación del investigador en la vida cotidiana del campo que estudia ya sea directa o indirectamente, durante un periodo de tiempo, observando rutinas, prácticas y rituales así como entrevistando a informantes [230, 231].

En este sentido la Observación participante tiene como característica principal, la interacción social entre el investigador y los investigados. De modo

que es un proceso de observación y recogida de datos más o menos sistemática, tomando notas de prácticas, discursos y otros incidentes relacionados con los objetivos propuestos en la investigación.

La observación participante requiere documentarse, preguntar e indagar. Se debe prestar atención al lenguaje no verbal, a los gestos y a las situaciones que sean posible portadoras de significado [232]. Cada individuo observado tiene un perfil diferente, una entidad individual y colectiva.

Es relevante señalar que el autor de esta investigación, ha ejercido un rol de Participante Observador [230, 233], por su condición de médico Obstetra en la jefatura de la consulta prenatal a lo largo de más de veinte años, de manera que no hubo necesidad de desplazarse geográficamente, sino que las observaciones siempre estuvieron imbricadas en el desempeño de su labor profesional, siempre intentado captar, comprender y reinterpretar las emociones, las imágenes y las sensaciones de las gestantes que estaban en relación con el tema de investigación; de allí que la elección de las informantes dependieron además, de la cercanía y confianza previas de las gestantes con su médico tratante.

**4.3.1.2.2 Entrevistas de profundidad.**

La entrevista en opinión de Acedo y López [234] es una comunicación interpersonal, que tiene como finalidad obtener información con relación a un objetivo. Según los mismos autores, la entrevista consiste en una conversación científica que utiliza un proceso de comunicación verbal, para recabar información y se da entre dos personas por lo menos, donde una de ellas es el entrevistador y

otra es el entrevistado. Estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas acerca de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional.

La entrevista constituye una situación concreta, única, dando lugar en ella a significados que solo se expresan y se comprenden en el propio proceso, por lo que la entrevista contiene un desarrollo de interacción, un decodificador de significados en el que necesariamente existe un efecto personal, cultural, social de quién se le entrevista. Es conversacional, más que simple intercambio formal de preguntas y respuestas.

En las entrevistas de profundidad o llamadas también abiertas, los encuentros cara a cara, no estructurados (228) entre el investigador y los informantes, están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (227) y requiere un cierto grado de intimidad y familiaridad. Por eso debe ser una conversación entre iguales (234).

En esta investigación para la realización de las siete entrevistas, hubo una preparación previa comenzando por la documentación y conocimiento del contexto, así como los temas a tratar, configurándolos mediante esquemas que existieron en la mente del autor en el momento de realizar la entrevista.

Antes de la entrevistas las participantes dieron su consentimiento para éstas fueran grabadas utilizando la transcripción de las mismas sólo con fines de investigación, manteniendo la confidencialidad de su identidad y el respeto a su

dignidad como persona; a medida que fueron transcurriendo las mismas, el investigador fue sopesando y valorando hasta dónde podía profundizar en las preguntas en función del sujeto confidente, sus creencias, costumbres, condicionantes físicos o psíquicos, labilidad emocional; manejando la dinámica con cada entrevistada para poder detectar a tiempo áreas que pudieran no resultar agradables o que pudieran causar alguna molestia. Las seis grabaciones posteriormente fueron transcritas para sus respectivos análisis.

**4.3.1.2.3 Documentación.**

Lo conforman por un lado las notas de campo, tomadas por investigador referidas al lenguaje no verbal, a los gestos, actitudes, comportamientos de las gestantes durante las entrevistas; y por el otro a los datos sociodemográficos aportados en el abordaje cuantitativo junto con la variable bajo nivel de adaptación psicosocial. De manera que con esa información obtenida fue utilizada en el marco de esta investigación, garantizando la confidencialidad de los datos y cumpliendo la ética profesional.

Apreciar y observar las actitudes y comportamientos de las gestantes durante las entrevistas configuraron el sustrato de la denominada Teoría fundamentada en los datos (TFD) propuesta por Strauss y Corbin [(235)], modelo emergente que se fundamenta en la información recabada; para esto el investigador deberá revisar los relatos escritos y oirá las grabaciones en varias oportunidades, con la finalidad de revivir la realidad en su situación concreta y después, con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida buscará comprender lo que ha ocurrido, de manera que en cada nueva revisión del

material irá captando aspectos o realidades nuevas, detalles, acentos o matices no vistos con anterioridad o no valorados suficientemente, de este modo las categorías preliminares irán brotando como parte de un proceso de codificación, hasta la saturación de las mismas, o sea, hasta que ya no haya la emergencia de nuevos datos o significantes y las categorías estén bien desarrolladas en términos de propiedades (subcategorías) y dimensiones.

Las citas serán registradas tal como las expresaron las informantes para así respaldar la construcción de las categorías y subcategorías. Dichas citas estarán identificadas con una numeración como la siguiente: 3:56(300:310), en donde el número 3 corresponde al informante, el 56 al número de cita, la cual se encuentra contenida entre las líneas 300 y 310 de la unidad hermenéutica.

A los efectos de lograr la construcción de la TFD se procesó el contenido de las entrevistas abiertas con el software ATLAS-ti.

**4.3.1.3 Procesamiento de los datos.**

Las siete entrevistas grabadas se trascribieron mediante el programa Microsoft Word 2007 como archivo de texto, y luego fueron procesadas mediante el software ATLAS-ti versión 8.3.17® (última versión Octubre 2018), lo cual permitió codificar la información, ayudando en la interpretación.

El ATLAS-ti es un software el cual fue diseñado y creado a finales de los ochenta por el alemán Thomas Murh, quien recurriendo a la tecnología hizo un intento por aplicar los planteamientos metodológicos de Glaser y Strauss [(235)]. Es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo,

principalmente, de grandes volúmenes de datos textuales, logrando integrar toda la información, facilitando su organización, búsqueda y recuperación. Estas actividades conforman el nivel textual o primera fase del trabajo de análisis que luego da paso a las actividades de tipo conceptual relacionando los elementos que posteriormente da lugar a la elaboración de modelos que pueden representarse gráficamente.

El software Atlas.ti está conformado por los siguientes elementos:

- Unidad Hermenéutica: Es el documento base, donde están contenido todos los elementos de análisis: documentos primarios, citas, códigos, familias de códigos, anotaciones y redes. Es decir, es el equivalente a un fichero "doc" (documento de texto).

- Documentos primarios: Son la base del análisis. En nuestro caso en particular, son las entrevistas transcriptas en Word.

- Citas: son los segmentos de texto marcados en los documentos primarios. Se marcan por ser importantes o significativos para el problema de investigación. Preguntas que ayudan a descubrirlas: ¿Qué ideas generales expresan? ¿Qué tono tienen dichas ideas? ¿Qué dicen los datos? El formato de la cita: puede ser desde una palabra, una línea, una frase completa, completa, un párrafo o varios. Figura 4.

- Códigos: o categorías son unidades básicas que agrupan citas que son similares en términos de significado y conceptos. Es decir, clasifican el material analizado en un nivel abstracto. Cada código se describe en términos de su

significado: ¿a qué se refiere?, ¿cuál es su naturaleza y esencia?, ¿qué dice el código? Se anotan las reflexiones del investigador. Se recomienda recuperar al menos 3 citas para soportar la descripción e interpretación del significado del código. Figura 4.

**Figura 4**

Fuente: Sampieri, 2010.

- Familias: son códigos que se relacionan entre sí. Se incluyen comentario que describen en detalle a las familias. Algunos códigos pueden contener suficiente información para ser considerados familias por sí mismo. Figura 4.

- Redes: Son representaciones gráficas de las relaciones entre documentos primarios, citas, códigos y familias, los cuales se constituyen en los nodos de la red. Permiten visualizar también las anotaciones que plasman la interpretación y construcción de la teoría que emerge de los datos.

Para realizar el proceso general de análisis con el software Atlas.ti se deben seguir varias etapas tal como se detalla en la figura 5.

Para Hernández y Opazo [236], el análisis cualitativo con el programa Atlas.ti implica considerar cuatro etapas:

1. Codificación de los datos.

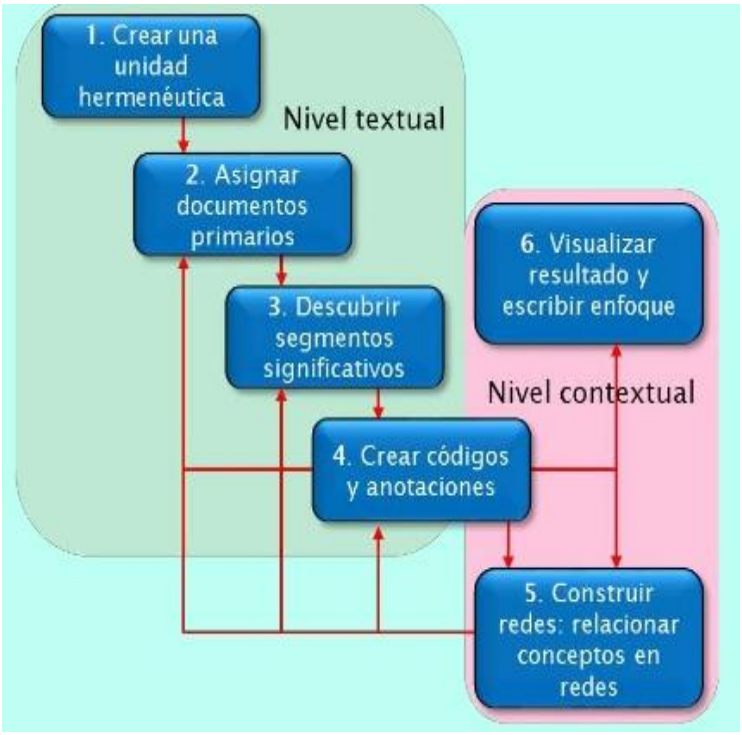
2. Categorización de los datos.

3. Estructuración y/o creación de una o más redes de relaciones entre las categorías (diagramas de flujo, mapas mentales o mapas conceptuales).

4. Estructuración de hallazgos y/o teorización (cuando sea necesario)

**Figura 5**

**Proceso general de análisis con Atlas.ti**




Fuente: Friese, 2016.

Codificación: es la creación y asignación de códigos. El código puede ser una palabra o la conjunción de varias palabras. Con la utilización de una palabra o una frase se recoge el significado o interpretación que se le da a una cita determinada. De esta forma, la codificación intenta simplificar o darle sentido a una serie de datos, un segmento de una figura o un trozo de texto [(237)]. De esta forma, la codificación intenta simplificar o darle sentido a una serie de datos, un segmento de una figura o un trozo de texto. Codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador o los pasos o fases dentro de un proceso [(238)]. Para codificar primeramente que el documento con la transcripción se guarde como texto sin formato (.txt). Luego se abre el programa Atlas.ti y se crea la unidad hermenéutica en donde se incorporan el documento primario de donde se seleccionan las citas a las cuales se le asignan los respectivos códigos.

Categorización: este paso es entendido como una operación que tiene la particularidad de agrupar o clasificar conceptualmente un conjunto de elementos (datos o códigos) que reúnen o comparte un significado, por lo tanto, es concebida en un nivel de abstracción superior que está más próxima a un nivel relacional conceptual, que a un nivel de datos brutos (documento primario). La categorización implica crear familias de categorías. El programa ofrece la asistencia para realizar este proceso y además genera un reporte de gran utilidad ´para el investigador sobre las categorías y objetos agrupados en él.

Estructuración: Con las categorías ya conformadas, se procede a organizar los objetos de construcción en redes de relaciones o mapas conceptuales y la

estructuración de hallazgos. Las redes estructurales representan, gráficamente, un sistema de relaciones entre las categorías. En tanto, estas redes conceptuales permiten las interpretaciones y permite la realización de argumentos o reflexiones. En el programa Atlas.ti, existe una pestaña llamada “redes” donde puede ubicarse un asistente de redes. Se crea una nueva red y se importa los objetos ya registrados previamente, entiéndase, códigos y familias. El programa los vincula y el investigador puede estructurar la red permitiéndole al investigador interpretar la realidad de manera fluida. A partir de las relaciones reflejadas en las redes, estructura su discurso teórico.

Teorización: Es la acción permite la sistematización en la búsqueda de los significados para la comprensión del fenómeno de estudio. La teorización ayuda a hacer una recomposición de la información a partir de las categorías más relevantes que emergieron producto de la codificación y categorización previa. En el caso que nos ocupa, la teorización se construyó a partir de las categorías emergentes en el proceso de análisis e interpretación de la información recogida de la transcripción de las 7 entrevistas. En el proceso de interpretación de las categorías que emergieron, se procedió a la generación de argumentos a partir de la información recogida; se retomaron los argumentos descriptivos a la luz de los diferentes enfoques teóricos y emanaron las distintas relaciones conceptuales. La construcción del discurso teórico o la teorización representa un proceso de síntesis, afinando con explicaciones sólidas, la idea de crear la perspectiva que se hilvanó como objetivo. Al efecto, el análisis exegético permitió la comprensión de la realidad y la interacción de los protagonistas del hecho educativo; esto propició la obtención de

reflexiones propias, construidas mediante la vinculación de esa realidad y el proceso cognitivo.

#### 4.3.1.4 Confiabilidad de la investigación.

El mecanismo de control de calidad en las investigaciones cualitativas es mediante la triangulación y es entendida como una manera de mejorar los resultados que el investigador obtiene tras aplicar una técnica concreta a su estudio. En la triangulación se utilizan múltiples líneas de visión dirigidas hacia el mismo punto [(239)]. En este sentido, la triangulación tiene dos funciones principales. La primera proviene del enriquecimiento (validez interna) que una investigación recibe cuando, a la obtención inicial de datos y su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas, se adopta una distinta perspectiva o se la añaden diferentes datos. La segunda procede del aumento de la confiabilidad (validez externa) que dicha interpretación experimenta cuando las afirmaciones del investigador son corroboradas o por la contrastación empírica con otra serie similar de datos. Las investigaciones trianguladas con consideradas como pluralistas, por la diversidad de enfoques y de perspectivas que se aplican a ellas.

Denzin [(240)] define como triangulación de teorías como el uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos. De manera que la triangulación teórica estaría orientada al contraste de hipótesis causales rivales. Es evidente que confrontar distintas teorías en un mismo grupo de datos permite una crítica eficiente coherente con el método científico.

En esta investigación varios emplearon enfoques teóricos: fenomenológico, etnográfico y psicológico. Estas perspectivas teóricas supusieron una investigación documental que llevó a comprender con profundidad sobre la realidad y problemáticas que se presentó en este estudio. En esta investigación los análisis provinieron fundamentalmente de los relatos de vida de las gestantes obtenidas mediante entrevistas a profundidad. Cabe mencionar que diferentes datos de esta investigación fueron discutidas con algunos profesores y expertos en la materia.

### 4.3.2 Segundo tiempo: Investigación Fenomenológica hermenéutica.

Esta segunda investigación bajo la metodología cualitativa, utilizó como método la fenomenología hermenéutica y como herramienta las Constelaciones Familiares.

La Fenomenología como ciencia rigurosa, fue impulsada por Edmund Husserl [(241)], como crítica a la forma de hacer ciencia, basada en el racionalismo newtoniano-cartesiano propio del paradigma empírico-analítico. El fenómeno (lo que aparece, lo que se muestra en sí mismo) es observado para encontrarle su significado.

En este sentido, sostiene Husserl que, en contraposición a las ciencias de los hechos, fundamentadas en la experiencia y que investigan realidades, emerge la fenomenología como ciencia de esencias, ciencia eidética, que se fundamenta en la intuición e investiga posibilidades ideales y relaciones esenciales. Define la esencia como lo que se encuentra en el ser autárquico de un individuo constituyendo lo que él es. Asume como conciencia la corriente de vivencias del sujeto las cuales tienen

una esencia propia, intuitivamente aprehensible susceptible de que se lo contemple, siendo este el campo de la fenomenología. Para hacer esto posible el autor postula la necesidad de practicar la epojé que significa desconexión, interrupción o suspensión de juicios, así como colocar entre paréntesis nuestras tesis, teorías, conocimientos, hipótesis, intereses, tradición y cosmovisión previos.

En este aspecto, el investigador se interesa exclusivamente por el sentido que tienen los fenómenos para el sujeto de estudio, de tal forma que capta la conciencia pura en su absoluto ser propio, es decir los noemas contenidos en ella, a través de la reducción fenomenológica, estando estos en íntima relación con la praxis de cada sujeto, es decir, su noesis. Así, el investigador no se limita al estudio de casos, aunque parte de ellos, sino que su meta consiste en alcanzar los principios generales mediante la intuición de la esencia, teniendo en cuenta que sus hallazgos no son generalizables, sin embargo, sí son transferibles a fenómenos en contextos similares [228, 241, 242, 243].

La investigación fenomenológica [228, 242, 243], se caracteriza por ser de carácter inductivo (de los datos a la teoría), así, el conocimiento científico desde este punto de vista no se legitima por la cantidad de sujetos estudiados, sino por la cualidad de su expresión. Se presenta lo racional en relación complementaria y sinérgica con lo emocional, lo intuitivo y lo espiritual, se llega a conocer al individuo en lo personal y toma en consideración lo que siente en su cotidianidad. El investigador congela sus creencias y predisposiciones, no busca la verdad ni la moralidad, sino la comprensión profunda de las perspectivas de otras personas. Por esta razón el diseño del estudio es flexible, abierto y emergente.

Hablar de hermenéutica es referirse al arte de interpretar, de entender el sentido sobre o de algo, de hecho todo acto de conocer es un acto hermenéutico, y conlleva un acto interpretativo. Interpretar es poner un texto en su contexto cultural y de tradición. Estos textos pueden ser documentos escritos, obras de arte, diálogos, incluso conductas y hasta la misma realidad. Interpretamos a las personas para conocer y comprender sus expectativas y sus ilusiones, esto es, todo aquello que les da significado [(244)]. La fenomenología hermenéutica es entonces un método cualitativo que partiendo de la observación del fenómeno luego lo interpreta.

Uno de los diseños más utilizados en este método es el de Spiegelberg que incluye cinco fases [(228)]:

Fase 1: Descripción del fenómeno. El investigador describe el fenómeno en toda su riqueza sin omitir detalles.

Fase 2: Búsqueda de múltiples perspectivas. El investigador no solamente toma en cuenta las opiniones de los sujetos de estudio, sino también la visión del fenómeno por parte de agentes externos o personas involucradas, además de su propia opinión sobre el fenómeno de estudio, evitando la crítica sobre las opiniones de los otros actores participantes.

Fase 3: Búsqueda de la esencia y de la estructura. En este proceso se organiza la información a través de matrices para ser contrastada de manera que emerjan las semejanzas y diferencias sobre el fenómeno en estudio.

Fase 4: Constitución de la significación. Una vez organizada la información e identificadas las semejanzas y diferencias se facilita la constitución de los significados que los sujetos de estudio tienen con respecto al fenómeno.

Fase 5: Interpretación del fenómeno. Después de haber seguido este procedimiento el investigador tiene todos los elementos para hacer la interpretación que le permita comprender la realidad de estudio; es importante señalar que todo este proceso está presidido por la epojé o suspensión de juicios.

Para construir la realidad se debe comprender y para comprender según Gadamer se debe interpretar, de allí la necesidad de incorporar la hermenéutica como injerto en la fenomenología al momento de intentar una aproximación a la realidad.

En ésta investigación que como base los acontecimientos del pasado familiar (exclusiones, secretos familiares) de las gestantes y la influencia que éstos podían ejercer en las generaciones futuras siendo una de sus expresiones las enfermedades, los síntomas que de ella se derivan, todas esas fases fueron transitadas

La ciencia Hellinger, a través de las Constelaciones familiares, ha puesto en evidencia el poder de conexión que cada persona tiene con sus antepasados. En la familia hay interconexiones sistémicas, los síntomas no escapan de estas interconexiones. Cuando la gestante no se libera de sus ataduras inconscientes, siendo leal a sus ancestros, los acontecimientos familiares afloran. Esta psicoterapia pretende hacer consciente los hechos inconscientes para lograr en la gestante un

bienestar físico mental, emocional, social, ecológico y espiritual, bienestar que a su vez va a recibir el bebé intrauterino.

#### 4.3.2.1 Participantes.

La investigación contó con la participación de tres gestantes tomadas como muestra intencionada de la investigación etnográfica realizada en el primer tiempo de este abordaje cualitativo, en la cual se trabajó la sintomatología emergente referidas por ellas.

Cada Constelación realizada a su vez contó con un número variable de representantes que fueron elegidos en función de lo significativo de su presencia e intuitivamente por cada una de las gestantes. De esta manera, la elección fue aleatoria dentro de un grupo de representantes potenciales que acudieron los días en que se realizaron las constelaciones.

#### 4.3.2.2 Aspectos éticos.

La escogencia de tres gestantes primigestas con embarazos comprendidos entre las semanas 14 y 26, estuvo ajustada perfectamente a la investigación y pudieron beneficiarse de la misma. Todas consintieron su participación voluntaria con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismas. Y además se les garantizó el debido respeto, implicando éste respeto el permitirles cambiar de opinión y/o abandonar la investigación; que el manejo de la información siguiera reglas explícitas de confidencialidad; que toda información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación se les diera a conocer;

y que, en reconocimiento a su contribución, se les informaron los resultados, y siempre se tuvo presente que el bienestar de ellas fue prioritario en todo momento.

**4.3.2.3 Valor y validez científica-clínica.**

Se utilizó una herramienta eficaz en el abordaje de la sintomatología particular de cada gestante la cual contó con una base teórica y una propuesta terapéutica consistente expuestas con un lenguaje coherente y estructurado.

**4.3.2.4 Técnicas de recolección de datos.**

En esta investigación se utilizó como técnica o herramienta para la recolección de los datos la observación participante, técnica que permitió al investigador recoger datos de modo sistemático directamente de los contextos.

El investigador plasmo en su cuaderno de campo anotaciones relativas a sus percepciones, interpretaciones y comentarios de lo observado durante la realización de cada una de las constelaciones familiares realizadas.

**4.3.2.5 Procedimiento.**

- Se escogieron tres gestantes de la investigación etnográfica del primer tiempo que en la entrevista manifestaron tener alguna sintomatología sin una causa clínica aparente que la justificara o que por lo menos no se justificara su presencia.

- A las gestantes seleccionadas se les dio una charla sobre las constelaciones familiares, que incluyo las bases teóricas y su praxis como psicoterapia en la solución de conflictos inconscientes.

- Con ese conocimiento previo a las gestantes se les propuso si deseaban participar en la investigación, con la finalidad de constelar el síntoma que padecían.

- Las participantes que aceptaron participar voluntariamente, firmaron el consentimiento informado.

- A cada una se le convocó por separado para que participaran en una constelación familiar. Se le indicó lugar, fecha y hora.

- Se realizaron en sesiones únicas e individuales tres constelaciones familiares, una para cada gestante. En ellas, éstas primeramente eligieron en forma intuitiva entre el resto de los asistentes a la Constelación, las personas que representarían a los miembros de su familia, incluido ella misma, asumiendo la gestante a partir de este momento un rol pasivo como observador externo de la escena. Elegidos los representantes, la gestante los ubicó en determinadas posiciones y orientaciones según la proyección que tenia de su familia. A partir de este momento intervino el constelador para desarrollar la psicoterapia sistémica. Cada sesión tuvo una duración aproximada entre 40 y 60 minutos.

- En investigador observó el curso de cada constelación y anotó en su cuaderno de campo las percepciones, comprensiones, interpretaciones y comentarios de cada psicoterapia realizada.

- La filosofía central que guio cada encuentro fue determinar el origen transgeneracional de las sintomatologías por las cuales consultaron las gestantes.

**4.4.- Triangulación y creación de una teoría.**

La triangulación según Leal [228], consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno. Existen cuatro tipos de triangulación [245]: 1 de datos; 2.- de investigador; 3.- teórica y 4.- metodológica. Esta última aplica en esta investigación ya que intervienen varias metodologías. En éste sentido Bericat [246] señala la existencia de tres estrategias para lograr la integración metodológica: la complementación, la combinación y la triangulación.

La complementación refiere al uso de metodologías cuantitativa y cualitativa con el objetivo de abordar, con cada una de ellas de forma separada, una dimensión diferente del objeto de estudio de una investigación. Esta estrategia conserva la independencia de métodos y de resultados ya que cada método se usa para responder a interrogantes diferentes de la investigación.

La combinación indica el uso de un método de manera subsidiaria respecto al otro a los fines de aumentar la validez del último. Aquí sí hay combinación metodológica con el propósito de obtener un solo tipo de resultado, proveniente de la última metodología empleada.

Finalmente, la convergencia o triangulación supone el uso de ambas metodologías para abordar el mismo aspecto de la realidad. En este caso, si bien hay independencia en la aplicación de los métodos, existe una convergencia en los resultados. Su utilización implica la aceptación de que ambas metodologías pueden captar igual aspecto de la realidad.

El principal beneficio que brinda el uso combinado de metodologías es la posibilidad de superar los sesgos y limitaciones propios de cada método a partir de su integración con otro/s. Así, la triangulación permitiría una mirada crítica sobre los datos obtenidos, identificar sus debilidades y la necesidad de abordajes complementarios [247]. Además a juicio de varios autores la triangulación es de utilidad cuando se pretende aumentar la confiabilidad y validez de las teorías, contrastar hipótesis a través de metodologías diferentes, probar hipótesis rivales, refinar y crear teoría [246, 247, 248]. En este sentido, contribuye al aumento de la validez interna de una investigación (al combinar métodos y tipos de datos, aumentaría la credibilidad de los resultados obtenidos), así como de su validez externa, por la combinatoria de métodos se eliminarían los sesgos que la aplicación de cada uno de ellos en forma aislada trae consigo y el análisis ganaría objetividad [248].

Teniendo en cuenta estas ideas, en esta investigación, una vez obtenido los resultados se triangularon los aspectos psicosociales de las gestantes estudiadas del abordaje cualitativo (cuadrante superior e inferior derecho) con los aspectos etnográficos y hermenéuticos del abordaje cualitativo (cuadrante inferior izquierdo y cuadrante superior izquierdo), lo cual sentó las bases para la creación de una teoría de carácter innovador.

Una teoría según Morles [249] tiene dos acepciones igualmente válidas: una vulgar o corriente, según la cual teoría es lo opuesto a la práctica y la otra que concibe la teoría como una construcción intelectual racional que ordena, describe o explica en forma resumida un conjunto de hechos o fenómenos aislados [248,250, 251] En esta última acepción se pueden distinguir dos sentidos no contradictorios: el

sentido común del término, es decir, cuando por teoría se entiende una explicación provisional pero racional y coherente sobre un asunto cualquiera; y un sentido estricto o científico, cuando se refiere a un conjunto inductivo/deductivo de proposiciones presentadas en forma rigurosa y altamente formalizada.

En cualquiera de las acepciones, acerca de las teorías se puede decir que ellas pueden ser verdaderas o falsas, pero también son instrumentos básicos para el avance de la ciencia en general y de la investigación científica en particular [(252)].

Toda teoría científica es saber racional, además de útil y probablemente verdadero, y racionalidad significa coherencia interna y concordancia con la realidad. Por eso el objetivo fundamental de la ciencia es la construcción de teorías, las cuales pueden ser producto de la intuición, la experiencia o la investigación metódica, tres elementos que se conjugaron en este estudio.

La relación entre teoría e investigación, como entre ciencia y técnica es de complementaridad, interdependencia e integración. La investigación se centra en la observación sistemática de hechos mientras que la teoría hace énfasis en la reflexión y la interpretación. Todo investigador guía su trabajo (consciente o inconscientemente) por alguna teoría, y toda teoría científica se construye sobre el saber acumulado, y se contrasta mediante la práctica, la lógica o la investigación. En última instancia para la ciencia en general, y cada ciencia en particular, una teoría o un conjunto articulado de teorías son aquellas que sirven para comprender o interpretar la realidad.

Por otro lado el concepto de teoría está vinculado con el de paradigma, término puesto de moda a partir de Kuhn [(253)] el cual se puede definir como un conjunto íntimamente entrelazado de teorías, o como una teoría de gran cobertura, mediante el cual una comunidad interpreta una realidad concreta o el mundo en su conjunto.

Al respecto se puede decir que entre los conceptos de paradigma, teoría, modelo, hipótesis y ley existe una relación dialéctica de continuidad laxa, por cuanto cualquiera de ellos se puede transformar en otro de ellos y todos conforman un continuum que va de lo más general y menos comprobado (el paradigma y la teoría) a lo más específico y verificado (la ley). En última instancia toda teoría plausible, como toda religión, hipótesis o ley, es una suposición o creencia, con sacerdotes, seguidores y también detractores.

Lo que si es cierto es que toda teoría que se precie de científica tiende a la formalización, es decir, hacia su presentación rigurosa, tratando de incorporar elementos cuantitativos. Pero estamos conscientes, desde luego, de que no hay antagonismo entre lo cualitativo y lo cuantitativo, puesto que la medición no es más que la manera más precisa que existe para informar sobre lo cualitativo. Distinto es, desde luego, reconocer que unos objetos o variables son más difíciles de observar o medir que otros en determinadas circunstancias de tiempo o lugar.

También es cierto que una teoría es admitida como científica solamente cuando integra un conjunto de hechos en apariencia independientes en una estructura coherente que permite hacer predicciones [(252)].

Cuando una teoría o fenómeno de la realidad se presenta en forma simplificada se dice que es un modelo.

Como consecuencia de todo lo anterior se puede decir que teorizar, es para el ser humano una relevante actividad de producción intelectual en donde va a privar los conocimientos o explicaciones coherentes sobre la realidad, como descripciones sintéticas de conocimientos, experiencias y supuestos razonables sobre un hecho o fenómeno.

Todas estas reflexiones nos condujeron  a ir moldeando la teoría que al convenimos en denominar: Deudas meméticas inconscientes.

## ESCENARIO 5

## Resultados e interpretación

### 5.1. El proceso de reflexión.

Como parte del transitar reflexivo que implicó la construcción de esta Tesis Doctoral, a lo largo de cuatro años, se generaron varios productos intelectuales entre los que se destacan conferencias regionales, nacionales e internacionales como expositor, asistencia como invitado a programas de televisión nacional tratando temas relativos a emociones y embarazo, emociones y constelaciones familiares, edición y publicación del libro "Un email para el bebé in útero"; creación de la página web www.uteroprimeraescuela.wordpress.com, con más de 12700 visitas para Octubre del 2018, artículos que fueron publicados en revistas científicas indexadas Nacional e Internacional hasta la creación de la asignatura Psiquismo Fetal, en la Escuela de Psicologia de la Universidad Arturo Michelena. Estos productos de investigación propiciaron la maduración progresiva y concreción de la presente Tesis Doctoral. A continuación se enumeran en orden cronológico:

- Participación como ponente, en el "Foro Formas de hacer ciencia" con la conferencia "**El útero la primera escuela, bajo el enfoque integral holónico**". Academia Nacional de Medicina. Caracas, 22-09-2015.
- Participación como ponente, en el "Taller de Bioética en Medicina" con la conferencia

  "**Luis Razetti y la Bioética en la investigación**". Colegio de Médicos del Estado Carabobo. Valencia. 16-04-2016.

- Participación como ponente, en los "Encuentros Hermenéuticos" con la conferencia "**Visión epistemológica desde el paradigma integral holónico**" Universidad Panamericana del Puerto. UNIPAP. Puerto Cabello. 25-04-2016.
- Participación como ponente, con la conferencia **"El Útero como primera escuela".** Universidad Arturo Michelena. Valencia. 18-05-2016.
- **Creación de la cátedra Psiquismo Fetal**. Escuela de Psicologia. Universidad Arturo Michelena. Valencia. 22-06-2016.
- Participación como ponente, con la conferencia **"Psiquismo fetal"** Universidad Arturo Michelena. Valencia. 13-10-2016.
- Participación como ponente, en el 2do Congreso latinoamericano y del Caribe con la conferencia **El útero nuestra primera escuela. Investigación con el Modelo Integral Holónico. Avance**. Puerto Cabello del 21 al 24 de Febrero de 2017.
- Asistencia como invitado en los programas de la televisora nacional GLOBOVISION disertando sobre **las emociones maternas, las constelaciones familiares y embarazo**, **enseñanza materna y aprendizaje fetal.**

  Programa Entre Noticias. Emisión 03-03-2017. www.globovisión.com

  Programa Soluciones. Emisión 30-03-2017. www.globovisión.com

  Programa Soluciones. Emision 18-08-2017. www.globovisión.com

Programa Noticias Globovisión Salud. Emisión 10-11-2017. www.globovisión.com

- Publicación del libro **"Un email para el bebé in útero".** Fondo editorial Carabobo. Depósito legal lf04120076102613. ISBN 978-980-12-2663-5. Primera Edición Octubre 2016. 1era Reimpresión Marzo 2017.
- Artículo **Enseñanza Materna, Aprendizaje Fetal.** Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Mayo-Agosto 2017 Vol. 21 N° 2
- Artículo **El enfoque integral holónico.** https://revistamedica.com/ultimos-articulos-publicados. 26-03-2018.
- Artículo **El útero la primera escuela bajo el enfoque integral holónico.** https://revistamedica.com/ultimos-articulos-publicados. 20-04-2018.
- Artículo **El enfoque integral holónico de Ken Wilber, otra visión a la hora de investigar.** Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Enero-Abril 2018 Vol. 22 N° 1.
- Artículo **Relación entre embarazo no deseado y variables antropométricas de las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del HUAL durante el tercer trimestre del año 2017.** https://revistamedica.com/ultimos-articulos-publicados. 28/05/2018.
- Participación como ponente, con la conferencia **"Psiquismo fetal. Rescatando los 280 días"** Maternidad Santa Maria. Valencia. 14-06-2018.

## 5.2 Abordaje cuantitativo.

### 5.2.1 Análisis descriptivo del grado o nivel de adaptación psicosocial.

Con el fin de lograr nuestro propósito se analizó en primera instancia el nivel de adaptación psicosocial de la muestra de 100 gestantes primigestas que cursaban el segundo trimestre, elemento cardinal que contribuyó a determinar los estadísticos posteriores.

El análisis descriptivo arrojó que el 72% de la muestra tuvo buena adaptación psicosocial en contraste con el 28% que reportó deficiente adaptación, (Tabla 1 y Gráfico 1).

Sobre este último grupo versó fundamentalmente este abordaje cuantitativo, (matriz además del abordaje cualitativo), interesando profundizar en las causas que pudieran justificar esa deficiente adaptación, más aún, si consideramos el II trimestre como la época en donde la gestante al tener mayor estabilidad emocional condiciona de manera óptima su adaptación al embarazo.

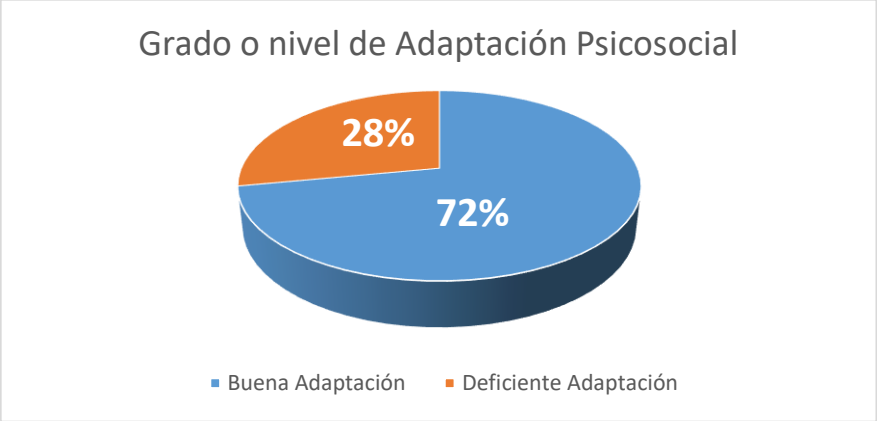
**Tabla 1**

**Nivel de adaptación psicosocial**

| **Grado o Nivel** | **Frecuencia** | **Porcentaje** |
|---|---|---|
| Buena Adaptación | 72 | 72 |
| Deficiente Adaptación | 28 | 28 |
| **Total** | **100** | **100** |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**Gráfico 1**




**Fuente Elaboración propia (Medina.2018)**

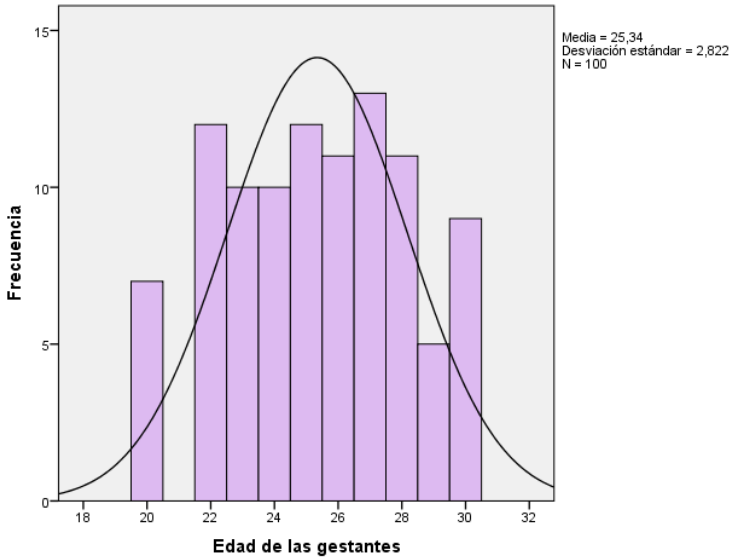
### 5.2.2 Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos.

#### 5.2.2.1 Edad

En relación a ésta variable la media de la muestra fue de 25,34 años (gráfico 2), en tanto que la moda se ubicó en 27, pues fue el dato más común y el que más se repitió, y la mediana fue de 25 años, es decir, el 50% de los datos de nuestra muestra pertenecieron menores de 25 y el otro 50% se ubicó entre 25 y 30 años.

## Gráfico 2

### Edad. Medidas de tendencia central




**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Cuando se contrastaron estos descriptivos de tendencia central con la muestra de gestantes con deficiente adaptación psicosocial los valores cambiaron tal como se aprecia en la tabla 2.

**Tabla 2**

**Edad de la gestante con deficiente adaptación psicosocial**

| | | |
|---|---|---|
| N | Válido | 28 |
| Media | | 26,0714 |
| Mediana | | 26,5 |
| Moda | | 28 |
| Desviación estándar | | 2,49338 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

En la tabla 3 se muestran los estadísticos de frecuencia, contrastando las edades con lo grados de adaptación psicosocial, siendo la edad de 28 años donde se apreció una mayor incidencia de gestantes con deficiente adaptación (seis casos), seguido de la edad de 24 años (cinco casos). La incidencia entre esas dos edades se ubicó en 18 casos, equivalente al 64%.

**Tabla 3**

**Edad vs Nivel de adaptación Psicosocial**

| | | NAPS | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Buena adaptación psicosocial | Deficiente adaptación psicosocial | Total |
| **Edad de las gestantes** | 20 | 7 | 0 | 7 |
| | 22 | 10 | 2 | 12 |
| | 23 | 7 | 3 | 10 |
| | 24 | 5 | 5 | 10 |
| | 25 | 9 | 3 | 12 |
| | 26 | 10 | 1 | 11 |
| | 27 | 10 | 3 | 13 |
| | 28 | 5 | 6 | 11 |
| | 29 | 2 | 3 | 5 |
| | 30 | 7 | 2 | 9 |
| Total | | 72 | 28 | 100 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**5.2.2.2 Estado civil.**

Con respecto al estado civil de las participantes, 47 gestantes eran solteras y 23 mantenían una unión libre conformando ambos grupos el 70% muestral. El 30% refirieron estas casadas. Tabla 4.

**Tabla 4**

**Estado civil. Porcentaje**

| | Porcentaje |
|---|---|
| Soltera | 47 |
| Casada | 30 |
| Unión libre | 23 |
| Total | 100 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Interesó conocer la comparación entre el estado civil y los niveles de adaptación psicosocial, apreciándose un resultado relativamente similar a la muestra general. Tabla 5.

**Tabla 5**

**Estado civil vs nivel de adaptación psicosocial**

| | | NAPS | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Buena adaptación psicosocial | Deficiente adaptación psicosocial | Total |
| Estado civil | Soltera | 34 | 13 (46,4%) | 47 |
| | Unión libre | 14 | 9 (32,1%) | 23 |
| | Casada | 24 | 6 (21,5%) | 30 |
| Total | | 72 | 28 (100%) | 100 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

### 5.2.2.3 Nivel educativo alcanzado.

La totalidad de las gestantes de la muestra reportaron un nivel educativo completo alcanzado en alguno de las diferentes etapas (Tabla 6). Así, el 51% de las gestantes tenían estudios universitarios, en tanto que el 46% eran bachilleres**.**

**Tabla 6**

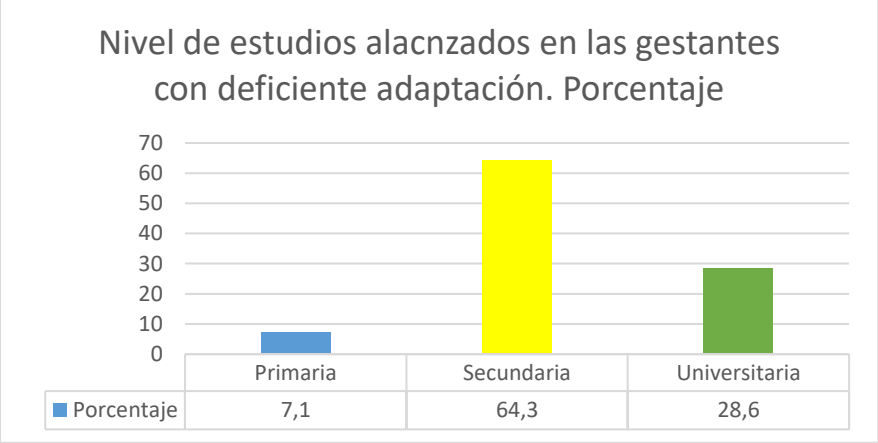
**Nivel educativo alcanzado**

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| Universitaria | 51 | 51 |
| Secundaria | 46 | 46 |
| Primaria | 3 | 3 |
| Total | 100 | 100 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

El nivel educativo alcanzado en la muestra de gestantes con deficiente adaptación psicosocial fue secundaria. Gráfico 3.

**Gráfico 3**




**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

### 5.2.2.4 Condición laboral.

En lo que concierne a la condición laboral de las gestantes en estudio, identificamos cómo el 59% estaba empleada en contraste con el nivel de desempleo del resto de las gestantes que se ubicó en un 41%. Gráfico 4.

**Gráfico 4**

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

Cuando se analizó la condición laboral de las gestantes con deficiente adaptación laboral se encontró invertida la relación, ocupando el desempleo el 67,9%. Tabla 7.

**Tabla 7**

**Condición laboral en gestantes con débil APS**

| Condición laboral | Porcentaje |
|---|---|
| Desempleada | 67,9 |
| Empleada | 32,1 |
| Total | 100 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

### 5.2.2.5 Convivencia.

El 57% de las gestantes con buena adaptación convivían con su pareja, en tanto que el 35% lo hacían con su familia de origen, relación que se encontró invertida en las gestantes con deficiente adaptación psicosocial, en donde la convivencia con su familia se ubicó en el 71,4% de los casos. Tabla 8

**Tabla 8**

**Convivencia vs Nivel de adaptación**

| | | NAPS | | |
|---|---|---|---|---|
| Convive: | | Buena adaptación psicosocial | Deficiente adaptación psicosocial | Total |
| | Con la pareja | 52 | 5 (17,9) | 57 |
| | Con su familia | 15 | 20 (71,4%) | 35 |
| | sola | 4 | 3 (10,7) | 7 |
| | Con la familia de la su pareja | 1 | 0 | 1 |
| Total | | 72 | 28 (100%) | 100 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

### 5.2.2.6 Planificación del embarazo.

Del el análisis descriptivo de la variable "planificación del embarazo" extraemos la evidencia de que la mayor parte de las participantes (72%) no planificó el embarazo. Tabla 9.

**Tabla 9**

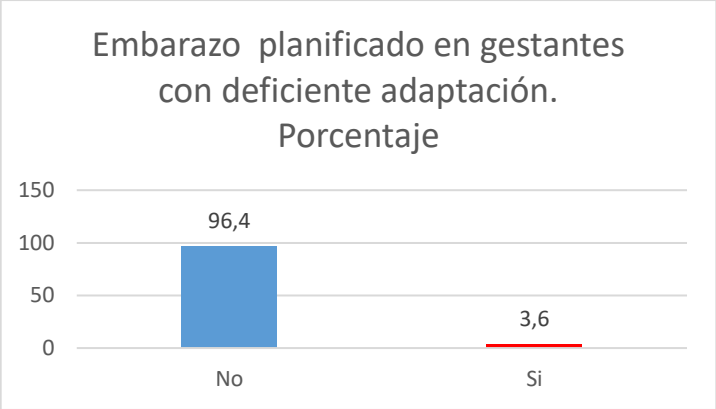
**Embarazo planificado**

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| No | 72 | 72,0 |
| Si | 28 | 28,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Cuando se analizó esta variable en la muestra de gestantes con deficiente adaptación psicosocial la proporción de embarazo no planificado se incrementó enormemente, reportando el 96,4% muestral. Gráfico 5.

**Gráfico 5**

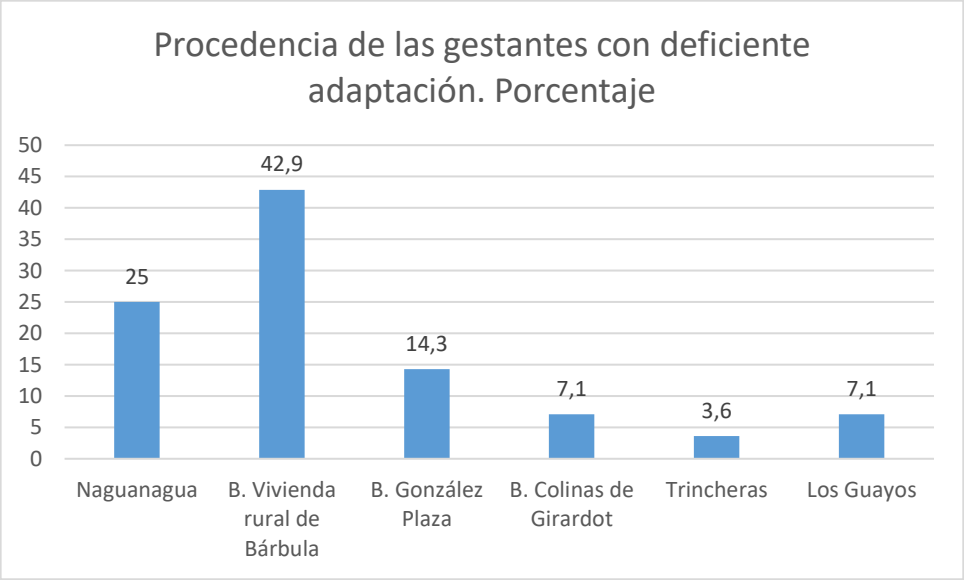



**Fuente: Elaboración propia, (Medina. 2018)**

### 5.2.2.7 Procedencia.

Esta variable en la muestra de las gestantes con deficiente adaptación determinó que el urbanismo con mayor porcentaje (42,9) de donde provinieron fue la Vivienda Rural de Bárbula. Gráfico 6.

**Gráfico 6**




**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

### 5.2.2.9 Resumen e Interpretación de los datos socio-demográficos encontrados en las gestantes con deficiente adaptación psicosocial.

La edad promedio se ubicó en 26,07 años. La edad de 28 años fue donde se apreció una mayor incidencia de gestantes con deficiente adaptación (seis casos), seguido de la edad de 24 años (cinco casos). La incidencia entre esas dos edades se ubicó en 18 casos, equivalente al 64%. El ser soltera (46,4%), el estar unida libremente (32,1%) arrojó un total del 78,6% evidente demostración de la

inexistencia de una sólida configuración familiar, que se convalida con la convivencia de la gestante con su familia de origen (71,4%). El desempleo se ubicó en el 67,9%, la educación secundaria alcanzada reportó el 64,3%; la no planificación del embarazo alcanzó la cifra del 94,4% muestral, y la mayoría procedió del Barrio Vivienda rural de Bárbula, 42,9%.

Al segmentar la muestra inicial de 100 gestantes, en 28 con deficiente adaptación y analizarse estadísticamente, estas últimas reflejaron diferencias que en cierta medida permitieron interpretar en parte, el origen de esa débil adaptación, prueba irrefutable de cómo las gestantes están fuertemente condicionadas por el entorno sociocultural y familiar en el que están inmersas. Para profundizar en este aspecto a continuación se muestra el análisis descriptivo realizado, a partir de los resultados obtenidos del Cuestionario de Evaluación Prenatal.

### 5.2.3 Análisis descriptivo del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ) en gestantes con deficiente adaptación psicosocial.

Este análisis descriptivo del Cuestionario de Evaluación Prenatal de Armengol [5] se obtuvo de la muestra de 28 gestantes con deficiente adaptación psicosocial (gráfico 1), donde se analizaron diversas variables las dimensiones que estuvieron estrechamente vinculadas entre sí. El análisis de las informaciones aportadas por las propias gestantes, nos condujo a anticipar la posibilidad de que los aspectos emocionales y sociales fuera predictor en el proceso adaptativo entre nuestras gestantes.

De las seis dimensiones, la Aceptación del embarazo, la Calidad de la relación con la madre y la calidad de la relación con la pareja, cobraron especial relevancia, al considerárseles sustrato del proceso de adaptación sin menospreciar el resto de las dimensiones analizadas por aquello de la integralidad que define el enfoque guía de esta investigación.

**5.2.3.1 Dimensión Aceptación del embarazo.**

Esta dimensión define que el desenvolvimiento de la misma, depende la propia gestante, así como su nuevo proyecto de vida y su futuro hijo. Fueron los ítems 1, 2, 31, 33 y 34 los que aportaron la información necesaria para poder comprender esta dimensión. A continuación, mostraremos los resultados de los estadísticos descriptivos, de cómo las gestantes aceptaron su gestación.

La media en esta dimensión fue de 11,6071, puntuación que puede explicarse, si se considera que muy probablemente para las gestantes el momento en que quedaron embarazadas no fue el más apropiado. La mayoría de ellas recordemos, afrontaron un embarazo no planificado (94,4%), estando desempleadas (67,9%), viviendo con su familia (71,4%), siendo solteras y/o en unión libre (78,6%) o padeciendo la situación-país. Tabla 10.

**Tabla 10**

**Estadísticos de medias**

**Dimensión aceptación del embarazo**

| | | |
|---|---|---|
| N | Válido | 28 |
| Media | | **11,6071** |
| Mediana | | 10,0000 |
| Moda | | 10,00 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Veamos a continuación los valores medios de los cinco items correspondientes a esta dimensión. Tabla 11.

**Tabla 11**

**Dimensión aceptación del embarazo: medias de todos los ítems**

| | | Ítem 1 Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada | Ítem 2 Puedo tolerar las molestias del embarazo | Ítem 31 Me cuesta aceptar este embarazo | Ítem 33 Hasta el momento éste ha sido un embarazo fácil | Ítem 34 Ojalá no estuviera embarazada |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N | Válido | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| Media | | 3,0714 | 2,2143 | 2,0000 | 2,4286 | 1,8929 |
| Mediana | | 3,0000 | 2,0000 | 2,0000 | 2,5000 | 2,0000 |
| Moda | | 4,00 | 2,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Se aprecia en la tabla 11 que el valor medio más alto (3,0714) se ubicó en el ítem 1y el más bajo (1,8929) en el ítem 34. Analicemos a continuación cada uno de los items.

**Tabla 12**

**Estadísticos de frecuencias**

**“Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada”**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 4 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| | Con frecuencia | 3 | 10,7 | 10,7 | 25,0 |
| | A veces | 8 | 28,6 | 28,6 | 53,6 |
| | Nunca | 13 | 46,4 | 46,4 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

En la tabla 12 se evidenció que la mayor parte de las respuestas (46,4 % muestral) coincidieron en reflejar cómo la opción “nunca” fue el mejor momento.

La descripción del ítem 33 (Tabla 13), “hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil”, reveló que para el 50% de la muestra ese embarazo le fue fácil afrontarlo.

**Tabla 13**

**Estadísticos descriptivos de frecuencias**

**“Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil”**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 8 | 28,6 | 28,6 | 28,6 |
| | Con frecuencia | 6 | 21,4 | 21,4 | 50,0 |
| | A veces | 8 | 28,6 | 28,6 | 78,6 |
| | Nunca | 6 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

En el siguiente ítem “puedo tolerar las molestias del embarazo” el 32,1% lo consideró “con frecuencia”. Tabla 14.

**Tabla 14**

**Estadísticos de frecuencias**

**“Puedo tolerar las molestias del embarazo”**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 8 | 28,6 | 28,6 | 28,6 |
| | Con frecuencia | 9 | 32,1 | 32,1 | 60,7 |
| | A veces | 8 | 28,6 | 28,6 | 89,3 |
| | Nunca | 3 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

El ítem 31 “me cuesta aceptar el embarazo” determinó que el 46,7 lo considerara “mucho”, seguido por el 26,6% “con frecuencia” lo cual traduce que para el 75% de la muestra le costó aceptar el embarazo. Tabla 15.

**Tabla 15 Estadísticos de frecuencias**

**“Me cuesta aceptar el embarazo”**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 13 | 46,4 | 46,4 | 46,4 |
| | Con frecuencia | 8 | 28,6 | 28,6 | 75,0 |
| | A veces | 1 | 3,6 | 3,6 | 78,6 |
| | Nunca | 6 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

El análisis del ítem: “ojalá no estuviera embarazada” tabla 16, permitió advertir cómo una parte de la muestra (el 14,3 %) “nunca” se identificó con la expresión “ojalá no estuviera embarazada”. No así las opciones “mucho” 42,9% y “con frecuencia” 39,3%.

**Tabla 16**

**Estadísticos de frecuencias**

**“Ojalá no estuviera embarazada”**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 12 | 42,9 | 42,9 | 42,9 |
| | Con frecuencia | 11 | 39,3 | 39,3 | 82,1 |
| | A veces | 1 | 3,6 | 3,6 | 85,7 |
| | Nunca | 4 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

### 5.2.3.1.1 Resumen e Interpretación de los resultados de la dimensión: aceptación del embarazo.

Los resultados confirman una realidad que justifica en cierta medida la débil adaptación de la muestra: el 46,4% consideró que no fue el mejor momento embarazarse, al 75% le costó aceptar el embarazo y el 82,2% (opciones mucho y con frecuencia) consideró como mejor opción el que no estuvieran embarazadas. Esto colida con la no preparación o planificación del embarazo y obviamente contribuyo a generar rechazo a la gestación como tal, obviamente incidiendo en lo que con anterioridad se ha señalado, en el bebé intrauterino. Llamó la atención que

el 50% muestral considerara que hasta ese momento el embarazó les había resultado fácil. Consideramos que diferentes circunstancias personales y/o tal vez los propios apoyos percibidos pudieron darle sentido a esas respuestas. El hecho de que las gestantes predominantemente convivieran en el hogar familiar (71,4%) pudo haber contribuido a justificar ese "fácil afrontamiento". Por otro lado el que el 32,1% considerara con frecuencia que habían podido tolerar las molestias del embarazo, quizás podría responder a como las gestantes entendieron por "molestias". En este sentido, impresiona que algunas de ellas no consideraron "molestias" las dificultades de carácter emocional, por considerarlas propias de la gestación.

En todo caso esta dimensión tiene importantes matices, puesto que ella como tal es un paso previo, pero imprescindible para alcanzar la adaptación final a la gestación. La aceptación, al igual que la adaptación, vendría ser un proceso lento o gradual, donde van a convivir sentimientos, experiencias y conflictos en la gestante. El afrontamiento de estos cambios y la aceptación del proceso gestacional pueden ser una realidad y no un imposible en opinión de Armengol [(4)], hecho que compartimos.

**5.2.3.2 Dimensión Calidad de la relación con la madre.**

En este aparte y a partir del análisis de los ítems 6, 9, 10, 14, 17, 22, 28, 32 y 36 se dieron a conocer el tipo de relación que existe entre las gestantes y sus progenitores.

Las puntuaciones no fueron elevadas en todos los ítems, más bien fueron homogéneas. La mayor puntuación correspondió al ítem 14 "Me cuesta hablar con

mi madre sobre mis problemas". Las puntuaciones en ítems como 36 o 22 relativos a "mi madre critica mis decisiones" o "cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos a menudo" presentaron puntuaciones similares, tal como se aprecia en la tabla 17.

**Tabla 17**

**Estadísticos de medias**

**Calidad de relación con la madre**

| | Ítem 6 | Ítem 9 | Ítem 10 | Ítem 14 | Ítem17 | Ítem 22 | Ítem 28 | Ítem 32 | Ítem 36 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Válido | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| Media | 2,0257 | 2,1786 | 1,9286 | 2,7857 | 1,7500 | 2,3214 | 2,2857 | 2,0357 | 2,3571 |
| Mediana | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2,5 | 2,5 | 2 |
| Moda | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**Leyenda:**
**Ítem 6:** Mi madre esta ilusionada con él bebe que espero.
**Ítem 9:** Mi madre está contenta con mi embarazo.
**Ítem 10:** Mi madre me da buenos consejos.
**Ítem 14:** Me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas.
**Ítem 17:** Mi madre ya espera a su nieto.
**Ítem 22:** Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos a menudo.
**Ítem 28:** Mi madre me da ánimos cuando dudo de mi misma.
**Ítem 32**: Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera.
**Ítem 36:** Mi madre critica mis decisiones.

El análisis del ítem 14 "no me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas" mostró como el 46,4% considerar la opción mucho. Tabla 18

**Tabla 18**

**Estadísticos de frecuencia**

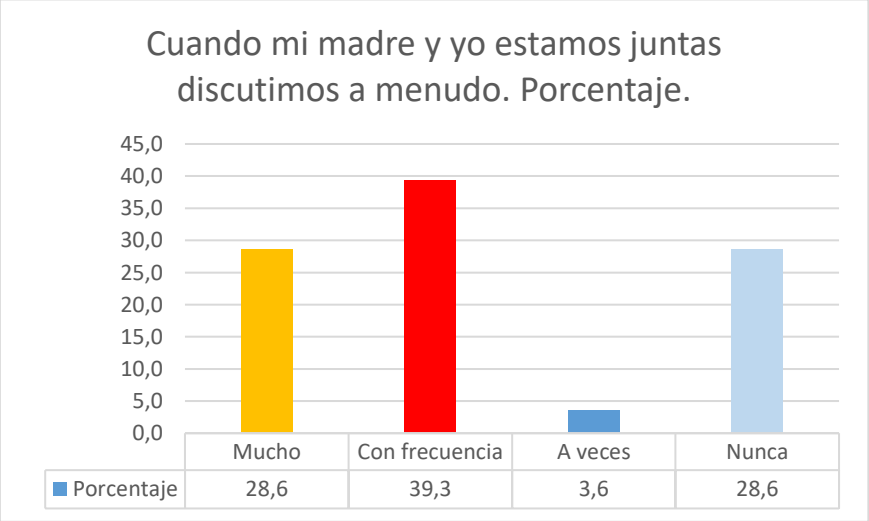
**“Me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas”**

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 13 | 46,4 |
| | Con frecuencia | 7 | 25,2 |
| | A veces | 5 | 17,7 |
| | Nunca | 3 | 10,7 |
| | Total | 28 | 100,0 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

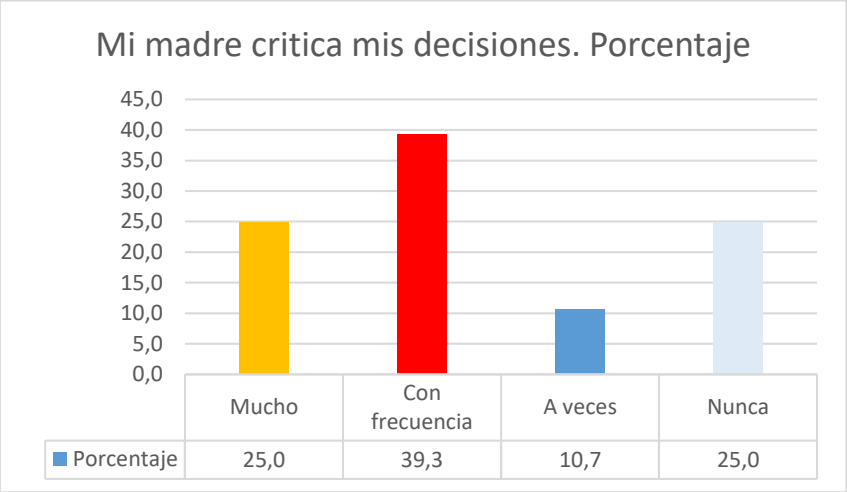
Al indagar en lo que respecta al ítem “mi madre y yo discutimos cuando estamos juntas” los porcentajes más altos correspondieron al grupo de gestantes que escogieron las opciones “mucho” (28,6%) y “con frecuencia” (39,3%). Grafico 7.

Gráfico 7




**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**Gráfico 8**




**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Si atendemos al análisis de cómo las gestantes tomaron sus propias decisiones durante su embarazo, detectamos cómo un 39,3% coincidieron en desvelar que "con frecuencia" se produjeron críticas por parte de sus madres. A esta proporción de gestantes, le sigue el 25,0% que manifestaron ser criticada "mucho" durante el embarazo. Gráfico 8.

**5.2.3.2.1 Resumen e Interpretación de los resultados de la dimensión calidad de relación con la madre**

En esta dimensión se apreciaron rangos de conflicto madre-hija que la estadística mostró. Al 46,4% le costaba hablar con su progenitora sobre sus problemas, el 39,3% "con frecuencia", y el 28,6% "mucho", cuando estaban juntas con su mama, discutían, en tanto que el 64,3% sentían que su progenitora criticaban sus decisiones.

Estas actitudes podrían tener varias consideraciones. Una podría deberse al inevitable impacto inicial que posiblemente experimentaron las madres al conocer el embarazo de sus hijas reflejando un gran esfuerzo por parte de las gestantes, conversar con sus madres sobre sus problemas durante la gestación. Otra ceñida a las constantes discusiones reveló la existencia evidente problemas de comunicación o desacuerdos entre ambas. Una opción tal vez más conciliadora a nuestro juicio podría haber sido por parte de la madre una postura de mayor sobreprotección hacia ellas, lo que pudo desembocar también en una actitud excesivamente crítica hacia las mismas. Pero también tantos desencuentros constantes y repetidos podrían tener causas más profundas y complejas, e incidencia notable en el bebé intrauterino.

Tal como apuntamos en el marco teórico, las gestantes y más aún al ser primigestas son muy sensibles ante consejos dados sin pedirlos, a veces en forma de crítica no constructiva. Ellas más bien les gustarían que los demás fueran respetuosos, ofreciendo consejos sólo cuando ellas los precisan y/o solicitan.

**5.2.3.3 Dimensión calidad de relación con la pareja.**

Con la finalidad de obtener diversas conclusiones que arrojaran luz a esta dimensión, se interpretaron las puntuaciones recogidas en los ítems 3, 4, 11, 15, 19, 20, 27 y 38. Las gestantes podían mantener o no una relación de pareja, por ello, en todos los ítems en los que se hizo referencia a la calidad de la relación que existente entre ellos.

Las puntuaciones medias en esta dimensión no fueron muy elevadas, partiendo de la consideración de que hubo gestantes que al parecer mantenían una

relación problemática con sus parejas y que otras incluso que habían puesto fin a las mismas, una vez conocido su estado de gestación.

El ítem que contó con mayor puntuación fue el 19 referido a "mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito" Tabla 19.

**Tabla 19**
**Estadísticos de medias**
**Dimensión: Calidad de la relación con la pareja.**

| | | Ítem 3 | Ítem 4 | Ítem 11 | Ítem 15 | Ítem 19 | Ítem 20 | Ítem 27 | Ítem 38 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | Válido | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| Media | | 2,9286 | 3,2143 | 2,6071 | 2,7143 | 3,3571 | 3,0714 | 3,0357 | 2,7857 |
| Mediana | | 3 | 3,5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Moda | | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**Leyenda:**
**Ítem 3:** Mi pareja y yo hablamos del bebe que espero.
**Ítem 4:** MI pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada.
**Ítem 11:** A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo.
**Ítem 15:** Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación.
**Ítem 19:** MI pareja me ayuda en casa cuando lo necesito.
**Ítem 20:** Puedo contar con el soporte de mi pareja durante el parto.
**Ítem 27:** En el momento de decisiones, mi pareja y yo siempre nos ponemos de acuerdo.
**Ítem 38**: Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido.

El ítem 19 "Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito" puso de manifiesto cómo la limitada colaboración en el hogar por parte de la pareja, fue suplida por la familia de la gestante, recordemos que el 71,4% de ellas residía con su familia. Al analizar este ítem nos encontramos que el 60,7% nunca ayudó a la pareja, tal como se muestra en la tabla 20.

**Tabla 20**

**Estadísticos de frecuencias**

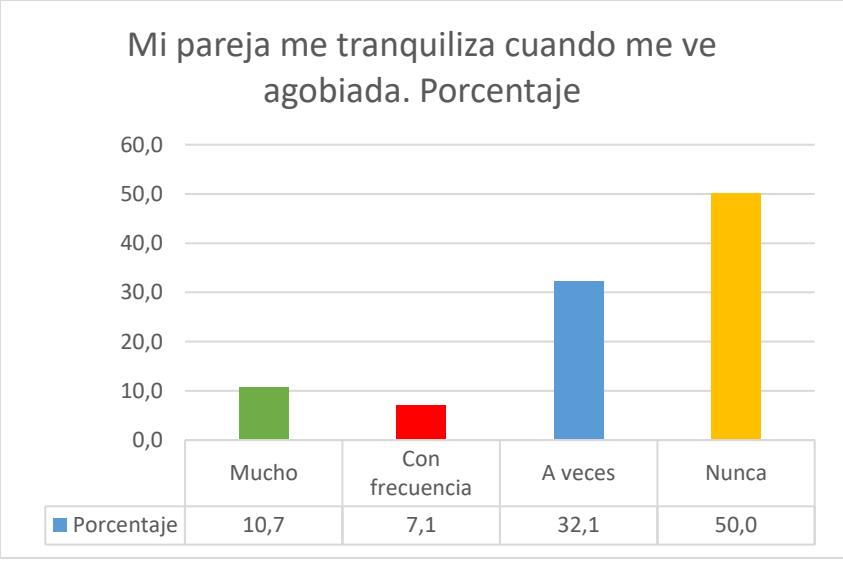
**“Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito”**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 2 | 7,1 | 7,1 | 7,1 |
| | Con frecuencia | 3 | 10,7 | 10,7 | 17,9 |
| | A veces | 6 | 21,4 | 21,4 | 39,3 |
| | Nunca | 17 | 60,7 | 60,7 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

Explorando la variable: “mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada”, los resultados revelaron que en el 60% de las gestantes no contaron con ese apoyo cuando por algún motivo estuvieron nerviosas o agobiadas. Gráfico 9.

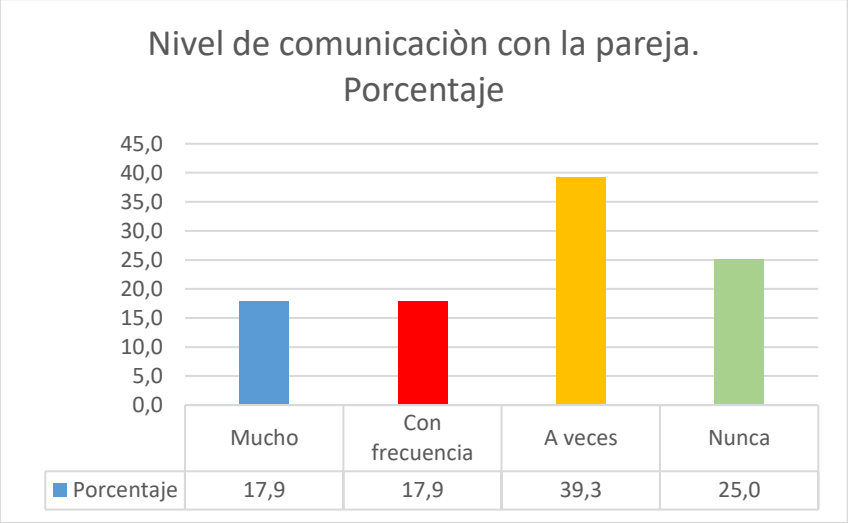
**Gráfico 9**




**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

En cuanto al nivel de comunicación que tiene la gestante con su pareja, se aprecia que el 39,3 ocurrió “a veces” y el 25% reportó “nunca”. Gràfico10.

**Gráfico 10**

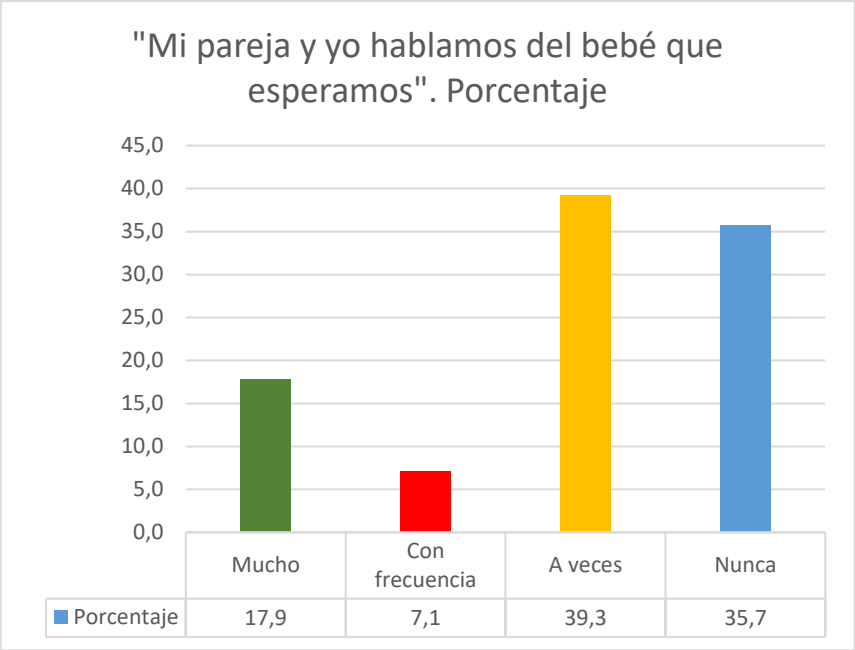



**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

Tras el anterior análisis, se exploró las respuestas que emergieron de otra variable “mi pareja y yo hablamos del bebé que esperamos”. En lo que concerniente a este ítem, el 39,3% muestral reveló que ambos miembros conversaban “a veces”, y 35,7% “nunca”. Gráfico 11.

Igual realidad se apreció en las respuestas obtenidas en el ítem 11 “mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo” donde el 35,7% respondió “a veces”. Tabla 21.

**Gráfico 11**




**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**Tabla 21**

**Estadísticos de frecuencia**

**"Mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo"**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|---|---|
| Válido | Mucho | 7 | 25,0 | 25,0 | 25,0 |
| | Con frecuencia | 4 | 14,3 | 14,3 | 39,3 |
| | A veces | 10 | 35,7 | 35,7 | 75,0 |
| | Nunca | 7 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| | Total | 28 | 100,0 | 100,0 | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

**5.2.3.3.1 Resumen e Interpretación de los resultados de la dimensión calidad de relación con la pareja.**

Esta dimensión al igual que la anterior reviste especial significación para la gestante. En esta ocasión llamo la atención el poco apoyo recibido 60,7% opción "nunca", la poca comunicación existente en las opciones "a veces" 39,3% y "nunca" 25% y las "pocas veces" 39,3% o "nunca" 35,7% que las parejas hablaron con las gestantes sobre sus bebés, lo cual permitió inferir un bajo interés por tener al bebé. Tal vez esto se explique porque mantenían una relación ciertamente inestable. Las gestantes reconocieron encontrar dificultades para comunicarse con sus parejas y al mismo tiempo se observó cierta inestabilidad en la relación con sus parejas.

**5.2.3.4 Dimensión Preparación para el parto.**

En esta dimensión lo significativo quedó registrado en tres ítems. El ítem 13 "sé lo que tengo que hacer cuando tenga las contracciones" (media 2,7500) el 39,3% manifestó "nunca". En cuanto a la variable "se dé cosas que pueden ayudarme durante el parto" ítem 24 (media 2,6429), el 35,7% respondió "a veces" y el 28,6%, ítem 23 (media 2,5714) se consideraron no estar preparadas para el parto.

**5.2.3.4.1 Interpretación de los resultados de la dimensión: preparación al parto.**

Del análisis de esta dimensión concluimos que, no se pudo confirmar una ausencia total de preparación para el parto en la muestra, pero tampoco se pudo

asegurar que la información que las gestantes poseían fuera la más oportuna, científica o fiable. Lo cierto es que aún queda bastante camino por recorrer, eso sin mencionar la necesidad de actuar sobre la calidad de la información que recibe, de allí la importancia del obstetra, de impartir información oportuna necesaria a las gestantes lo cual va a contribuir a la tranquilidad necesaria, en beneficio de la madre y por ende del bebé intrauterino.

**5.2.3.5 Dimensión: Preocupación por el bienestar propio y del bebé.**

La importancia de esta dimensión radica en que teóricamente, conocer la existencia de alguna preocupación por el bienestar propio y del bebé pudiera permitir considerar la posibilidad de canalizar alguna asistencia psicológica o psicoterápica en la futura madre, dado el carácter individual de cómo cada gestante participante afronta su embarazo.

Analizando los resultados de esta dimensión la más alta puntuación media se ubicó en el ítem 25 (3,1429) “me angustian las posibles complicaciones del parto”, en donde el 56,3% muestral respondió “nunca”. El siguiente estadístico en orden de frecuencia fue el ítem 21 (3,0000) “tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto”, allí el 42,9% respondió “nunca”. En relación a las respuestas que las gestantes dieron al ítem 18 (2,8214) “me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé” el 46,4% consideró la variable “nunca”.

**5.2.3.5.1 Interpretación de los resultados de la dimensión: Preocupación por el bienestar propio y del bebé.**

Tomando con referencia el análisis antes mencionado, esos resultados pudieron estar relacionados con el hecho de que algunas de las gestantes todavía no habían percibido el momento del parto como próximo en el tiempo, como para pensar en problemas y dificultades que puedan derivarse del mismo. Recordar que eran gestantes cursando el II trimestre.

**5.2.3.6 Dimensión Rol Materno.**

En esta investigación, la dimensión rol materno fue la única que tuvo una puntuación media por debajo de 10 (6,1419) digamos positiva representando en cierta medida la idealización de las gestantes. Indistintamente a las condiciones en que ocurre el embarazo como: no ser planificado, estar desempleada, ser soltera, depender de su familia, la situación país, hay un componente innato en el sexo femenino en pro de la maternidad. Tal vez esta sea, la justificación del resultado apreciado en esta dimensión el cual resalta al compararse con las demás dimensiones.

**5.2.4 Análisis Inferencial del Cuestionario de Evaluación Prenatal (PSQ) en gestantes con deficiente adaptación psicosocial.**

En este apartado se comprobaron las hipótesis que fueron planteadas inicialmente en torno a este cuestionario.

### 5.2.4.1 Hipótesis 1

**El hecho de que la gestante considere que el momento en que quedó embarazada fue en general un buen momento, correlacionará positivamente con la aceptación del embarazo.**

En este caso, aplicamos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el ítem 1 "el momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento" y la dimensión general "aceptación del embarazo". Tabla 22.

**Tabla 22**
**Correlación de Spearman**
**Ítem 1 y Aceptación del embarazo**

| | | | Ítem 1 | AE |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Ítem 1 Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,772** |
| | | Sig. (unilateral) | | ,000 |
| | | N | 28 | 28 |
| | AE | Coeficiente de correlación | ,772** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | |
| | | N | 28 | 28 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).
AE**:** Aceptacion del embarazo.

Tal y como se pudo apreciar en Tabla 22, el valor de sig fue 0,000 y además fue menor que α (0,05), lo que nos condujo a rechazar la hipótesis nula, trabajando con un Nivel de Confianza del 95%. Confirmamos entonces, la hipótesis de trabajo en nuestra muestra.

A continuación se analizó si el ítem 1 pudo predecir la dimensión general "aceptación del embarazo". Tabla 23.

**Tabla 23**
**Variables predictoras y dependientes**
**Ítem 1 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,707[a] | ,500 | ,481 | 3,01442 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Predictores: (Constante), Ítem 1 Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada.

Regresión: En base a las tablas 23, 24 y 25, se pudo concluir que en efecto el ítem 1 tuvo capacidad para predecir la dimensión "aceptación del embarazo".

El hecho de que una gestante haya considere que el momento en que ha quedado embarazada es un buen momento, revelará mayor aceptación del embarazo. De esta información podemos extraer que, estar satisfecho con el momento de afrontar la gestación, será esencial dado su impacto sobre la aceptación del mismo. Cuando no es así entonces afecta la aceptación y por ende la adaptación. Las tablas que se exponen a continuación detallan el análisis inferencial que nos facilitó poder aseverar tales conclusiones.

**Tabla 24**
**Anova [a]**
**Ítem 1 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Regresión | 236,423 | 1 | 236,423 | 26,018 | ,000[b] |
| | Residuo | 236,256 | 26 | 9,087 | | |
| | Total | 472,679 | 27 | | | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

a. Variable dependiente: AE: Aceptación del embarazo.

b. Predictores: (Constante), Ítem 1 Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada

**Tabla 25**
**Coeficientes [a]**
**Ítem 1 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Error estándar | Beta | t | Sig. |
| 1 | (Constante) | 3,240 | 1,736 | | 1,866 | ,073 |
| | Ítem 1 | 2,724 | ,534 | ,707 | 5,101 | ,000 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: Aceptacion del embarazo.

### 5.2.4.2 Hipótesis 2:

**El que las gestantes puedan afrontar las molestias del embarazo sin problemas correlacionará positivamente con la aceptación del mismo.**

En este caso, interesó conocer la relación existente entre el ítem 2 “Puedo tolerar las molestias del embarazo” y la dimensión general “aceptación del embarazo”.

**Tabla 26**
**Correlación de Spearman**
**Ítem 2 y Aceptación del embarazo**

| | | | Ítem 2 | AE |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Ítem 2 Puedo tolerar las molestias del embarazo | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,766** |
| | | Sig. (unilateral) | | ,000 |
| | | N | 28 | 28 |
| | AE | Coeficiente de correlación | ,766** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | |
| | | N | 28 | 28 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).
AE: Aceptacion del embarazo

El valor de sig en Tabla 26 fue 0,000 y además, fue menor que α (0,05), lo que nos llevó rechazar la hipótesis nula. El Nivel de Confianza fue del 95%, razón por la cual confirmamos nuestra hipótesis de trabajo. A continuación se examinó si el ítem 2 podía predecir la dimensión general "aceptación del embarazo".

**Tabla 27**
**Variables predictoras y dependientes**
**Ítem 2 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,831[a] | ,690 | ,678 | 2,37315 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Predictores: (Constante), Ítem 2: Puedo tolerar las molestias del embarazo.

Regresión: Las tablas y que se exponen a continuación, detallan el análisis Inferencial que nos posibilitó poder aseverar las conclusiones a las que llegamos. Tal y como pudimos deducir de Tabla 28, el ítem 2 tuvo capacidad para predecir la

dimensión “aceptación del embarazo”, de manera que el hecho de que una gestante pueda afrontar fácilmente las molestias de la gestación revelará mayor aceptación del embarazo.

**Tabla 28**
**Anova [a]**
**Ítem y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Regresión | 326,251 | 1 | 326,251 | 57,930 | ,000[b] |
| | Residuo | 146,428 | 26 | 5,632 | | |
| | Total | 472,679 | 27 | | | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: AE: Aceptación del embarazo.

b. Predictores: (Constante), Ítem 1 Creo que este ha sido un buen momento para quedar embarazada

**Tabla 29**
**Coeficientes [a]**
**Ítem 2y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Error estándar | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 3,869 | 1,111 | | 3,482 | ,002 |
| | Ítem 2 | 3,495 | ,459 | ,831 | 7,611 | ,000 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: AE: Aceptación del embarazo.

### 5.2.4.3 Hipótesis 3

**El que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo.**

**Tabla 30**
**Correlación de Spearman**
**Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo**

| | | | Ítem | APS |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Ítem 31 Me cuesta aceptar este embarazo. | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,583** |
| | | Sig. (unilateral) | | ,001 |
| | | N | 28 | 28 |
| | APS | Coeficiente de correlación | ,583** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,001 | |
| | | N | 28 | 28 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).
APS: Adaptación psicosocial al embarazo.

La tabla 30 muestra la relación existente entre el ítem 31 “me cuesta aceptar este embarazo” y la “adaptación al embarazo”, en donde podemos distinguir, el valor de p es de 0,000, por ello, rechazaríamos la hipótesis nula y sí aceptaríamos la hipótesis de trabajo: “el que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo”.

Además de aceptar la hipótesis que hemos planteado, ver si este ítem puede predecir (regresión) la adaptación al embarazo.

**Tabla 31**
**Variables predictoras y dependientes**
**Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,643[a] | ,413 | ,391 | 16,57078 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Predictores: (Constante), Ítem 32 Me cuesta aceptar este embarazo.

Los resultados de Tabla 31 nos indicaron que en efecto el ítem 31 tenía capacidad para predecir la adaptación de la gestante. De esta información se pudo deducir que sería esencial aceptar el embarazo.

Las tablas que se presentan a continuación, reflejan el análisis inferencial efectuado, el cual nos posibilitó poder confirmar nuestra hipótesis de trabajo, así como también, poder hallar una predicción a partir de la misma.

**Tabla 32**
**Anova [a]**
**Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo**

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Regresión | 5025,500 | 1 | 5025,500 | 18,302 | ,000[b] |
| | Residuo | 7139,357 | 26 | 274,591 | | |
| | Total | 12164,857 | 27 | | | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: APS: Adaptación psicosocial al embarazo.

b. Predictores: (Constante), Ítem 31Me cuesta aceptar este embarazo.

**Tabla 33**
**Coeficientes [a]**
**Ítem 31 y Adaptación psicosocial al embarazo**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Error estándar | Beta | t | Sig. |
| 1 | (Constante) | 86,429 | 6,222 | | 13,891 | ,000 |
| | Ítem 31 Me cuesta aceptar este embarazo | 11,500 | 2,688 | ,643 | 4,278 | ,000 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

a. Variable dependiente: APS: Adaptación psicosocial al embarazo.

### 5.2.4.4 Hipótesis 4

**El que la gestante considere que su embarazo está siendo fácil de afrontar correlacionará positivamente con la aceptación del mismo.**

Con la finalidad de poder corroborar esta hipótesis, mediante el conocimiento de la relación existente entre el ítem 33 "hasta el momento éste ha sido un embarazo fácil" y la "aceptación del embarazo" aplicamos el Coeficiente de Correlación de Spearman.

**Tabla 34**
**Correlación de Spearman**
**Ítem 33 y Aceptación del embarazo**

| | | | Ítem 33 | AE |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Ítem 33 Hasta el momento éste ha sido un embarazo fácil | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,584** |
| | | Sig. (unilateral) | | ,001 |
| | | N | 28 | 28 |
| | AE | Coeficiente de correlación | ,584** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,001 | |
| | | N | 28 | 28 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral)

Como podemos advertir en Tabla 34, el valor de p fue 0,01, rechazando la hipótesis nula y sí pudimos confirmar la hipótesis de trabajo planteada.

A Continuación analizamos si era posible que la consideración por parte de la gestante de que este embarazo está siendo fácil de afrontar pudiera predecir la aceptación de su embarazo.

Para tal efecto, verificaremos a través de un análisis empírico (regresión) de los datos, la posibilidad de si el ítem 33 podía predecir esta aceptación.

**Tabla 35**
**Variables predictoras y dependientes**
**Ítem 33 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,613[a] | ,376 | ,352 | 3,36798 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Predictores: (Constante), Ítem 33 Hasta el momento este ha sido un Embarazo fácil.

**Tabla 36**
**Anova [a]**
**Ítem 33 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Regresión | 177,752 | 1 | 177,752 | 15,670 | ,001[b] |
| | Residuo | 294,926 | 26 | 11,343 | | |
| | Total | 472,679 | 27 | | | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: AE

b. Predictores: (Constante), Ítem 33 Hasta el momento este ha sido un embarazo fácil

**Tabla 37**
**Coeficientes [a]**
**Ítem 33 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Error estándar | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 6,123 | 1,525 | | 4,016 | ,000 |
| | Ítem 33 Hasta el momento este ha sido un embarazo fácil | 2,258 | ,570 | ,613 | 3,959 | ,001 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: AE

Gracias a los datos que aportan Tabla 35, 36 y 37 sabemos que el ítem 33 tiene capacidad para predecir la aceptación del embarazo. El hecho de que la gestante considere que el embarazo está siendo fácil de afrontar revelará mayor aceptación del mismo.

### 5.2.4.5 Hipótesis 5

**El que la gestante no desee estar embarazada correlacionará negativamente con la aceptación al embarazo.**

Se buscó conocer la relación existente entre el ítem 34 y la "aceptación del embarazo". Dado el resultado que nos ofrece Tabla 38, el que la gestante no desee estar embarazada correlacionará negativamente con la aceptación del embarazo.

**Tabla 38**
**Correlación de Spearman**
**Ítem 34 y Aceptación del embarazo**

| | | | Ítem 34 | AE |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Ítem 34 Ojalá no estuviera embarazada | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,880** |
| | | Sig. (unilateral) | | ,000 |
| | | N | 28 | 28 |
| | AE | Coeficiente de correlación | ,880** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | |
| | | N | 28 | 28 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina. 2018)**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).
**AE:** Aceptacion del embarazo

**Tabla 39**
**Variables predictoras y dependientes**
**Ítem 1 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,900[a] | ,811 | ,803 | 1,85588 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Predictores: (Constante), Ítem 34 Ojalá no estuviera embarazada.

Para poder delimitar unas conclusiones en torno a esta hipótesis, determinamos si el deseo por parte de la gestante de no estar embarazada podía predecir su aceptación.

Como podemos apreciar en Tabla 40, el valor de sig., fue 0,000, entonces, sí pudimos afirmar que el ítem 34 tenía capacidad para predecir la aceptación del

Embarazo. El hecho de que la gestante no desee estar embarazada revelará menor aceptación del embarazo. De esta información se extrae que será esencial desear el embarazo para poder aceptarlo.

**Tabla 40 Anova [a]**
**Ítem 34 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Regresión | 383,127 | 1 | 383,127 | 111,235 | ,000[b] |
| | Residuo | 89,552 | 26 | 3,444 | | |
| | Total | 472,679 | 27 | | | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: AE: Aceptación del embarazo.

b. Predictores: (Constante), Ítem 34 Ojalá no estuviera embarazada.

**Tabla 41**
**Coeficientes [a]**
**Ítem 34 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Error estándar | Beta | t | Sig. |
| 1 | (Constante) | 4,689 | ,744 | | 6,303 | ,000 |
| | Ítem 34 Ojalá no estuviera embarazada | 3,655 | ,347 | ,900 | 10,547 | ,000 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.)2018**

a. Variable dependiente: AE

Las tablas que acabamos de presentar reflejaron el proceso de análisis inferencial efectuado que nos posibilitó poder aseverar y confirmar la predicción propuesta.

### 5.2.4.6 Hipótesis 6

**La aceptación del embarazo correlacionará positivamente con la adaptación al mismo.**

Se comprobó si existía relación significativa entre la “aceptación del embarazo” y la “adaptación al mismo”.

**Tabla 42**
**Correlación de Spearman**
**Aceptación del embarazo y Adaptación psicosocial al embarazo**

| | | | AE | APS |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | AE | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,601** |
| | | Sig. (unilateral) | | ,000 |
| | | N | 28 | 28 |
| | APS | Coeficiente de correlación | ,601** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | |
| | | N | 28 | 28 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).
AE: Aceptacion del embarazo
APS: Adaptación psicosocial al embarazo

Tal y como mostró la Tabla 42, el valor de p fue 0,000, por tanto, rechazamos la hipótesis nula pudiendo confirmar la hipótesis: “la aceptación del embarazo correlacionará positivamente con la adaptación al mismo”.

A continuación, la prueba de regresión puso de manifiesto si la aceptación podía predecir la adaptación al embarazo.

**Tabla 43**
**Variables predictoras y dependientes**
**Aceptacion del embarazo y Adaptación psicosocial al embarazo**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado ajustado | Error estándar de la estimación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,800[a] | ,640 | ,626 | 12,97385 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Predictores: (Constante), Aceptacion del embarazo
Variable dependiente Adaptación psicosocial al embarazo

**Tabla 44**
**Anova [a]**
**Aceptacion del embarazo y Adaptación psicosocial al embarazo**

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Regresión | 7788,516 | 1 | 7788,516 | 46,272 | ,000[b] |
| | Residuo | 4376,341 | 26 | 168,321 | | |
| | Total | 12164,857 | 27 | | | |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: APS

b. Predictores: (Constante), AE

**Tabla 45**
**Coeficientes [a]**
**Ítem 1 y Aceptacion del embarazo**

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | t | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Error estándar | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 62,312 | 7,348 | | 8,481 | ,000 |
| | AE | 4,059 | ,597 | ,800 | 6,802 | ,000 |

**Fuente: Elaboración propia (Medina.2018)**

a. Variable dependiente: APS

Tal y como se pudo apreciar en el análisis de datos realizado, la aceptación del embarazo si tendría capacidad para predecir la adaptación al mismo.

El hecho de que la gestante acepte mejor el embarazo revelará también mayor adaptación. De esta información evidenciamos que para conseguir una mayor adaptación al embarazo será vital empezar por aceptarlo.

Comprobadas todas las hipótesis del análisis inferencial, a continuación mostraremos los resultados del análisis cualitativo de esta investigación.

### 5.3 Abordaje cualitativo

En este abordaje se realizaron dos investigaciones, una etnográfica y la otra fenomenológica hermenéutica, correspondientes a los cuadrantes internos del

enfoque holónico integral. A continuación se presentan los hallazgos emergentes y sus respectivas comprensiones e interpretaciones.

### 5.3.1 Investigación etnográfica

En éste estudió realicé siete entrevistas abiertas a un grupo de gestantes quienes compartieron sus experiencias, basadas en sus vivencias, principalmente con su pareja, familia, cultura, creencias, costumbres, tradiciones, así como sus logros personales, anhelos, pensamientos, preocupaciones y sentimientos, que quizás nunca antes habían compartido con nadie. Allí relataron sus experiencias personales y sus secretos, que han llevado consigo mismas, vislumbrándose su dolor y sufrimiento, alegrías y logros, que pudieron haber repercutido en ellas de forma positiva y negativa. La intención radicó en que más que describir los discursos, fue enfocar su vivencia, que en algunos casos fue difusa y vaga, percibiéndose asociada a sensaciones, pensamientos y emociones que algunas veces no se tradujeron en palabras.

Siempre he considerado que la experiencia trae implícita la posibilidad de analizar a través de ella, la construcción de modelos psicológicos y emocionales de la gestante, del contexto de la vida que ha llevado y de las repercusiones que podrían influir en ella. Bajo esta premisa condujimos las entrevistas, buscando extraer y comprender las experiencias y vivencias de las gestantes, toda vez, que conformaban parte del grupo muestral con deficiente adaptación psicosocial al embarazo.

Estas siete entrevistas, bajo sus consentimientos, fueron grabadas, transcritas y convertidas en forma de textos (Word) conformando el documento primario, de donde emergieron un conjunto de categorías y subcategorías. Para procesarlas, utilice el programa ATLAS-ti (versión 8.3.17), el cual facilitó su codificación. ¿Cómo lo hice? Primeramente analicemos las participantes de la muestra.

#### 5.3.1.1 Participantes

Las siete gestantes fueron escogidas intencionalmente de acuerdo a una serie de características comunes que se esbozan a continuación:

Haber sido primigestas, con embarazos no planificados, con inicio tardío de su control prenatal (por encima de las 14 semanas), cursantes del II trimestre del embarazo, pertenecer al nivel de la muestra cuantitativa (28 casos, gráfico 1) identificada como deficiente adaptación psicosocial y proceder del sector Vivienda rural de Bárbula por ser el sector que obtuvo el mayor porcentaje muestral 42,9% (12 gestantes). Gráfico 6.

La Vivienda rural de Bárbula es un urbanismo ubicado al Noroeste de Naguanagua, al cual se accede desviándose de la carretera nacional que conduce al poblado la Entrada, por donde se encuentra el Centro Comercial Rio Sil.

Este urbanismo que fue construido hace 40 años, como una solución habitacional para los trabajadores del Ministerio de Sanidad, Malariología y del Hospital psiquiátrico de Bárbula. Fueron viviendas originalmente construidas para albergar personas de clase media baja, sencillas, de bloques, con piso de cemento,

techo de asbesto, tres habitaciones, un baño y sus servicios. El sector está conformado por 5 calles y veredas asfaltadas.

Según el último censo (2011) habitan allí unas 400 familias; cada casa está ocupada por un máximo de 15 habitantes, conformando una población general aproximada de 1800 personas, entre niños, jóvenes, personas adultas y personas de la tercera edad. Dispone de un centro comunitario de Barrio adentro, un preescolar Simoncito, una escuela nacional y una unidad educativa media y diversificada.

En un extremo de la vivienda rural, desde hace 20 años fueron invadidos unos terrenos que pertenecieron a una empresa procesadora de maíz. Sus invasores construyeron innumerables ranchos, que con el paso del tiempo, esos cinturones de miseria, convirtieron al sector en una zona de alto riesgo, cada día se agravado por la inexistencia de módulos policiales. En la actualidad carecen de luz con frecuencia, por los continuos robos de los cableados, el agua les llega semanalmente y la delincuencia los azota las 24 horas del día.

De esta zona provinieron las doce gestantes (42,9%) con deficiente adaptación psicosocial, de donde se tomó una muestra intencionada conformada por siete participantes cuyas particularidades se muestran a continuación:

**Gestante A:** 24 años, soltera, con embarazo de 18 semanas, bachiller, vive con la familia de su pareja, depende económicamente de él.

**Gestante B:** 25 años, soltera, con gestación de 21 semanas, bachiller, empleada. Vive con su familia.

**Gestante C:** 26 años, soltera, con embarazo de 20 semanas, bachiller desempleada, vive con su familia.

**Gestante D:** 27 años, con embarazo 23 sem, en unión libre con su pareja, es licenciada en educación, desempleada, mantenida económicamente por su pareja, vive con su familia.

**Gestante E:** 27 años, soltera, 20 semanas de gestación, bachiller, desempleada, convide con su familia de origen.

**Gestante F:** 25 años, 24 semanas, unión libre, embarazo, bachiller, dependiendo económicamente de su familia, con la cual convive. Desconoce paradero de su pareja.

**Gestante G** 28 años, con 21 semanas, soltera, bachiller, viviendo con su familia, desempleada.

**5.3.1.2 ¿Cómo obtuve los resultados?**

Primeramente agregue las transcripciones de las siete entrevistas en el programa ATLAS ti (versión 8.3.17), conformando el denominado Documento primario y a partir de él, luego de lecturas sucesivas de las entrevistas, procedí a la identificación de un conjunto de citas o segmentos del documento primario que consideré importante. Luego codifique esas citas obteniendo las categorías y subcategorías conceptuales. Finalmente establecí las relaciones semánticas entre todos los elementos, creando las denominadas redes, de cuya integración me permitió hacer la construcción teórica de esta investigación, logrando así la comprensión etnográfica de las gestantes en estudio que me permitieron

comprender como las gestantes vivenciaron su maternidad como una experiencia nueva y significativa en sus vidas. Las categorías, subcategorías y sus respectivas interrelaciones de detallan a continuación.

### 5.3.1.3 Categorías y sub categorías

#### 5.3.1.3.1 Categoría Descubrimiento del embarazo

El primer momento que abrió las puertas hacia la vivencia de maternidad fue el descubrimiento del embarazo, en donde las siete entrevistadas más o menos coincidieron en que se enteraron que estaban embarazadas al percatarse de tener un retraso menstrual o al presentar mareos o vómitos.

> *…me enteré que estaba embarazada por los mareos y la vomitadera que todavía tengo, hubo un momento en que estando en la calle me dio como un desmayo, tenía como 15 días de atraso, fui y me hice una prueba y bingo pues salió que estaba embarazada…* ***1:1(149:390)***
>
> *…supe que estaba embarazada porque no me venía el período ya en otras ocasiones me había pasado, que tenía un retraso de uno o dos meses, me hacía un eco y todo perfecto, no estaba embarazada, ahorita empezando el año no me vino el período, me hice un eco y tenía 13 semanas…****2:3 (220:492)***
>
> *…me enteré que estaba embarazada cuando me faltó el período, yo soy muy regular, me falto y me asusté sin embargo fue como a los 15 días después que me hice una prueba de embarazo la cual salió positiva…****3:5 (869:1069)***
>
> *…lo comencé a sospechar por el retraso que presenté y a los días iniciaron los vómitos y náuseas y decido ir al ginecólogo donde me realiza una ecografía y confirmó mi sospecha…****4:1 (188:362)***
>
> *…yo que tomaba anticonceptivos desde hace 3 años y luego la pare por motivos económicos y ya llevaba 7 meses sin tomarla y no me había pasado nada, lo supe a los dos meses ya que mi periodo además es muy irregular, me daba mucho acidez y dolor de estómago motivo por el cual fui a realizarme una ecografía y me dicen que esa acidez es producto de un embarazo…****5:1 (127:483)***

*…tenía unos días presentando como mareos y me estaban saliendo espinillas en la cara, pensé que sería de nuevo los ovarios poliquísticos por lo que fui a hacerme un eco transvaginal, para mi sorpresa no había quistes sino un embarazo como de tres meses…* ***6:1 (178:429)***

*…de repente me dieron unos mareos que me duraron unas semanas me hice unos exámenes de laboratorio pensando en que tenía anemia y al ver que salieron bien y mis mareos persistían decido ir al ginecólogo donde me realiza una ecografía y dice que estoy embarazada…* ***7:1 (111:371)***

La figura 6 muestra las interrelaciones de las citas antes señaladas.

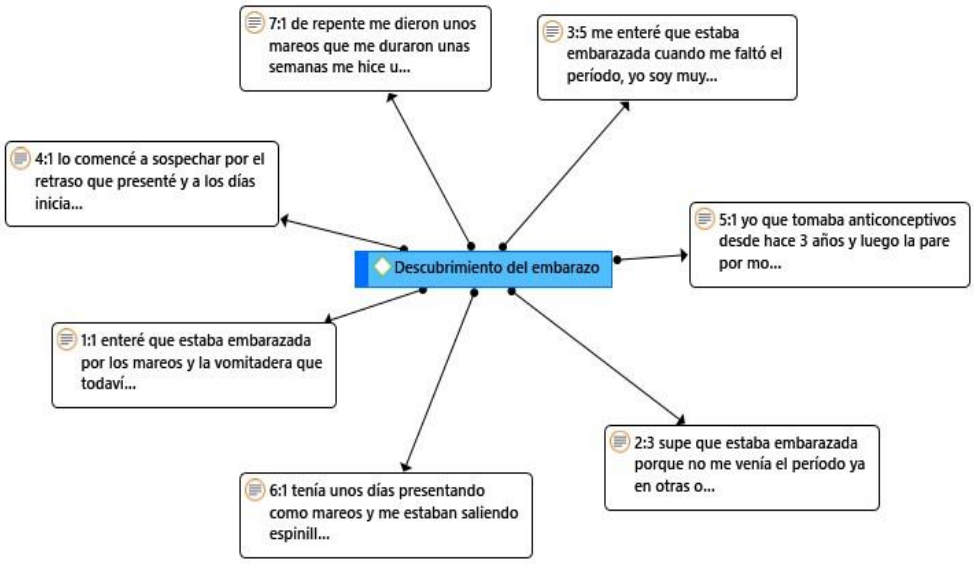



**Figura 6. Red de Interrelaciones: Descubrimiento del embarazo**

Esta categoría además estuvo conformada por las siguientes subcategorías de contenido:

5.3.1.3.1.1 Sub categoría Enfrentamiento con la noticia

La noticia del embarazo supone un momento particular en la vida de las gestantes primigestas participantes. Dentro de las primeras actitudes, se evidencia la sospecha previa sobre un potencial embarazo. En otras ocasiones puede

apreciarse manifestaciones de auto-reproche. Respecto a ello, las participantes señalaron:

> *…me dieron muchas ganas de llorar, sentí que se me vino el mundo encima…**1:2 (392:461)***
>
> *…cuando vi a mi pareja me puse a llorar, eso fue culpa de los dos, me dio rabia por mi irresponsabilidad…**1:4 (494:596)***
>
> *…no lo creía porque no lo esperaba aunque tuviera mi sospecha, no lo esperaba, recuerdo que esa sospecha se la comente a mi pareja pero él no le dio importancia…**2:5 (586:766)***
>
> *…al enterarme que estaba embarazada sentí que se me echaron a perder los planes que tenía para este año porque pensaba irme del país, es que la situación económica está muy fuerte, en ningún momento me imagine que iba a salir embarazada…**2:6 (777:1011)***
>
> *…al enterarme fue llorar y llorar, mi mama me tranquilizaba diciéndome que eso era una bendición de Dios...**3:6 (1072:1330)***
>
> *… quede impresionada ya que ni lo imaginaba que me pudiera ocurrir…**5:2 (486:548)***
>
> *…allí frente al médico lo que hice fue ponerme a llorar ya que fue algo que no tenía en mente…**7:2 (373:466)***

5.3.1.3.1.2 Sub categoría Compartiendo la noticia

Tras determinarse definitivamente la existencia del embarazo, considerando los diversos medios y exámenes físicos disponibles, las gestantes participantes tuvieron el deseo informar a su entorno más cercano y significativo sobre la noticia de su embarazo:

> *…llamé a mi pareja para decirle…**1:3 (463:492)***
>
> *…la primera persona que se enteró de la noticia no recuerdo quien fue, porque quedé en shock…**2:4 (494:584)***
>
> *…fui a buscar el resultado con mi mama...**3:6 (1072:1330)***
>
> *…a quien se lo dije primero fue a una amiga…**4:2 (366-407)***
>
> *…se le dije primero a mi pareja…**5:3 (550:579)***

*…se lo comenté a una amiga...**6:3 (562:588)***

*… Se lo conté a mi pareja…**7:3 (467:489)***

Llamó la atención la manera heterogénea de las respuestas de las gestantes. (Figura 7), lo cual permitió en cierta medida comprender las reacciones individuales y del entorno ante esa noticia.

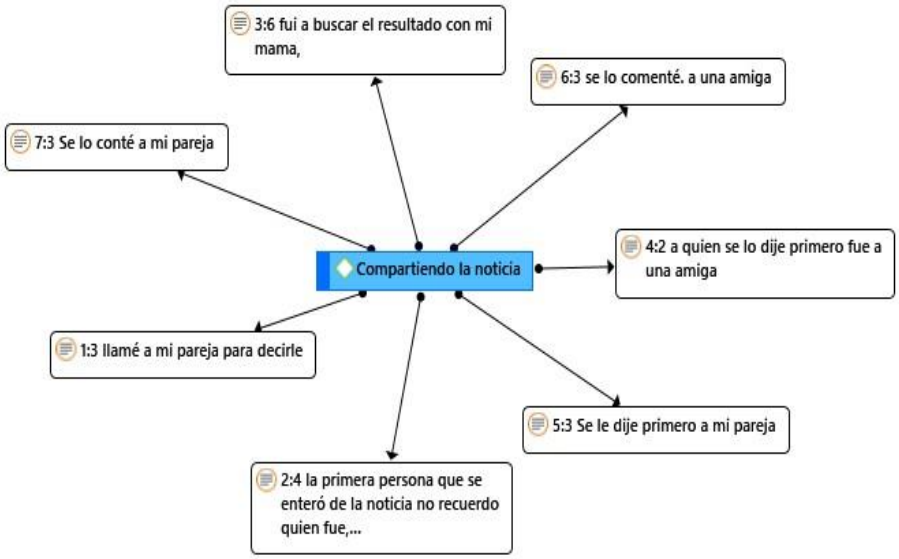



**Figura 7. Red de Interrelaciones: Compartiendo la noticia**

5.3.1.3.1.3 Sub categoría Reacción individual

Saberse embarazada cuando no se había planificado generó diferentes reacciones emocionales por lo general impulsadas por diversos sentimientos de carácter de negativo. Al respecto las gestantes señalaron:

*…pensé abortar en buscar cualquier forma para no tenerlo, no tenemos casa propia…**1:6 (745:826)***

*…entre en negación, lloré mucho, y por mi mente paso como todavía pasa abortar…**2:7 (1030:1107)***

*…cuando le dije a mi pareja que quería abortar él estuvo de acuerdo…**1:27(1373:1440)***

*…una compañera de trabajo de dijo hazlo…yo trabajo en una clínica y conozco a personas que me pudieran hacer el aborto…**2:10 (1530:1728)***

*…lo primero que pensé fue en abortar **4:5 (1206:1241)***

*…me sorprendí, me asusté mucho pues no sabía cómo iba a decirles a mis padres y sobre todo a mi pareja, que no quería tener un hijo…**6:2 (431:560)***

5.3.1.3.1.4 Sub categoría Reacciones del entorno

Luego de la sorpresa inicial, la manera cómo el entorno conformado por parejas, padres, abuelas y amigos, reaccionaron ante la noticia del embarazo fue de forma diversa:

*…mi abuela paterna donde me crie está feliz y me apoya…**1:10 (1179:1231)***

*…me llevo mejor con mi abuela paterna quien está contenta con mi embarazo…**2:11 (1776:1847)***

*…toda mi familia está feliz con mi embarazo, todos me dicen que debo estar tranquila…**3:12 (1967:2049)***

*…mi familia está muy preocupada por la situación país y me dicen que es muy difícil traer un hijo con esta situación y la familia de mi pareja está contenta y me dicen que todo se solucionara…**4:4 (530:719)***

*…mi mama se molestó mucho me dijo que por la situación que estamos viviendo como íbamos a mantener a otra persona…**5:20 (722:847)***

*…mi pareja me dijo que abortara que si no lo hacía que no contara con él…**6:4 (590:660)***

*…mis padres se molestaron conmigo y no me hablaron por un tiempo**…6:5 (663:754)***

*…mis amigos me regañaron por el descuido…**6:6 (755:793)***

*…su familia y mi familia me regañaron…**7:6 (533:568)***

5.3.1.3.2 Categoría Situación-país

Una queja constante de las gestantes y en parte una justificación de la negativa para aceptar su embarazo lo constituyó esta categoría relativo a las condiciones socioeconómicas que padecen, producto de la situación que actualmente se vive en el país:

> *…si la situación del país fuera otra no estaría en negación…**2:15 (2330:2387)***
>
> *…hay una situación país que me preocupa, todo está más caro, todo es más difícil…**3:21 (3364:3444**)*
>
> *…tu sabes lo que significa tener un bebe con esta situación bajo esta circunstancias que estamos pasando…**4:7 (1300:1402**)*
>
> *…mi pareja mantiene a su familia y a mí, es el único que trabaja y se preocupa por la situación del país…**7:7 (572:676)***

5.3.1.3.3 Interpretación de las categorías: Descubriendo el embarazo y situación país.

La interpretación que se desprende al analizar ambas categorías traduce como la situación-país, modula, determina y orienta la actitud de las gestantes hacia su embarazo. Puede aceptarse que al momento de enterarse, ante la sorpresa presenten crisis de llanto por lo inesperado de la noticia, pero cuando pasa el evento inicial, pero llama la atención que siendo primigestas afloren en ellas pensamientos de negación que la induzcan a pensar la posibilidad de abortar y que consideren que la situación-país sea el condicionante de esos pensamientos.

Se evidencia la no adaptación al embarazo la cual se corrobora por la manera como se enteran de su condición gestacional, habitualmente por ausencia de su menstruación y/o sintomatología asociada, lo cual traduce la no planificación o el

no deseo de embarazarse, la reacción inicial ante la noticia, así como el inicio tardío de su control prenatal.

Otro hecho relevante es lo heterogéneo de las respuestas en lo concerniente a con quien comparte la noticia. Era de esperarse que la noticia fuera compartida con la pareja. También fue heterogénea la reacción del entorno. Ambos aspectos reflejan la condición conyugal, la convivencia de la gestante con su familia y no en un hogar constituido. Al final, sin embargo las expresiones convergen en un punto común: la situación-país. Figura 8.

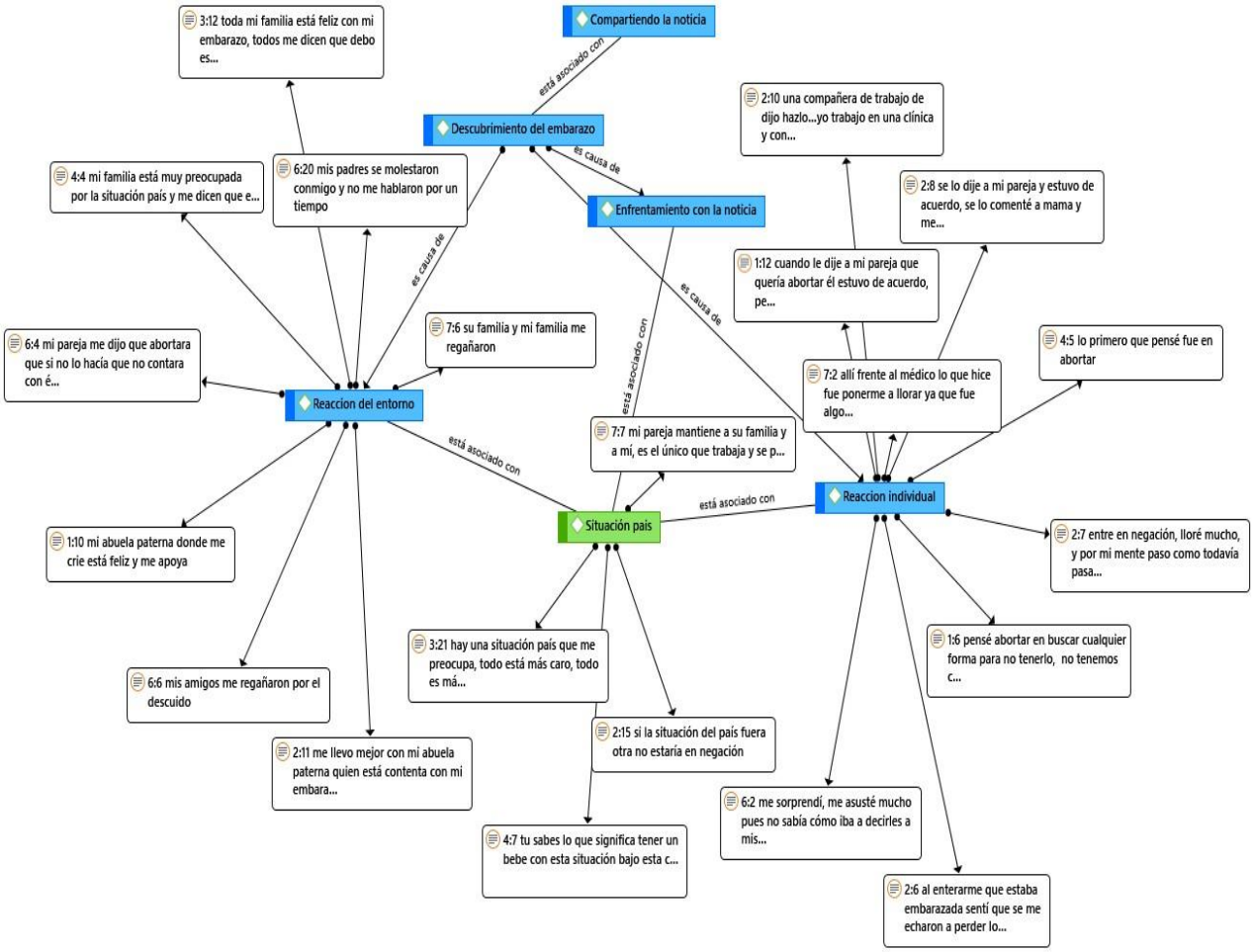



**Figura 8.** Red de interrelación: Categorías descubrimiento de la noticia y Situación-país.

5.3.1.3.4 Categoría Emociones

El embarazo implica un proceso de ajuste emocional, caracterizado por las distintas vivencias que transitan las gestantes, las cuales reconocen experimentar cambios en su estado de ánimo, tornándose más sensibles ante los comentarios de su entorno. Adicionalmente, se evidencia que ellas presuponen que el embarazo las vuelve más sensibles emocionalmente. Al respecto, señalan:

> *… desde que me entere que estoy embarazada he tenido mucha ansiedad, todavía hoy la ansiedad, la angustia me agobia, creo que tiene su causa en mi negación…**2:19 (3165:1317)***
>
> *… todavía no salgo de esta depresión…**3:26 (665:698)***
>
> *…. me sentí muy mal, triste y angustiada me deprimí mucho…**4:6 (1243:1297)***
>
> *… hoy en día me siento angustiada y espero que mi tristeza no le afecte….**6:8 (1459:1527)***

5.3.1.3.4.1 Sub categoría: Ambivalencia.

La palabra ambivalencia define dos interpretaciones o dos valores, frecuentemente opuestos y esta palabra aplica a lo que sucede en la gestante cuando se encuentra con sentimientos enfrentados: Por una parte sabe que debería de estar feliz, por otra no se siente tan feliz como creyó en un primer momento que sucedería. Y lo que es peor, esto hace que encima tenga sentimientos de culpabilidad constantes. Ambivalencia es la confluencia de sentimientos encontrados. Corrobora la anterior afirmación lo que nos dijeron las participantes:

> *…en mi corazón si quiero tenerlo, pero no lo deseo…**1:8 (950:988)***
>
> *…sé que debo cuidarme físicamente pero no deseo este embarazo…**2:9 (1415:1528)***

> *… a pesar de que estoy embarazada, de que es una realidad del hijo que llevo en mi vientre, inconscientemente lo deseo pero conscientemente no lo quiero…**2:14 (2178:2329)***
>
> *… tengo sentimientos muy mezclados…3:10 (1856: 1887)*
>
> *… a veces amanezco que no lo deseo, pero ante los demás actúo que estoy feliz con mi embarazo…**3:24 (3758: 3848)***

5.3.1.3.4.2 Sub categoría: Sentimientos.

El sentimiento expresa la confluencia de pensamiento y emoción, es la unión de los dos. Cuando sentimos estamos experimentando la energía de la emoción fusionada con la imaginación de nuestros pensamientos. Es una ilusión de una emoción. Es un pensamiento revestido de emoción. Veamos los sentimientos expresados por las participantes:

> *…ésta vomitadera me tiene hastiada, hay momentos que siento que el culpable es el bebé y me vienen los pensamientos que si hubiera encontrado un método para abortarlo lo hubiera hecho…**3:22 (3454:3637)***
>
> *… siento mucha tristeza me siento muy frustrada y angustiada...**5:6 (848:906)***
>
> *… me siento en la actualidad muy mal más cuando tengo que lidiar con el embarazo sin ayuda de mi pareja que se desapareció, no lo he vuelto a ver, me siento agobiada, decepcionada...**6:7 (1130:1307)***
>
> *… por momentos siento mucho miedo y ganas de llorar porque sé que mi vida en lo adelante no va a ser igual…**6:15 (2526:2631)***
>
> *… me sentí muy deprimida al saber de mi embarazo…**7:8 (864:909)***
>
> *… hoy me siento mal porque de verdad que hay mucha necesidad, las cosas cada día están más caras y se hace imposible comprarlas y para colmo yo embarazada de un bebe que no estaba buscando…**7:9 (951:1135)***

5.3.1.3.4.3 Sub categoría: Pensamientos.

Los pensamientos son lo  mental, las creencias, juicios, opiniones, nuestros valores. Es el sistema guía que da dirección a nuestras emociones. Para muestra un botón:

> *…por mi mente han pasado cualquier cantidad de cosas, hasta de quitarme mi vida…llegue a pensar meterme en el medio de la calle que me lleve un carro por delante…**2:18 (2957:31:64)***
>
> *… pienso que yo no debería estar embarazada...**3:19 (2914:2988)***
>
> *… por mi mente paso abortarlo pero no me atreví…**7:16 (1771:1815)***

5.3.1.3.4.4 Sub categoría: Percepción.

El conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos define a la percepción. Esto ocurrió en nuestras participantes cuando percibieron la realidad de su embarazo:

> ***…** cuando escuche los latidos del bebé eso me traumó, eso me impactó, entonces me puse a pensar cómo voy a matar una vida...**1:11 (1235:1370)***
>
> *…cuando me hicieron el primer eco estaba asustada hasta que sentí los latidos del bebé lo cual me tranquilizó…**3:7 (1372:1498)***
>
> *… cuando vi por primera vez al bebe en la ecografía sentí mucha depresión ya que no sabía que decisión tomar, salí muy triste de la consulta…**4:14 (2085:2222)***
>
> *… cuando me hice el primer eco sentí de todo menos emoción no es fácil esto que me está pasando…**5:12 (1574:1666)***

5.3.1.3.5 Interpretación  de la categoría Emociones.

Las emociones es el tema central de esta investigación. En el este aparte vemos se asocian  la ambivalencia, sentimientos, pensamientos, todas girando en torno a una sensación de displacer teniendo como motivo central: Embarazo.

Nuestra experiencia obstétrica es habitual apreciar en las gestantes el cambio de actitud negativa que tenían hacia su embarazo, cuando lo ven en la primera ecografía, cuando lo siente moverse en su abdomen o cuando escuchas los latidos cardiacos fetales. Llama la atención que esto no ocurrió en dos de las participantes. Gutman [254] explica que el replique emocional en algunas embarazadas tiene su origen en cosas no resueltas en su propia vida, en su infancia, y en sus relaciones. Esto tal vez pudiera justificar esa actitud. Figura 9

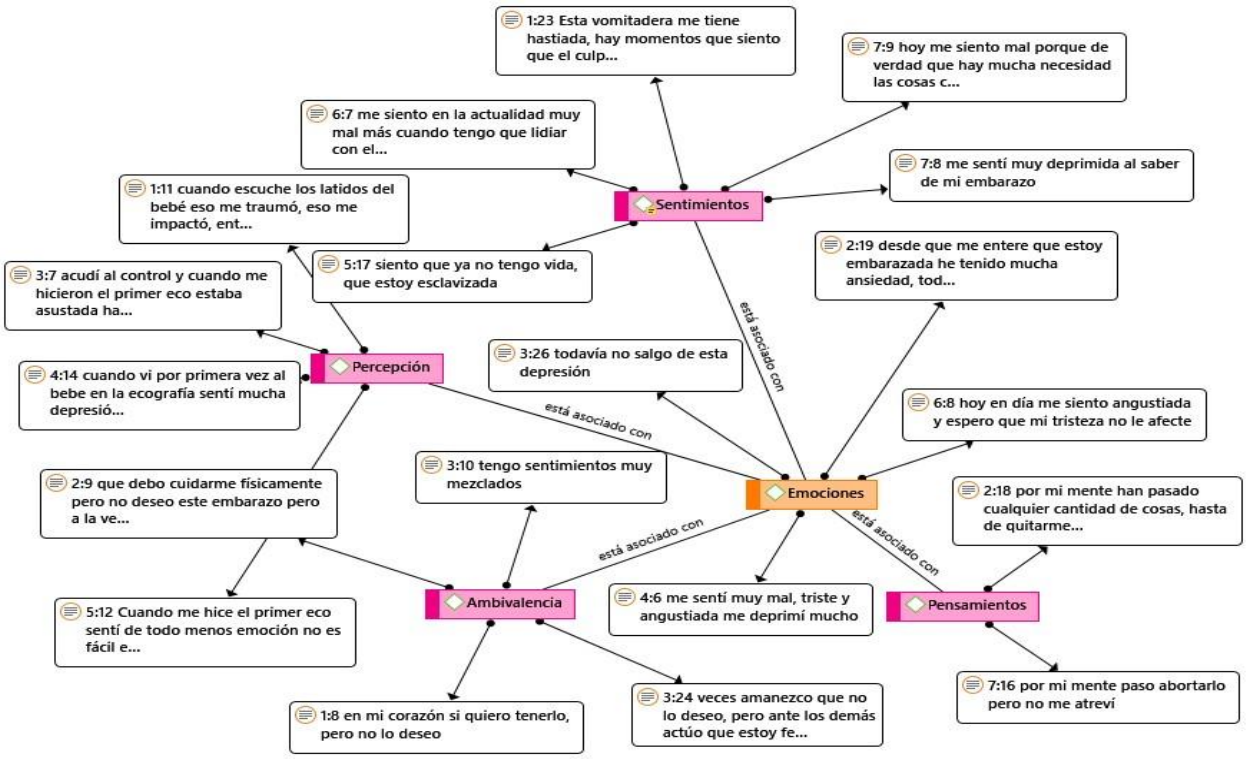



**Figura 9.** Red de interrelación: Categoría Emociones

5.3.1.3.6 Categoría Cultura

La cultura es la esencia de las investigaciones etnográficas y se define como es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo

en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro que es. En esta investigación emergieron varias sub categorías: creencias, costumbres, tradiciones, consejos, convivencia, rutinas que permitieron dibujar la estructura cultural de las participantes. Aspecto que detalla a continuación:

5.3.1.3.6.1 Sub categoría Creencias

Según Tamayo [(255)] una creencia es un estado de la mente en el que un individuo considera como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa. Puede considerarse que es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional o justificación empírica que lo compruebe. Por eso la creencia habitualmente se asocia a la religión. La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social (la presión familiar, los grupos dominantes). Estas fueron las creencias de nuestras participantes:

> *… he tenido antojos raros por cosas que antes no me gustaban, mi pareja me ha complacido sino él bebe nacerá con la boca abierta…**1:16 (1832:1960)***
>
> *… no creo en el mal de ojo y esas cosas, aunque sé que la maldad existe…**2:16 (2392:2457)***
>
> *… yo sí creo en el mal de ojo, estoy segura que eso fue lo que le ocurrió a mi hermana, hay una muchacha, vecina del barrio que sé que envidiaba a mi hermana…eso existe la maldad existe, de que vuelan, vuelan, y esas malas vibras afectaron el embarazo de mi hermana...**3:20 (2989:3362)***
>
> *… viendo el sufrimiento de mi hermana me molesté mucho con Dios, ella busco y deseo su bebe, no es justo y yo sin buscarlo ni desearlo salgo embarazada, tampoco es justo…**3:25 (4100:4268)***

> *… creo en Dios pero la maldad existe…**5:13 (1669:1702)***
>
> ***...**creo en dios y la virgen…**6:10 (1771:1798)***
>
> *…mi abuela me dice que no debo meterme en la playa, que no me siente en el piso porque le entra frio a la placenta, que no me sobe mucho la barriga porque él bebe se hace pupú…**6:14 (2351:2524)***
>
> *… mi mama me dice que no debo llevar sol en la espalda porque la placenta se seca y que no coma mucho queso porque sale grasoso…**7:14 (1483:1614)***

5.3.1.3.6.2 Sub categoría Costumbres, tradiciones y consejos.

Las costumbres son formas de comportamiento particular que asume toda una comunidad habitualmente transmitida en forma de consejo de una generación a otra, en tanto que las tradiciones son pautas de convivencia. Las abuelas y las madres son las que tradicionalmente aconsejan y transmiten a sus nietas e hijas, las costumbres y tradiciones de la familia. Mostramos a continuación algunos los ejemplos

> *… mi abuela me ha enseñado lo que debo o no debo comer, como debo cuidar mi embarazo, que tome avena, papelón con leche, que no vaya a la playa, que evite caerme, que no pase coleto…**1:14 (1590:1770)***
>
> *… mi abuela me recomienda que lleve la vida con calma, que no haga o tenga esfuerzos físicos, que me alimente bien…**2:12 (1850:1961)***
>
> *… mi mama me dice y orienta todo lo que debe hacer, que no me estrese, que coma sano, me consiente mucho…**3:16 (2472:2608)***
>
> *… mi mama me dice que hay que cuidarse mucho durante el embarazo que coma bajo de sal y que si me da mucha acidez que coma arroz crudo…**4:12 (1952:2084)***
>
> *…mi mama me dice que no se puede comer comidas del día anterior y que no use la ropa apretada...**5:10 (1223:1300)***

5.3.1.3.6.3 Sub categoría Convivencia

La convivencia es la acción de convivir. Se muestra a continuación el drama de nuestras participantes:

> *… estamos viviendo arrimados donde mi suegra y con ella no me llevo bien, ella es una persona muy fuerte, muy quisquillosa, he tenido que adaptarme a como ellos viven…**1:7 (827:946)***
>
> *… allí vivimos 13 personas la casa tiene tres cuartos y un solo baño….**1:21 (2484:2557)***
>
> *…vivo en casa de mi familia con mi pareja…**2:1 (116:155)***
>
> *… vivo en casa de mi familia en una casa con 2 cuartos, sala, cocina y un baño cuenta con todos los servicios allí vivimos 6 personas…**4:20 (2761:2884)***
>
> *… vivimos en una casa alquilada con 4 habitaciones, 1 baños, sala, cocina y comedor, posee todos los servicios, vivo con mi mama y mis hermanos…**5:19 (2326:2470)***
>
> *… vivo con mi familia en un apartamento de 3 habitaciones, dos baños, todos los servicios, somos seis adultos…**6:19 (3091:3198)***
>
> *…vivo en una casa que tiene 3 habitaciones, sala, cocina y un baño, tiene todos los servicios y allí vivimos 8 personas…**7:18 (2066:2163)***

5.3.1.3.6.4 Sub categoría Rutina

Se define como rutina a la costumbre o hábito que se adquiere al repetir una misma tarea o actividad muchas veces. Embarazarse significo para las participantes un cambio de rutina. Esto expresaron:

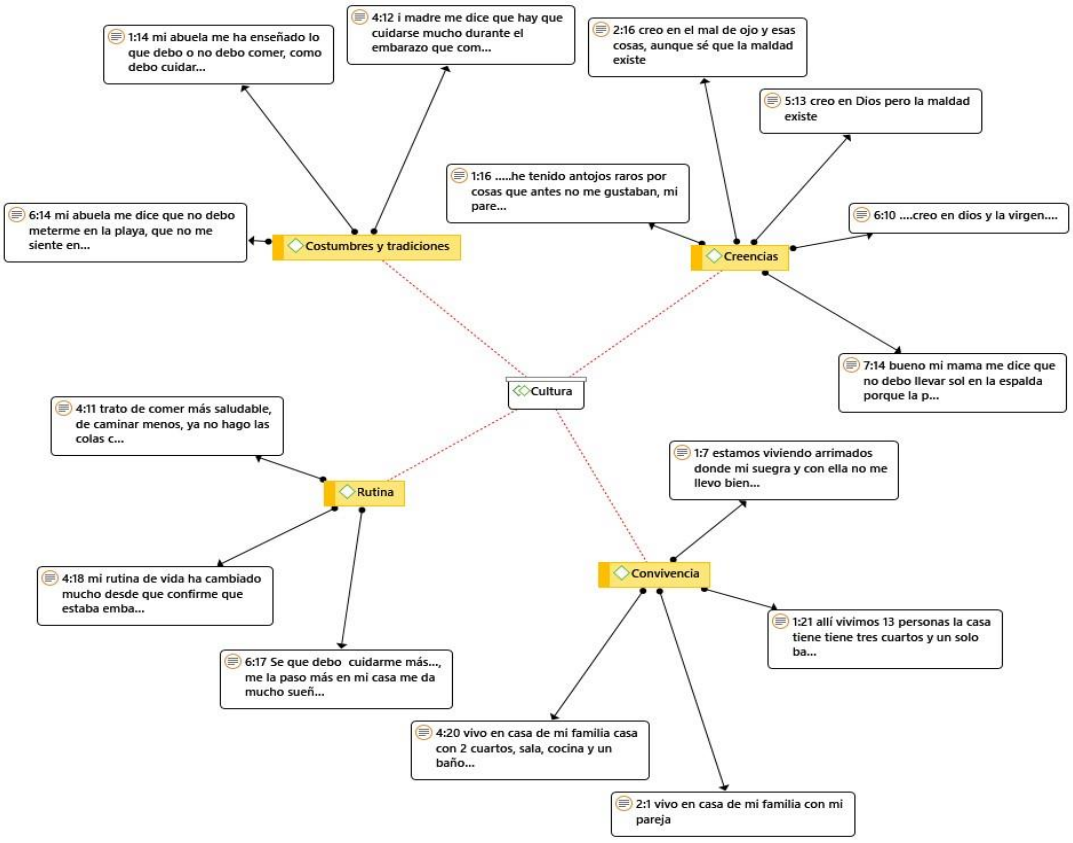
> *… trato de comer más saludable, de caminar menos, ya no hago las colas como antes, como más fruta, verduras y granos. Ya no hago tanta fuerza y paso más tiempo acostada…**4:11 (1777:1942)***
>
> *… mi rutina de vida ha cambiado mucho desde que confirme que estaba embarazada ahora tengo que cuidarme más ya no puedo hacer las cosas que hacía antes como: caminar para ver lo que podía comprar…**4:18 (2513:2706)***

> *…...para cuidarme guardo reposo, no hago fuerza y como poca grasa y ya no puedo hacer lo que hacía antes como salir de compras…**5:9 (1097:1222)***
>
> *… trato de comer un poco más saludable, la comida chatarra me da asco, tomo vitaminas que antes no tomaba, como mucho más…**6:12 (2144:2262)***
>
> *… a pesar de mi rechazo sé que debo cuidarme más…, me la paso más en mi casa me da mucho sueño y prefiero no salir…bueno ha cambiado en que ya no me dejan salir sola, no me dejan cargar peso y me la paso con mucho sueño…**6:17 (2739:2934)***
>
> *… trato de comer sano bajo en sal, sin grasa estoy tratando de comer mejor, lo que he cambiado es que antes comía hasta de media noche y ahora no lo hago…**7:12 (1309:1459)***

5.3.1.6.7 Interpretación Categoría cultura.

Lo expresando por las participantes reveló sus niveles culturales encontrándose coincidentes en todas las sub categorías. Creen en Dios pero también cree el mal de ojo, han recibido de sus abuelas y madres consejos de cómo llevar el embarazo, sus rutinas las han adecuado a su condición gestante pero el mayor drama lo representa la convivencia en algunos casos con condición de hacinamiento, que tal vez justifique la no adaptación al embarazo. Figura 10

**Figura 10.** Red de interrelación: Categoría Cultura.




5. 3.1.6.8 Categoría Expectativa

La expectativa es una esperanza o posibilidad de conseguir alguna cosa. A pasar de todo lo que nos expresaron las participantes con anterioridad, ellas tienen sus ilusiones, y así lo manifestaron:

> *…mi proyecto es irme del país y poder ejercer mi profesión ya que aquí nunca pude ejercer por lo mal que pagan, los planes antes del bebe era trabajar duro para poder irnos del país…**4:9 (1523:1702)***
>
> *…soy bachiller, me gustaría sacar una carrera, para buscar trabajo y ayudar a mi familia…**5:7 (946:1032)***
>
> *… no trabajo, si me gustaría trabajar así sea de comerciante ya que el sueldo de mi pareja no da para más…**5:18 (2223:2325)***

> *… en el futuro me veo trabajando mucho para darle lo mejor a mi hijo y espero poder estar ejerciendo mi carrera, mis planes antes del embarazo era graduarme y salir del país a hacer postgrados, luego casarme y tener otros hijos como Dios manda…**6:9 (1529:1770)***
>
> *…espero más adelante poder trabajar en lo que me estoy formando…**6:18 (3026:3088)***
>
> *… mis proyectos es sacar una carrera me gustaría estudiar enfermería…**7:10 (1137:1203)***

5.3.1.6.9 Interpretación etnográfica global

La interpretación global que emergió en este estudio fue el gran impacto que la situación-país ha generado en nuestras gestantes condicionando sus emociones y por ende generando un conjunto de condicionamientos en el bebé intrauterino. Es triste predecir, en base a todo lo analizado en esta investigación, los efectos que padecerán los niños nacidos y por nacer en esta época. La negación, el pensar abortar, el no haberlo planificado, la no convivencia con la pareja, conforman el proyecto/sentido deseos niños, que repito es triste predecirles, el cúmulo de conflictos que van a padecer. Esta investigación es un grito de alerta, que espera ser escuchado para contribuir a construir una mejor sociedad. Figura 11.

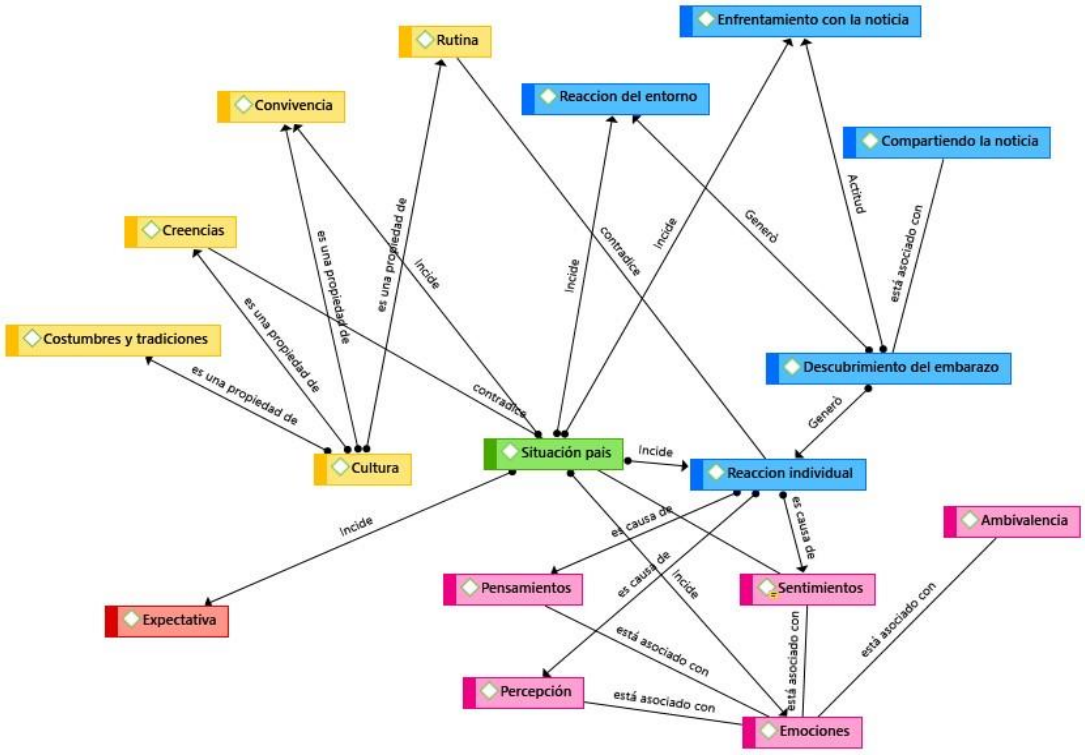



**Figura 11.** Red de interrelación Etnográfica global

### 5.3.2 Investigación Fenomenológica hermenéutica.

En esta investigación participaron tres gestantes, tomadas como muestra intencionada de la investigación etnográfica en el primer tiempo de este abordaje cualitativo, trabajándose con la herramienta psicoterapéutica Constelaciones familiares, la sintomatología emergente, referidas por ellas, durante la entrevista etnográfica.

Es de considerar que de las tres participantes dos refirieron presentar cuadros de trastornos psicológicos como depresión y ansiedad, y la restante síntomas somáticos caracterizados por hiperemésis. Ambas sintomatologías (orgánicas y psicológicas) habitualmente no se presentan en el II trimestre de la

gestación, pero su presencia afecta significativamente la calidad de vida de las gestantes, determinando que ellas asuman actitudes inadaptativas en relación a sus embarazos. ¿Dónde estará el origen de esos trastornos? ¿Tendrán una causa transgeneracional? ¿Serán una consecuencia del proyecto/sentido? Fueron las interrogantes que dé inicio nos planteamos, pero como ocurre en los estudios fenomenológicos, la intensión más que plantear una hipótesis es observar el fenómeno, sin juicio previo (epojé), con la finalidad de comprenderlo y luego interpretarlo según los postulados de la hermenéutica. Así ubicados, a continuación se detallan los tres casos estudiados dando de este modo respuesta a los propósitos específicos planteados.

#### 5.3.2.1 Caso 1 Sintomatología emergente: Hiperemésis

Gestante RC, 24 años, primigesta, con embarazo de 18 semanas, que inicia control prenatal a las 16 sem, es bachiller, vive con la familia del esposo en la urbanización vivienda rural de Bárbula, depende económicamente de su pareja, este embarazo no fue planeado, todavía a esta edad gestacional persisten las náuseas y vómitos y siente mucha ansiedad, por esa situación, motivo por el cual consulta. Es la primogénita de su familia y tiene una hermana.

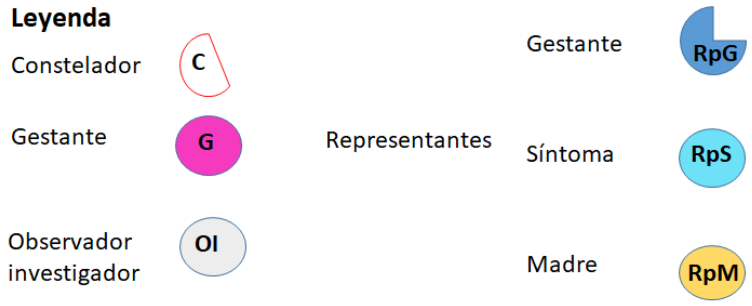



Figura 12. Participantes CF Caso 1. (Medina 2018)

C: Pide a la gestante que elija entre los participantes un representante para ella (RpG) y otra para los síntomas (RpS) que padece, motivo por el cual consulta.

G: Elije para la sintomatología a una representante femenina y las ubica en el campo detrás de su representante.

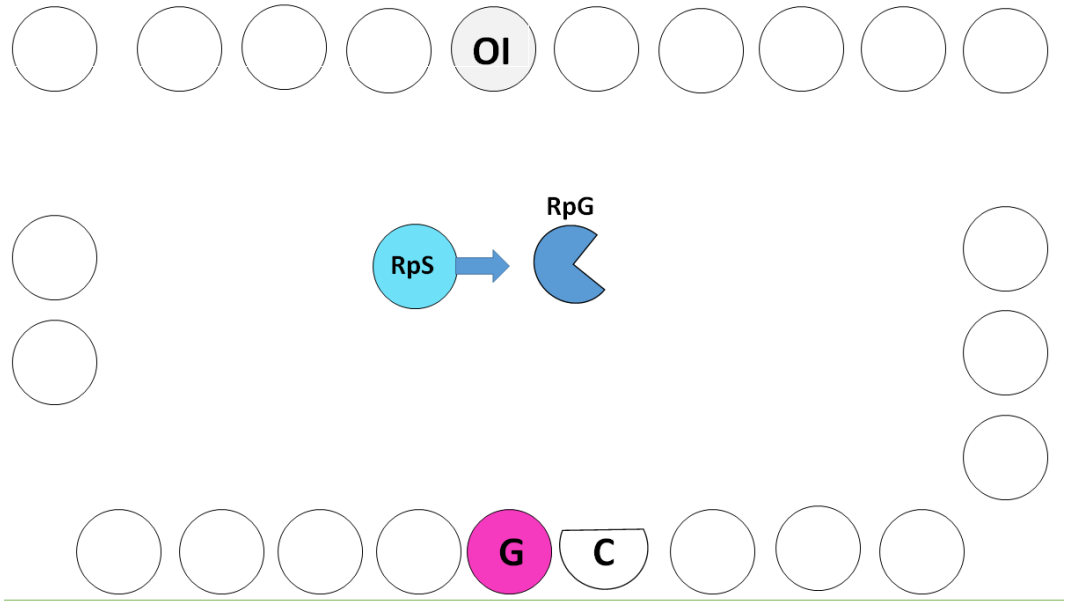



Figura 13. Desarrollo1 CF Caso 1. (Medina 2018)

OI: La RpG se deja caer hacia atrás apoyándose en la RpS. Se aprecia que RpG cierra los ojos y se observa que está feliz y contenta.

RpS le dice: Para mí esto está en orden, si ella me necesita yo estoy aquí.

OI: RpS sostiene a RpG. Por la afectuosidad que se aprecia en la RpS y la actitud placentera de la RpG pareciera que RpS sea la madre de la gestante.

C pregunta a la  a la representante de gestante  ¿Cómo ha sido la relación con su mama?

RpG: Muy difícil, nos hemos ido arreglando, pero es difícil, muchas veces tensa, no la comprendo ni ella me comprende. Yo soy la primera hija de mis padres. Debí haber nacido varón, eso era lo que quería mi madre. Mi nacimiento fue difícil. Nací por fórceps.

OI: Aquí hay  una contradicción al ver la actitud de la RpS que acepta de manera muy dispuesta a la RpG, y la actitud tensa de la madre de la gestante hacia su hija por el comentario de esta última. Podría la madre no haber estado libre de algo, para aceptar a su hija. Interviene el C y pide a la gestante que incorpore un representante para su mama. La gestante la ubica a cierta distancia de los RpS y RpG. La RpM los mira. Figura 14. Sin embargo la actitud de las RpS y RpG es de indiferencia, miran a la RpM con desdén,  como si no les importara su presencia. De repente la RpM comienza a realizar gestos muy llamativos, contorsiones, movimientos corporales extraños, hace esfuerzos para ver a los RpG y RpS.

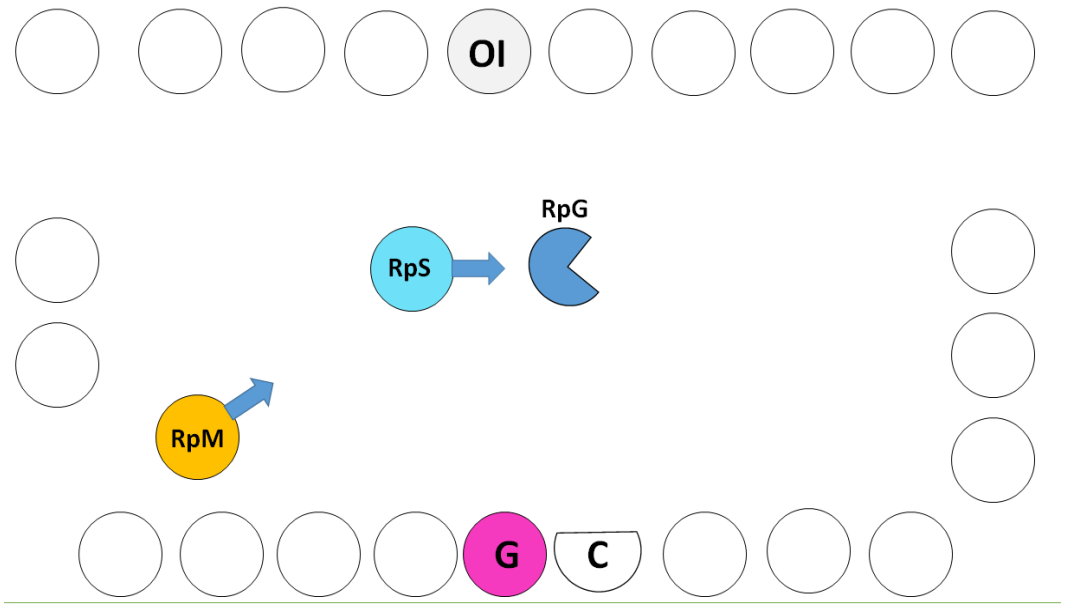



Figura 14. Desarrollo2 CF Caso 1. (Medina 2018)

Pasado un rato la RpM le dice a la RpG: hija te veo con cierta dificultad pero al verla a ella (RpS) se me nubla la vista. No sé, pero no puedo ver con claridad.

OI: siento que hay algo que todavía no ha aflorado. Cuando estoy abstraído en ese pensamiento, súbitamente el constelador le pregunta a la RpM:

C: ¿has perdido algún hijo?

RpM: Si. Antes de tenerla a ella  y señala a la RpG tuve un aborto, era varón, mi esposo estuvo fuera del país por 6 meses, no supo que estaba embarazada, por imprudente perdí a mi bebe, me negué a decírselo a nadie.

OI: abruptamente la RpG se separa de la RpS  desde cierta distancia la mira (RpS) como si estuviera despertando, como si ahora estuviera participando de los acontecimientos. Entre tanto se aprecia que la RpM se ve molesta y no soporta que

su hija (RpG) mire a la RpS. Ahora la RpM se separa a mucha distancia de las otras dos y fija su mirada perdida hacia el suelo hacia los pie.

C: Dice a la RpG: Mira a tu hermano. Elige un representante para tu hermano abortado y colócalo boca arriba delante de las pies de la RpM

OI: Cuando esto ocurre, la RpS se retira espontáneamente de la constelación y se sienta junto a los demás participantes.

El C se dirige a la RpG y le pide que diga: querida mama, ahora te comprendo, te honro, tengo lo más importante, ahora lo tomo y te respeto.

OI: Cuando la RpM escucha a su hija, deja de mirar al RpH y se gira hacia la RpG y le dice:

RpM: Hija vive por ti y por ella (le toca el vientre) esto aquí, es mío.

OI: Ambos representantes M y G lloran y se abrazan. Terminando allí la constelación.

Comentario e interpretación:

Pasadas dos semanas, la gestante en la consulta prenatal me comentó que la constelación familiar le había hecho mucho bien, que le fue muy útil la frase "vive por ti y por ella" frase que le dio un gran alivio. Pudo ver lo que se encontraba entre ella y su mama, que no tenía nada que ver con ella como creía. Lo curioso es que las náuseas y los vómitos dos días después de la constelación habían desaparecido, sin necesidad de tomar el medicamento que le había prescrito.

Es habitual que no se relacione alguna enfermedad que se padezca con acontecimientos ocurridos en la familia, ni que tampoco se relacione la influencia que la misma familia tiene sobre alguna enfermedad.

Esta constelación familiar aporto una serie de datos. Por ejemplo quedó poco claro qué lugar ocupaba la sintomatología en la gestante pero lo cierto fue que al aparecer el hermano abortado en la constelación, (excluido e ignorado en la familia, mantenido en secreto) no tuvo razón de ser, y fue la razón para que la RpG soltara a la sintomatología.

La madre no pudo superar el aborto y quedó atada. Por eso no estaba libre para permitir que el amor fluyera hacia su hija. De allí la razón tensa entre ellas. Por eso la gestante sentía  llevaba un gran peso sobre ella.

La literatura reporta que es habitual que los hijos busquen la causa de una relación difícil con sus padres en ellos mismos, y ante el fracaso que representa no poder superar ese obstáculo, solo les queda, la ira, la desesperación, ansiedad, perdiendo más adelante el respeto hacia ellos, perjudicando de esta manera el equilibrio del sistema familiar.

La gestante al dirigir su mirada al dolor de la madre por el hijo perdido, el amor y el respeto volvieron a fluir tranquilizando el alma familiar logrando la paz y por ende estableciendo un efecto sanador.

Semanas después la gestante me comento que de corazón le había pedido perdón a su bebé intrauterino por tanta negaciones que había tenido hacia el por tantas náuseas y vómitos y que ahora amaba intensamente a su bebe. También me

reveló algo que había mantenido oculto, que no era primigesta, que esta era su segundo embarazo, que antes había tenido un aborto.

Revisando el cuestionario llenado por la gestante de Adaptación psicosocial, la dimensión relación con la madre, arrojó resultados francamente alterados.

**5.3.2.2 Caso 2 Sintomatología emergente: Tristeza, melancolía**

Gestante LP, 25 años, soltera, con gestación de 21 semanas, bachiller, empleada. Vive con su familia en el sector Vivienda Rural de Bárbula, el embarazo no fue planificado pero no entiende porque siente tanta tristeza, se deprime con mucha facilidad, razón por la cual consulta.

Antes de comenzar la constelación, se establece el siguiente dialogo entre el constelador y la gestante:

C: ¿Cuando comenzaron los síntomas?

G: Cuando me abandonó mi pareja

C: ¿Cómo está la relación con tu mamá?

G: Bastante buena

C: ¿Eres la hija preferida de tu padre?

OI: Con una sonrisa la gestante dice que sí, pero de inmediato le brotan las lágrimas y dice: mi padre murió, pero si es cierto, yo era su hija preferida

C: Cuantos hermanos tienes

G: Soy la segunda de cinco

C: ¿Tuvieron parejas anteriores tus padres?

G: Ellos han estado juntos desde que ambos tenían 17 años. Su primer hijo nació cuando mi madre tenía 18.

C: vamos a configurar tu familia, escoge tres representantes uno para ti, otro para tu mama y otro para tu papa.

OI: la RpM empieza a llorar, el RpP luce tranquilo, ni se mueve. El constelador le pregunta a la RpG:

C: ¿Cómo te sientes?

RpG: Siento una gran tristeza

OI: El constelador les dice a todos los representantes que sigan sus impulsos. La RpM va hacia su marido. El la abraza pero aun así, ella no deja de llorar. El Constelador dirigiéndose a los RpM y RpP les pregunta:

C: ¿Han perdido algún hijo?

OI: Ahora interviene la RpG y dice: un hermano nació muerto cuando tenía 32 semanas de embarazo mi mamá

OI: Ahora el constelador busca un representante para ese hijo fallecido (RpH) y lo coloca al lado de la RpM, los demás representantes se mantienen iguales. Rato después la RpG se coloca delante de los RpM y RpP. En este momento la constelación se aprecia como estática sin ningún avance. Pareciera que todavía hay algo que no se ha abordado. Constelador le pregunta a la RpG:

C: ¿hay algún secreto en la familia?

OI: Ahora la RpG se ve como avergonzada y esta toma el brazo del RpP, y le dice: Si hay un secreto familiar, pero todos lo conocen, lo único es que no se comenta. Mi padre tiene una hija con la hermana de mi madre, o sea mi tía, que tiene 3 años menor que yo.

OI: Con esta revelación el constelador pide un representante para la hermanastra (RpHa) y la ubica frente a los padres de la RpG. La RpHa se retira de esa posición y se ubica primero al lado de la RpG pero no logra tranquilizarse allí, opta por alejarse de la familia, entonces el Constelador le pregunta:

C: ¿Cómo te sientes?

RpHa: He sufrido mucho

OI: El Constelador incorpora un representante para la tía (RpT), que la incorpora al campo, de inmediato la RpHa gira hacia el lado contrario y se va a un rincón y empieza a llorar. Todos los representantes se quedan inmóviles ni se inmutan ante el llanto de la RpHa. De repente la RpG empieza a llorar. El constelador ahora pide un representante para la sintomatología (RpS), la gestante que esta de observadora, elige a un hombre y el constelador lo coloca delante de los RpM y RpP en el mismo lugar donde había colocado la RpHa. Ahora la RpG gira hacia donde está la RpHa, suela el brazo de su padre y camina hacia la RpHa y se abrazan. Es importante comentar la relación que se aprecia entre los síntomas y el sistema familiar, que podría ser una manera de compensar el sentimiento de culpa de la RpG, ya que la sola presencia de la RpS hizo posible que pudiera mostrar amor hacia la RpHa. El

constelador le dice a la RpG que le exprese a los Rp de los padres “yo pertenezco, y le doy un lugar en mi corazón como mi hermanastra”, también el constelador le pide a la RpG que le diga a la RpHa “tu perteneces y ahora te doy un lugar en mi corazón como mi hermana menor” pronunciada las palabras por la RpG que continua abrazada a la RpHa, luego de un rato, cuando se sueltan, la RpG toma de la mano a la RpHa y la lleva hacia el RpP y la deja con él, luego busca a la RpM y la lleva junto a al RpP y se abrazan todos. El constelador pregunta a la RpG:

C: ¿cómo te sientes?

RpG: tranquila.

Comentario e interpretación

Tres semanas después desapareció la sintomatología. Llama la atención que la sintomatología comienza al poco tiempo después que la pareja abandona a la gestante. Esto muestra una conexión con algún acontecimiento de la familia de origen de la gestante. Al ser concebido el hermanastro se creó un vínculo entre el padre y la tía, constituyendo así un nuevo sistema familiar que tiene prioridad sobre el anterior.

### 5.3.2.3 Caso 3 Sintomatología emergente: Ansiedad

Gestante de 27 años, profesional con embarazo de 23 semanas, concubina, con débil adaptación psicosocial. Es segunda de dos hijos. Desde hace algunas semanas se siente muy ansiosa con mucha intranquilidad, incluso se le dificulta dormir, motivo por el cual consulta

OI: Se inicia la constelación familiar y el constelador solicita a la gestante que elija entre los participantes a dos representantes uno para ella (RpG) y el otro para la sintomatología que padece (RpS), esta los ubica en el campo, ambas se agarran de la mano, sin embargo pasado algún tiempo se aprecia que no hay ningún avance, motivo por el cual, ahora el constelador pide a la gestante que seleccione un representante para su mama (RpM).

OI: Ahora con la aparición de la RpM, la RpS se siente de inmediato atraída hacia ella y deshace la unión que hasta ese momento mantenía con la RpG. Sin embargo la RpM gira en dirección opuesta a la RpS, ésta la persigue hasta que se tumba a los pies de la RpM como un niño dormido. El constelador insinúa que puede que la RpS recuerde a la RpM a un niño perdido y pregunta a la RpG ¿ha tenido algún aborto tu mamá?

RpG: No, si así fuera yo lo sabría, tengo una buena relación de confianza con mamá

OI: Ahora la RpS hace una reverencia a la RpM y ésta se muestra amigable hacia ella, entre tanto la RpG se ve relajada y optimista. Sin embargo la RpM sigue mirando hacia el suelo.

Constelador vuelve a preguntar a RpM: ¿Ha ocurrido alguna muerte prematura en tu familia?

RpM: No

C: ¿No has tenido ningún hermano más?

OI: Cuando la RpG va a tomar la palabra súbitamente la RpM que ha empezado a llorar, interviene y dice: tuve un aborto de mi segundo hijo.

OI: Ahora el constelador introduce un representante para el Aborto (RpA) y le pide que se tienda en el suelo. La RpM se acerca y se arrodilla a su lado. Los demás quedan en segundo plano observando a la RpM. Pasado algún momento el constelador le dice a la RpM dile a tu hijo “Yo soy tu madre y tú mi tercer hijo, aunque te hayas ido tan pronto". La RpM repite las palabras pero se aprecia que no se identifica totalmente con lo que dice y sigue mirando fijamente a su hijo, bastante ausente de la realidad.

Ahora constelador le pregunta a RpG:¿Cómo te sientes?

RpG: Me siento muy mal; creo que tenía que haberme ido yo en lugar de mi hermano. Siento que he estado ocupando un lugar que no me tocaba.

Constelador le dice a RpG que le diga al RpA “"Hubiera deseado irme en tu lugar para satisfacer a nuestra madre". La RpG lo repite. Ahora se aprecia que la RpM empieza a reaccionar tomando como conciencia de que no está sola con su hijo. El Constelador le dice a la RpM que le diga a su hijo "Yo soy tu madre y tú el segundo de mis tres hijas". Se aprecia que ahora la RpM si le pone el sentido en lo que dice,

y espontáneamente le manifiesta: Sentí mucho dolor cuando te fuiste y no pude ver nada más". "Siempre serás mi segunda hija y tendrás tu lugar en esta familia".

OI: Constelador pide al RpA que se levante y le coloca al lado de la representante de la madre la cual dirigiéndose a la RPG le dice: Tú eres mi tercera hija".

OI: La RpG se coloca al otro lado de la RpM. Hay un absoluto silencio, de manera intempestiva la RpG comienza a llorar y va hacia la RpM, la abraza y le dice: ahora te comprendo. Ambas se abrazan por un rato y luego sonríen.

OI: Constelador pregunta a RpG:

C: ¿Cómo te sientes?

RpG: me siento feliz

OI: Allí termina la constelación

Comentarios e interpretación

En el siguiente control la gestante me comenta la desaparición de la sintomatología. En todas las familias hay secretos. Algunos de ellos sirven para preservar y proteger a personas en concreto y otros a toda la familia. Sin embargo cuando se niegan, se callan o se ocultan sucesos sistémicos de importancia como por ejemplo la concepción de un bebé, una paternidad o una muerte violenta, la exclusión de esas personas altera el orden de ese sistema familiar. Aunque se tenga mucho cuidado en ocultarlo, este tipo de suceso como el mostrado en la constelación, se manifiesta a través de una conducta o una sintomatología en los descendientes de esa familia. Lo curioso es que la mayoría de las veces esas señales

no son percibidas ni comprendidas por las familias y los consultados. No se debe olvidar que desde que es engendrado un bebé hay que considerarlo como un miembro de la familia y, como tal, debe tener su lugar reconocido. Este concepto es fundamental y muy poco asumido en la mayoría de las familias.

Estos tres casos corroboran como el movimiento del espíritu actúa reordenando el sistema familiar ante desequilibrios ocurridos en generaciones pasadas. Por eso Bert Hellinger en reiteradas oportunidades ha expresado que las enfermedades son oportunidades de sanación. Y al ser esto así, en nuestro caso, la gestante es un eslabón fundamental. Hemos visto como las exclusiones, los secretos familiares, las alteraciones del orden familiar condicionan la aparición de conflictos y enfermedades que muchas veces la medicina convencional no le encuentra justificación, pero están allí ejerciendo influencia en el bebé intrauterino, al cual se le incorporan adicionalmente las influencias del entorno y el proyecto sentido, elementos fenomenológicos determinantes en la vivencia terrenal del nuevo ser.

Nuestras gestantes a diario transitan su embarazo en un mundo emocional que la medicina ortodoxa no toma en cuenta. La ciencia médica racionalista invierte tiempo y dinero en el mundo desplegado. En momento de reencontrarnos con nosotros mismos y comenzar a propiciar el orden implícito. Esta investigación es nuestra cuota.

## 5.4 Triangulación y creación de una teoría

Mostrados e interpretados los resultados, se procedió a determinar las intersecciones y coincidencias a partir de las diversas apreciaciones obtenidas en cada uno de los cuadrantes del modelo integral de Ken Wilber. El objetivo lograr la triangulación metodológica.

Dos metodologías se utilizaron en esta investigación: la cuantitativa (cuadrante superior e inferior derecho) y la cualitativa (Cuadrantes superior e inferior izquierda). Ambas se abordaron de manera separada, conservando la independencia de sus métodos y resultados ya que cada método buscó responder a interrogantes específicos de la investigación. En este sentido se convino en unir los cuadrantes derechos de modelo integral holónico permitiendo determinar los niveles de adaptación psicosocial de las participantes. Por otro lado la metodología cualitativa se estudió bajo la óptica de dos visiones: etnográfica (cuadrante inferior izquierdo) y fenomenología hermenéutica (cuadrante superior izquierdo).

Visto así, éstos tres elementos se combinaron a los fines de aumentar su validez, arrojando puntos de convergencia en los resultados, configurando de este modo la triangulación.

En esta investigación el bajo nivel de adaptación de las gestantes fue incidido por la situación-país, la cual a su vez influyó a que las gestantes presentaran algún tipo de sintomatología con incidencia en el bebé intrauterino, pero que al analizarla con las constelaciones familiares, esas sintomatologías emergentes tuvieron orígenes transgeneracionales. Fue aquí donde se estableció el carácter

innovador de esta investigación. Un conflicto traducido en enfermedad antes de tipificarle un origen fisiopatológico, expresión del orden desplegado, debería considerarse que primariamente tiene una causa implícita, subyacente, o plegada englobando lo transgeneracional y el proyecto/sentido. Complementando así ambas visiones.

Así surgió la concepción de una teoría que hemos denominado Deudas Meméticas Inconscientes. Cuando un bebé es concebido recibe dos influjos: el transgeneracional y el proyecto/sentido, esas son las deudas consecuencias de alteraciones en el orden familiar, exclusiones, secretos familiares, motivación de los padres al concebirlo. Durante la gestación incide sobre él las emociones maternas y el entorno donde se desenvuelva la madre, en fin recibe un cúmulo de influencias culturales, eso es lo memético. El modo de nacer y los primeros meses de vida, el establecimiento del vínculo con la madre y el clan familiar es el otro complemento configuracional de su personalidad. Todo lo anterior es guardado a nivel inconsciente y si en un futuro, producto de las deudas meméticas presentara conflictos, una manera de subsanarlos es haciendo consciente esas deudas. Esto se logra a través de diversas técnicas psicoterapéuticas. Uno de ellas lo constituye, las Constelaciones Familiares.

Las Deudas Meméticas Inconsciente sustentan sus argumentos en los movimientos del espíritu, las lealtades invisibles, los campos morfogenéticos y el proyecto/sentido, constituyendo nuestro aporte al mundo académico y a la esfera científica de mi país pero fundamentalmente a la sociedad, a la raza humana del planeta tierra.

## Escenario 6

## Reflexión final

Culminada la investigación se impone este momento que se colorea con tintes de melancolía tomados de la acuarela de los propósitos logrados. Como todo lo que culmina, los instantes reflexivos configuran el punto final de la meta.

En su esencia, en el centro de la medicina está la relación entre quien requiere ayuda y quien tiene la capacidad técnica para entregarla. Es la inclinación natural del hombre de ayudar al prójimo afectado. La obstetricia, como disciplina científica, tiene como misión cuidar y proteger a la gestante y su bebé intrauterino.

La Obstetricia ha mostrado significativos y vertiginosos avances a través del tiempo, beneficiando la salud física no sólo de las madres, sino también de sus hijos. Pero aquello no ha sido todo. Cada embarazo es único y diferente a los demás y hemos prestado poco interés al contexto psicológico y social en que se desarrollan las gestantes.

No existe en la vida del ser humano otro período como lo es el embarazo-parto-puerperio, que ocasione tantos cambios simultáneos, sucesivos, de alta exigencia en la fisiología y en el estado mental y emocional de la mujer. De allí lo importancia de acercarse al conocimiento de los cambios psicológicos que experimenta la embarazada, a fin de tratar de entender su conducta, actitud, temores, que en más de alguna ocasión nos desconciertan o en otras siento, que no se le ha brindado la atención que se merecen. La tecnología de punta, las nuevas

generaciones en el mundo de la ecografía paradójicamente nos ha aislado de la persona humana, que en este caso se trata de dos personas: la madre y el nonato.

La maternidad como experiencia personal e individual, constituye la expresión de un proceso biológico- fisiológico además de un estado psicológico que reúne experiencias individuales, deseos y temores que preceden a la experiencia del embarazo [(256)]. Esta investigación lo ha demostrado.

Cuando el embarazo ocurre sin haber sido planificado surgen una tras otra o simultáneamente dudas, temores y situaciones de angustia, capaces de modificar el curso normal del embarazo al intensificar molestias o síntomas. De allí que la experiencia psicológica individual, desarrollada durante el embarazo, dependa de las condiciones psíquicas en que la mujer haya concebido, ya que el proceso orgánico y fisiológico que acompaña a este estado, es utilizado por la psiquis para expresar fantasías emocionales y/o situaciones conflictivas preexistentes.

El embarazo constituye un acontecimiento fisiológico y psicológico normal, no exento de conflictos. La madre necesita de tiempo para adaptarse psicológicamente a este nuevo estado. Para gran parte de ellas es un período de duda, ansiedad, de esfuerzo psicológico que varía durante el transcurso de la gestación. En algunas puede acompañarse de sentimiento de felicidad, sintiéndose tranquilas, identificadas con su ideal de madre y su hijo protegido por ella, viviendo en este estado la unión más íntima entre dos seres humanos.

El concepto prenatal de unión o vínculo de interacción entre la mujer embarazada y su feto, reconoce que aspectos emergentes de la relación madre-hijo pueden comenzar aun antes del nacimiento.

En este instante reflexivo nuestra preocupación e interés se centra en la anamnesis, la cual cuando es bien conducida constituye una fuente importante de información. Durante la consulta médica con la embarazada, no sólo se debe preguntar y escuchar sino simultáneamente observar gestos y actitudes, los que captados con atención e intención van a contribuir a revelarnos su estado emocional u orientarnos a un problema personal. Un profesional que sabe interrogar y especialmente escuchar con atención logra acrecentar la confianza de su paciente.

La entrevista debe ser integral y estar dirigida no sólo a los síntomas sino también dedicada a la persona: ¿se siente apoyada por su pareja o enfrenta sola su embarazo?, ¿desempeña además un trabajo fuera del hogar?, ¿tiene conflictos interpersonales en su medio laboral?, ¿cuánto tiempo ocupa en desplazarse desde su casa al trabajo?, ¿ha sufrido violencia física o psicológica?, ¿qué temores tiene respecto al embarazo, parto y puerperio?, ¿está preparado el grupo familiar para la llegada de un nuevo integrante? La anamnesis tiene además valor terapéutico, al permitir que la persona exteriorice sus conflictos, angustias y problemas, lo que le proporciona alivio y la reconforta [257].

Debemos dedicar más tiempo a nuestras pacientes para saber quiénes son, cuáles son sus conflictos que pudieran influir negativamente sobre su embarazo, violencia física y/o psicológica, carencia de recursos o pobreza, falta de apoyo

familiar y/o de la pareja, tensiones respecto a su embarazo y parto. Se debe respetar su problema médico. Tal vez no podamos resolverlos todos, pero saber escuchar ayuda bastante a la persona que lo necesita. Una palabra de aliento, de esperanza o una explicación sencilla contribuyen muchas veces a calmar ansiedades y temores.

La embarazada valora no solo el aspecto técnico resolutivo exitoso, sino más aun la conversación cálida, las respuestas a las interrogantes cuando ello es posible. ¿De qué sirve ser el más rápido en atender pacientes, si ni siquiera se las escucha? ¿De qué sirve ser experto en determinado tema, si no le dedicamos tiempo a nuestra paciente para escucharla?

El valor de la palabra, el arte de comunicarse entre las personas, el arte de saber escuchar y saber opinar en el momento oportuno, son sin duda elementos para dar una mejor atención a las embarazadas. Ellas quieren oír palabras y explicaciones en términos sencillos, no con metáforas o palabras rebuscadas. Esto también es interpretado por la embarazada como una señal de acogida por parte del médico que sabe explicarle lo que tiene y mejor aún es capaz de entenderle. No olvidemos que el útero es nuestra primera escuela, y que nosotros los obstetras somos ductores de la sociedad.

Cuando inicie mis estudios doctorales ya traía en mente esta investigación que le he presentado, sin embargo es justo reconocer la inestimable orientación que me otorgo mi tutor y amigo Dr. Jesús Leal Gutiérrez. El me mostro cual era el objetivo final y me dio todas las herramientas necesarias. Durante cuatro años me dedique con pasión a  construir el camino para alcanzar el objetivo. El Dr. Leal,

siempre respetó mi autonomía como investigador, dejándome que yo mismo percibiera la realidad, aun cuando tomara caminos escabrosos.

Encontré muchos obstáculos y debe reconocer que muchas veces me sentí desfallecer, pero luego de los diversos encuentros con el Dr. Leal, su entusiasmo me contagiaba y reemprendía la senda sorteando los obstáculos y siguiendo adelante.

Cada autor referencial que me recomendaba, lo leía con extrema acuciosidad y lo complementaba todo lo ese autor había publicado. Eso me pasó con Ken Wilber, Beth Hellinger, Brigitte Champertier, Bruce Lipton, Rupert Sheldrake, Marc Fréchet, David Bohm entre otros, sin entrar en los clásicos como Freud y Jung. Literalmente he vivido estos últimos cuatro años para esta investigación: estudiando, aprendiendo, contrastando, escribiendo, disertando, comunicando, expandiendo este conocimiento. Es que investigar es una emoción.

Ahora si, finalmente, concebir que el útero es nuestra primera escuela más que una frase o clisé es una realidad. Debemos tomar en cuenta, el mundo emocional de nuestras gestantes ya que es de capital importancia en la génesis de una mejor sociedad, todo, si a ella aspiramos con total sinceridad.

**Referencias bibliográficas**

1. -Bohm, D. **La totalidad y el orden implicado.** Kairós. 1992.

2. - Hohner, B. Slowinskis, T. Bauer, Ch. Halle H. **The advanced fetal programming hypothesis.** Nephrol Dial Transplant; 16:1298-1305. 2001

3.- Verny, T. **El futuro bebé**. Ediciones Urano.2003.

4.- Verny, T. **La vida secreta del niño antes de nacer**. Ediciones Urano.1988.

5.- Armengol, R. Garcia-Dié, M. Chamarro, A. **Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal**. 2007.

6.- López. M. Calva, E. **Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo.** Psicología y Salud, vol. 17, no 1, p. 53-61. 2013.

7.- Olza, I. Palanca, I. **La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda**. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace nº 101, 2012.

8.- Bydlowski, M. **La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad**. Biblioteca Nueva. 2007.

9.- Nepomnas, P. Wel, K. McConnel, D. Low, B. Strassmann, B. **Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans.** Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 103(10), 3938- 3942. doi:10.1073/pnas.0511183103. 2006.

10. - Hans, D. Lou, H & Olsen, J. **Serious life events and congenital malformations: A national study with complete followup**. Lancet, 356(9233), 875-880. Do: 10.1016/ S0140-6736(00)02676-3. 2000.

11. - Hedegaar, M Henriks, T. Sabro, S & Secher, N. **Psychological distress in pregnancy and preterm delivery.** BMJ (Clinical Research Ed.), 307(6898), 234-239. 1993.

12.- Van der Berg, B Mulder, E. Menns, & Glover, V. **Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms.** A review. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29(2), 237-258. Doi: 10. 1016/j.neubiorev.2004.10.007. 2005.

13.- Olza, I. **La Teoría de la Programación Fetal y el Efecto de la Ansiedad Materna durante el Embarazo en el Neurodesarrollo Infantil**. Blázquez (ed.), 2006.

14.- Verny, T. **El vínculo afectivo con el niño que va a nacer**. Ediciones Urano. 1992.

15. - O'connor, T. Heron, J. Golding, J. **behavioural/ emotional problems Maternal antenatal anxiety and children's at 4 years**. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Br J Psychiatry. 2002.

16. - Huizink, A. Mulder, E. Robles de Medina, P. Visser, G. Buitelaar, J. **Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?** Early Hum Dev; 79(2):81-91. 2004.

17. - Andersson, L. Sundstrom.Poromaa, I. Wulff, M. Astrom, M. Bixo, M. **Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome** Obstet Gynecol; 104(3):467-76. 2004.

18.- Bertin, M. **¿Influye el periodo prenatal en nuestra vida?** Disponible en www.scrib.com. Consulta 18-01-14

19.- Ribeiro, Lair. **El poder de la complejidad**. Editorial Urano. 2007.

20.- Schutzenberg, A. **¡Ay, mis ancestros!** Buenos Aires: Editorial Omeba. 2006.

21.- Boszormeny-nagy, I & Spark, G. **Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional.** Buenos Aires: Amorrotu Editores. 2003.

22.- Champertier de Ribes, B. **Constelar la enfermedad**. 2014

23.- Hellinger, B. **Órdenes de Amor**. Editora Cultrix, 2007.

24.- Hellinger, B. **El manantial no tiene que preguntar por el camino**. Buenos Aires: Editorial Alma Lepik, 2007.

25.- Champertier de Ribes, B. **Empezar a Constelar**. 2010.

26.- Soifer, R. **Psicología del embarazo, parto y puerperio**. Buenos Aires: Kargieman. 1971.

27. - Raphael-Leff, J. **Psychological process of childbearing**. Londres: Chapman & Hall.1991.

28.- Islas, A. **Visión cultural e integral de la experiencia mística y la sanación en el retiro carismático del templo de la cruz en Querétaro**. México. 2014.

29.- Flórez, N. **La salud mental desde la perspectiva integral de Ken Wilber. Programa de Psicología** Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario. 2015.

30.- Bueso, O. **Gerencia neuropsicoeducativa: Aproximación epistémica en la educación primaria.** Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo, como requisito para optar al grado académico de Magister Scientiarum en Gerencia Avanzada en Educación. Universidad de Carabobo. Dirección de estudios de postgrado Facultad Ciencias de la Educación. Maestría en Gerencia avanzada en educación. Valencia, Venezuela 2017.

31.- Chapanta S. **Las Constelaciones familiares y la reinserción familiar de las adolescentes del programa casa familia Enrique Cuesta Holguín de la Fundación Jóvenes para el futuro de la ciudad de Ambato**. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Maestría en trabajo social familiar. Teses de Grado. Ambato, Ecuador. 2014.

32.- Torrijos F. **Influencia transgeneracional en el sangrado ginecológico anormal, en la belenofobia y en la infertilidad. Un estudio desde las Constelaciones Integrativas.** Trabajo de grado de Psicología. Universitat Oberta de Cataluña. 2015.

33.- Jiménez R y Pino, N. **Vivencias del apego prenatal de un grupo de mujeres primigestas adultas jóvenes de la ciudad de Chillan**. Universidad del Bio-Bio. 2014.

34.- Rodríguez, R. **Una etnografía de la maternidad en la Sigüenza del siglo XXI. Representaciones, imágenes, estrategias y prácticas de la maternidad y diversidad sociocultural.** UNED. Tesis Doctoral. 2015.

35.- Millares, G. **Relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar n 64 Tequesquinahuac.** Universidad autónoma del Estado de México. 2017.

36.- Chávez, J. **Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017**. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. Chachapoyas. Perú. 2018.

37.- **Real Academia de la Lengua Española.** Diccionario. Versión digital actualizada 2017. En http://dle.rae.es/?id=ObhmSF0. Consultado 3-03-18.

38.- **Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).** El embarazo humano. https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano. 2007. Consultado 13-05-17

39.- Langman. **Embriología Médica**. Panamericana. pp. 3. 1999.

40.- Carlson, B. **Embriología Humana** y biología del desarrollo. Elsevier España. pp. 2. ISBN 9788481744712. 1999.

41.- Bioeticawiki. **¿Cuándo comienza la vida humana para la ciencia?** https://www.bioeticawiki.com/Inicio_de_la_vida_humana. Consultado 23-05-17.

42. - Speizer, I., Santelli, J., Afable-Munsuz, A. & Kendall, C. **Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies.** Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36(5), 198-205. 2004.

43.- Santelices, M., Olhaberry, M., Araneda, M., Tapia, C. y Pérez-Salas C. **Estudio de la evolución de las Representaciones y Apego Materno, en un grupo de Embarazadas Primigestas Chilenas.** Revista Argentina de Clínica Psicológica, (18)3: 219-229. 2007.

44. - Smith, J. **Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood**. The British Journal of Social Psychology, 38, (4), 409-428. 1999.

45. - Pines, D. **A woman's unconscious use of her body**. New Haven: Yale University Press. 1994.

46.- Grimalt, L. y Heresi, E. **Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo.** Revista Chilena de Pediatría, 83(3): 239-246. 2012.

47.- Medina, G. **El embarazo una modificación fisiológica**. Tesis mimieográfica Apuntes de clase. Valencia. 2007.

48.- Barrezueta R, Chacón J, Gadñay L. **Factores psicológicos asociados a la depresión en las adolescentes embarazadas** (Tesis de grado) Ecuador: Universidad Técnica de Machala. 2012.

49.- Bisquerra, R. **Educación emocional y bienestar**. Barcelona: Cisspraxis. 2003.

50.- Morocho, A. Orellana, F. Ortega, J. **Cambios emocionales en las diferentes etapas del embarazo de las gestantes que acuden al control por consulta externa del área de salud numero1 Pamapungo perteneciente a la zonal 6.** Universidad Estadal de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Cuenca. Ecuador. 2015.

51.- Alzina R. **Psicopedagogía de las Emociones; Rev. De la Asociación de Inspectores de Educación España**; 2011; Madrid; PP. 253-256. Disponible en: http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=461&Itemid=465. Consultado el 20-12-17.

52. - Lazarus, R. **Emotion and adaptation.** Oxford: Oxford University Press. 1991.

53.- Fernández, l. Sánchez A. **Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas.** Papeles Salmantinos de Educación - Núm. 4, 2005- Facultad de Pedagogía, Universidad Pontificia de Salamanca. 2005.

54. - Shereshefsky, P y Yarrow, L. **Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation**. Nueva York: Raven Press.1973.

55.- Canaval. G., González, M., Martinez-Schallmoser, L., Tovar, C., y Valencia, C. **Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia.** Colombia Medical, 31, 4-10. 2000.

56. - Gemaro, S. (1988). **Postnatal anxiety and depresión in mothers of term and preterm infants.** Nursing Research, 37 (2), 82-85. 1988.

57.- Avia, D y Sánchez-Bernardos, M. **Personalidad: aspectos cognitivos y sociales.** Madrid: Pirámide.1995.

58.- Morris, Ch y Maisto, A. **Introducción a la psicología**. Madrid: Prentice Hall.2001.

59.- Roselló, J. **Psicología del sentimiento: motivación y emoción**. Palma: Universitat de les Illes Balears.1996.

60.- Palmero, F y Fernández-Abascal, E. C. **Emociones y adaptación**. Barcelona: Ariel.1998.

61.- Ruíz, J. **Psicología de la personalidad para psicopedagogos**. Madrid: Sanz y Torres. 2003.

62.- Reeve J; **Motivación y emoción**; 3 ed.; Universidad de Lowa en México; edit. McGraw- Hill Interamericana. Asturias. pp. 467-469. 2004.

63.- Fernández-Abascal, E. **Psicología general: motivación y emoción**. Madrid: Pirámide.1997.

64.- Avia, M y Vázquez, C. **Optimismo inteligente**. Madrid: Alianza. 2001.

65. - Deutsch, H. **The psychology of women** (Vols. 1 & 2). New York: Grune & Stratton. 1945.

66. - Benedek, T. **Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory.** Journal of the American Psychoanalytic Association, 7, 379-417. 1959.

67. - Bibring, G. **Some considerations of the psychological processes in pregnancy**. Psychoanalytic Study of the Child, 14, 113-121.1959.

68. - Erikson, E. **Identity and the life cycle**. New York: International Universities Press. 1959.

69. - Bibring, G., Dwyer, J., Huntington, D., & Valenstein, **A. A study of the psychological process in pregnancy.** Psychoanalytic Study of the Child, 16, 9-72.1961.

70. - Anthony, J. & Benedek, T**. Parentalidad.** Buenos Aires: Amorrortu 1983.

71.- Manzano, J. & Palacio-Espasa, F. (1993). **Las terapias en psiquiatría infantil y psicopedagogía.** Barcelona: Paidós.1993.

72. - Erikson, E. **Growth and crises of the healthy personality. En Identity and the Life Cycle** (pp. 50-100). New York: International University Press .1959.

73. - Pines, D. **On becoming a parent.** Journal of Child Psychotherapy, 4 (4), 19-31.1978.

74.- Pérez Testor, C. **Emocions aparell mental**. En J. Gallifa, C. Pérez, F. Rovira, E. Esmorís, F, Grau, R. Ibáñez, C. Rosanas y D. Segura (Eds.), La intelligència emocional i l'escola emocionalment intlligent (pp. 53 – 69) Barcelona: Edebé. 2002.

75.- Rodríguez, M. **Los consejos de tu matrona**. Asociación Nacional de Matronas: España. 2000.

76.- Rodríguez, M**. Pronto seremos tres. La aventura de ser padres por primera vez.** Barcelona: Parragón Ediciones, S.A. 2003.

77.- Corbella, J. **Enciclopedia descubrir la Psicología**. Tomo 8. Tener hijos. Psicología del embarazo y del parto. Barcelona: Ediciones Folio S.A. 1994.

78.- Romero, A., Fernández, O., Gay, A. **Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia.** Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

79.- Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett E, Blanchet C, Dodin S, Njoya M. **Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer.** Cochrane Database of Systematic Reviews. Art Nº: CD007559. DOI: 10.1002/14651858. CD007559. www.update-software.com/pdf-es/cd007559.pdf. 2011. Consultado 14-01-18.

80.- Navarrete E, Lara-Cantú M, Navarro C, Gómez M, Morales F. **Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto.** Revista de Investigación Clínica (Revista en Internet). 2012. 64 (6): 625-633. http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126IIh.pdf. Consultado 11-10-17.

81.- Pérez, A. **Obstetricia.** Santiago: Mediterraneo. p. 820-822. 2011.

82.- Sacases J. **Brisa de Emociones: La confusión.** Disponible en: http://brisademocion es.blogspot.com/. Citado el 17 de abril del 2017.

83.- Gaviria S. **Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología**. Revista Colombiana de Psiquiatría (Revista en Internet). 2006; 35 (2): 210-224. http:// www.redalyc.org/pdf/806/80635206.pdf. Consultado 14-01-18.

84.- Daneri F. **Psicobiología del estrés**. Buenos Aires; 2012. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf. Consultado 13-02-17.

85.- Dragonetti P. **El cerebro emocional y los Neurotransmisores**. Argentina 2013. http://www.uncaminoconmeniere.com/el-meniereel-cerebro-emocional-y-los neurotransmisores. Consultado 03-05-17.

86.- Scott J. **Función de la serotonina**. España 2011. http://www.ehowenespanol.com/funcion-serotonina-sobre_69049/. Consultado el 03-04-16.

87.- Sara M. **Hormonas de la Felicidad**. Perú; 2013. https://investigacion saludable.wordpress.com/hormonas-de-la-felicidad/. Consultado el 07-04-17.

88.- Mendoza D.; **Neurotransmisores en las respuestas de ansiedad; Rev. Neuropsiquiatría Revista de Neuropsiquiatría y Neurociencias aplicadas**; España; 2012. http://neuropsiquiatriaclinica.org/trastornos-de-ansiedad/angustia sintoma-y-cultura/neurotransmisores-en-las-respuestas-de-ansiedad/. Consultado 02-04-17.

89.- Gómez Ma.et al; **Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada**; Rev. Psicología Iberoamericana; México; vol.14, núm. 2, diciembre 2010, pp. 28-35. http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf. Consultado 04-04-17.

90.- Navarro V; **Las emociones en el embarazo**, Rev. El Nido; Florida (USA); vol. III, núm. 4. 2012, pp. 28-31. Disponible en

http://www.planetamama.com.ar/nota/las-emociones-en-el-embarazo?page=full. Consultado 03-06-17.

91.- Vásquez C. **Como el embarazo aumenta el placer sexual.** España; 2012. http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/sexualidad/2012/07/20/211236.php. Consultado 07-07-17.

92. - Lederman, R. **Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development.** Secon Edition. New York: Springer Publishing Company (1ª Edición en 1984, en Prentice Hall). 1996.

93.- Saavedra, M. **Cambios en la dinámica familiar durante la gestación y el parto. Investigación y educación en enfermería**. 2016.

94.- Mercer, A. **La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las mujeres y padres tempranos. Un estudio preliminar.** Anales de Psicología. 2013.

95.- Sánchez, A. **Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas**. Universidad Pontificia de Salamanca. 2014.

96.- Hurtado, M., Cuadrado, S. y De la Herrán, A. **¿Hacia una Pedagogía Prenatal? Una propuesta educativa**. Revista iberoamericana de educación. Vol. 67, núm. 1, pp. 151-168. 2015.

97.- Medina G. **Enseñanza materna, Aprendizaje fetal**. Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Mayo-Agosto. Vol. 21 N° 2. 2017.

98.- Lipton, B. **Biología de la creencia**. Madrid: Palmyra.

99.- Bertin, M.-A**. La educación prenatal natural**: Una esperanza para el niño, la familia y la sociedad. Madrid: Mandala Ediciones. 2006.

100.- Dolto, C. **Haptonomía pre y post-natal, por una ética de la seguridad afectiva.** Buenos Aires: Libros del Zorzal. 2005.

101.- Bowlby, J. **Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida**. Ed. Morata 2006.

102.- Del Rey, P. Et al. **Efectos del trauma ancestral silenciado**. XIV Jornadas del EPBCN: Aperturas en psicoanálisis. 2014.

103.- Skinner, M. **Fantasmas ancestrales en tu genoma**. Laboratorio Skinner. Washington State University. https://skinner.wsu.edu/ Consultado 12-04-18

104. - Meaney, M. **Epigenetic Regulation in the Nervous System: Basic Mechanisms and Clinical Impact**. Academic Press. 2013.

105.- Freud, S. **El Moisés y la religión monoteísta**. En S. Freud Obras completas. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1939.

106.- Freud, S. **Tótem y tabú.** En S. Freud Obras completas. Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1913.

107.- Losso, R y Packciarz, A. **La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional.** [En línea], Formato htm. Disponible en: http://www.psicoanalisis.com.ar/Losso/Tbjo.Losso.htm. Consultado 12-01-18.

108.- **Real Academia de la Lengua Española**. Diccionario. Versión digital actualizada 2017. En http://dle.rae.es/?id=ObhmSF0. Consultado 3-03-18.

109.- Balagueró, L. **Aspectos antropológicos del útero y sus funciones**. Toko-Gin Pract; 61(3):174-183. 2002.

110.- Rojas M. **Los secretos de la felicidad**. S.L.U. Esparsa libros. 2012.

111. - Ramsey EM. **The History of the uterus**. En: Norris HJ, Herlig AT, Abell MR, Eds. The uterus. Baltimore: The Williams and Wilkins Comp; 1973.

112. - Kudlien F. **The seven cells of the uterus: the doctrine and its roots**. Bull Hist Med. 39/5, 415, 1965.

113.- Hermann H. **Ginecología y Tocología en la Biblia y el Talmud**. Folia Cli Int, 15/2, 103, 1965

114.- Medina, G. **Una vía para nacer. Aspectos básicos y clínicos del trabajo de parto.** Valencia 2004.

115. - Rottman, G. **Untersuchungen über Einstellung zür Schwanger schaft und zur fotalen Entwicklung en Pranatale Psycholopie**, ed. Hans Graber München: Kindler Verlag, 1974.

116. - Chvála, V., Trapková, L. **"Rodina jako 'sociální děloha' un kvalitativní výzkum".** Kontext XI. 1995.

117.- Caruso, I. **Narcisismo y socialización. Fundamentos psicogenéticos de la conducta social.** Siglo XXI editores. 2006.

118.- Medina, G. **Nuestra primera escuela: EL ÚTERO**. Revista Viajera de Venezuela. Valencia 2005.

119.- Sánchez, A. y Beato, M. S. (Eds.). **Psicología de la memoria. Ámbitos aplicados.** Madrid, España: Alianza Editorial. 2001.

120.- Gil, A. **Vida prenatal, Memoria corporal y Danza Movimiento Terapia**. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2017.

121. - Justo, J. **Prenatal Maternal Psychic Development and Fetal International Journal of Developmental and Educational Psychology Behavior**: an Interacting Reality., 5(1), 239-244. 2014.

122.- Piontelli, A. **Del feto al niño: un estudio observacional y psicoanalítico.** Barcelona, España: ESPAXS. 2002.

123. - Kurjak, A. y Tripalo, A. **The facts and doubts about the beginning of human life and personality.** Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 14(6), 361-369. 2003.

124.- Sierra, P. y Brioso, A. **Psicología del desarrollo**. Madrid, España: Sanz y Torres. 2006.

125.- Herranz, P. y Delgado, B. **Psicología del Desarrollo**. Madrid, España: Sanz y Torres.2013.

126.- Cabuoli, J. **La vida antes de nacer**. Ediciones Continente. 4ta edición. 2009.

127. - Chamberlain, D. **The sentient Prenate: What Every Parent Should Know.** Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health, 28(4), 1-14. 2014.

128.- Martínez, J. **El increíble mundo del recién nacido**. Ed. El ateneo. 2001.

129.- Lapidus, A. **Los Sentidos Fetales**. Intramed. 2007.

130. - Schaal, B., Orgeur, P., and Rognon, C. Odor **Sensing in the Human Fetus: Anatomical, Functional, and Chemeoecological Bases.** In: Fetal Development: A Psychobiological Perspective, JP. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A., Krasnegor, and W. P. Smotherman (Eds.) pp. 205237. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1995.

131.- Chamberlain, D. **La mente del bebé recién nacido.** P. 37. Edit. Obstare 2002.

132. - Salapatek, P. and Cohen, L. **Handbook of Infant Perception**. Vol. I. New York: Academic Press.1987.

133. - Slater, A., Mattock, A., Brown, E., and Bremner, J. G. **Form Perception at Birth: Cohen and Younger.** Revisited. J. of Experimental Child Psychology 51(3): 395406. 1991.

134. - Fedor-Freybergh, P.F. y Hrubý R. **Prenatal and Perinatal Medicine and Psychology Towards Integrated Neurosciences: General Remarks and Future Perspectives.** International Journal in Prenatal and Perinatal Psychology Medicine, 25 (1-2), 3-15. 2013.

135.- Leboyer, F**. Por un nacimiento sin violencia**. Mandala Ediciones. 1976.

136. - Verny, T. **What Cells Remember: Toward A Unified Field Theory Of Memory.** The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 29(1), 1-9. 2014.

137. - Levine, P.A. **Trauma and Memory. Brain and Body in a Search for the Living** Past. California, U.S.A.: North Atlantic Books. 2015.

138.- Fuchs, T. **The memory of the body**. Recuperado de http://www.klinikum.uniheidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/ppp2004/manuskript/fuchs.pdf. Consultado 23-12-17.

139. - Emerson, W. (Fall 1988). **Birth Trauma: The Psychological Effects of Obstetrical Interventions.** Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health, 13(1), 11-44. 1988.

140.- Marc, C. y Seguí, C. **El período prenatal como origen de las estructuras del carácter.** Comunicación presentada en el XI Congreso Internacional de la International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medecine, Heidelberg, Alemania.1995.

141.- Papalia, D.E., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. **Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia**. México D.F. Mc Graw Hill. 2009.

142.- García, T. **Principales Aportaciones acerca del Desarrollo Psíquico Intrauterino.** Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. 2007.

143.- Dolto, F. **En el juego del deseo** (4ª ed.). México: Siglo Veintiuno editores. 1991.

144.- Winnicottt, D**. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador**. Estudios para una teoría del desarrollo emocional (1ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.1996.

145. - Brandon, A. R., Pitts, S., Deuton, W. H., Stringer, A. y Evans, H. M. A **History of the Theory of Prenatal Attachment.** Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 23(4), 201-222. 2009.

146. - Winnicott, D. **La naturaleza humana** (4ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.2006.

147. - Raymond, S. (1987) **Perinatal Memories as a Diagnostic Psychotherapeutic Tool. Pre-and Peri-natal.** Psychology Journal, 1(4), p.1-9.

148.- Freud, S. **El yo y el ello** (1ª Reimpresión). España: Alianza Editorial. 2002.

149.- Segal, H. **Introducción a la obra de Melanie Klein**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1981.

150.- Klein, M. **Psicoanálisis del desarrollo temprano. Contribuciones al psicoanálisis** (4ª ed.). Buenos Aires: Ediciones Horme. 1986.

151.- Winnicott, D. **El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional** (3ª ed.). Barcelona: Laia. 1981.

152.- Jung, C. **Las relaciones entre el yo y el inconsciente** (3ª Reimpresión). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1997.

153.- Reich, W. **Análisis del carácter** (4ª Reimpresión). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1995.

154.- Ferril, L. (1978). **The child before birth. New York**: Cornell University Press. 1978.

155.- Vizcaíno, P. **La educación prenatal, prevención fundamental.** Asociación Nacional de Educación Prenatal España: http://www.pangea.org/anep/conf_prevencion.htm. Consultado 14-12-16.

156.- Bertin, M-A. **¿Influye el período prenatal en nuestra vida?** .Asociación Nacional de Educación Prenatal España: http://www.pangea.org/anep/ficheros/conf_influye.pdf. Consultado 14-8-16.

157.- Tomatis, A**. 9 meses en el paraíso. Historias de la vida prenatal**. Barcelona: Ediciones La campana.1990.

158.- Liaudet, J-C**. Dolto para padres**. Barcelona: Plaza & Janés.2000.

159.- Barker, D. J. **The intra-uterine origins of disturbed cholesterol homeostasis**. Acta Paediatrica, 88(5), 483– 492. http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1999.tb00159.x Consultado 25-11-17.

160. - Lucas, A. **Programming by early nutrition in man. In: The childhood environment and adult disease,** (G. R. a. W. Bock, J. ed.), pp. 38 - 55. Wiley, Chichester.1991.

161. - Cooper, C. (2013). David Barker (1938–2013). **Nature,** 502(7471), 304–304. http://doi.org/10.1038/502304a. Consultado 14-11-17.

162.- Barker, D. J., & Osmond, C. **Diet and coronary heart disease in England and Wales during and after the second world war.** Journal of Epidemiology and Community Health, 40(1), 37–44. 1986.

163. - Barker, D. J. **The fetal origins of hypertension**. Journal of Hypertension. Supplement: Official Journal of the International Society of Hypertension, 14(5), S117–120. 1996.

164. - Barker, D. J. **Birth weight and hypertension**. Hypertension, 48(3), 357–358. http://doi.org/10.1161/01.HYP.0000236552.04251.42 Consultado 14-11-17.

165. - Barker, D. J., Bagby, S. P., & Hanson, M. A. **Mechanisms of disease: in utero programming in the pathogenesis of hypertension.** Nature Clinical Practice. Nephrology, 2(12), 700–707. http://doi.org/10.1038/ncpneph0344 Consultado 14-11-17.

166.- Barker, D. J., Bull, A. R., Osmond, C., & Simmonds, S. J. **Fetal and placental size and risk of hypertension in adult life.** BMJ: British Medical Journal, 301(6746), 259–262. 1990.

167. - Barker, D. J. **Intrauterine programming of coronary heart disease and stroke**. Acta Pediatrica (Oslo, Norway: 1992). Supplement, 423, 178–182; discussion 183. 1997.

168. - Barker, D. J., & Lackland, D. T. (2003). **Prenatal influences on stroke mortality in England and Wales. Stroke**; a Journal of Cerebral Circulation, 34(7), 1598–1602. http://doi.org/10.1161/01.STR.0000077257.27430.7E Consultado 18-11-17.

169. - Barker, D. J. **The developmental origins of insulin resistance. Hormone Research,** 64 Suppl 3, 2–7. http://doi.org/10.1159/000089311 Consultado 18-11-17.

170. - Barker, D. J. **Obesity and early life. Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity**, 8 Suppl 1, 45–49. http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00317.x Consultado 18-11-17.}

171. - Barker, D. J. **The intra-uterine origins of disturbed cholesterol homeostasis**. Acta Paediatrica, 88(5), 483– 492. http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1999.tb00159.x Consultado 25-11-17.

172.- Barker, D. J., Martyn, C. N., Osmond, C., Hales, C. N., & Fall, C. H.**Growth in utero and serum cholesterol concentrations in adult life**. BMJ: British Medical Journal, 307(6918), 1524–1527. 1993.

173.- Burton, G. J., Barker, D. J. P., Moffett, A., & Thornburg, K. **Capítulo 1. Introduction. In The Placenta and Human Developmental Programmin**g (pp. 1–4). Cambridge: Cambridge University Press. Retrieved from https://books.google.es/books?id=cq-Z4SNRo30C Consultado 25-11-17.

174. - Glover, V. Annual Research Review: **Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective:** Prenatal stress and the origins of psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(4), 356–367. http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x 12-04-18.

175. - Rice, F., Jones, I., & Thapar, A. **The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring**: a review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 115(3), 171–183. http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00895.x 12-11-17.

176. - Wilber, K. **Sex, ecology and spirituality. The spirit of evolution**. Boulder: Shambala. 2005.

177.- Medina, G. **El enfoque integral holónico de Ken Wilber, otra visión a la hora de investigar.** Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Enero-Abril 2018 Vol. 22 N° 1. 2018.

178.- Escobar, J. Hurtado, G. **Características de un modelo Holista en la orientación psicopedagógica.** Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEH. No.2. http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_ProcCogn/Jorge_Torres/19.pdf. Consultado 15-12-16.

179.- Wilber, K. **Una visión integral de la psicología**. México: Alamah. 2000.

180.- **Real Academia de la lengua Española**. Diccionario. http://dle.rae.es/?id=PTk5Wk1 consulta 11-02-2017.

181.- Bunge, M. & Ardila R. **Filosofía de la psicología**. México: Siglo XXI Editores. 2. ª ed. 2002.

182.- Visser. F. **Ken Wilber o la pasión del pensamiento**. Barcelona. Kairós, 2004.

183.- Wilber, K. **El ojo del espíritu. Una visión integral para un mundo que está enloqueciendo poco a poco**. Barcelona: Kairós, 2001.

184. - Koestler, A. **The Ghost in the Machine**. London: Hutchinson. Reimpresión, Penguin Group.1990.

185.- Schumacher, E.F. **Guía para perplejos**. En Visser, F. (2004). Ken Wilber o la pasión del pensamiento. Barcelona: Kairós, p.222. 2008.

186. - Marquis, A., & Holden, J. M. **Mental health professional's evaluations of the integral intake, a metatheory-based, idiographic intake instrument.** Journal of mental health counseling, 30 (1), 67 - 94. 2008.

187.- Wilber, K. **Una teoría de todo. Una visión integral de la ciencia, la política, la empresa y la espiritualidad.** Barcelona, España: Editorial Kairós. 2001.

188.- Wilber, K. **El ojo del espíritu**. Barcelona: Kairós, p. 23. 2001.

189.- Wilber, K**. Breve historia de todas las cosas**. Barcelona: Kairós, p. 128. 2003.

190. - Marquis, A. **The integral intake. A guide to comprehensive idiographic assessment in integral psychotherapy**. New York: Routledge. 2007.

191.- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J.C**. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública**. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 30 (2), 202-211. 2012.

192. - Wilber, K. **Integral Spirituality. A startling new role for religion in the modern and postmodern world.** Boston: Integral Books. 2006.

193. - Marquis, A. **An integral taxonomy of therapeutic interventions**. Journal of Integral Theory and Practice, 4 (2), 13-42. 2009.

194. - Denzin, N. **Strategies of Multiple Triangulation**. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods. Dell Press. New York. 1989.

195.- Puente, I. **Psicología transpersonal y ciencias de la complejidad: Un amplio horizonte interdisciplinar a explorar**. Journal of Transpersonal Research, 1 (1), 19 - 28. 2009.

196.- Ochoa, I. **Enfoques en terapia familiar sistémica**. Barcelona: Herder. 2004.

197.- Ríos, J. A. **Vocabulario básico de orientación y terapia familiar**. Madrid: Editorial CCS. 2003.

198.- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. **Técnicas de terapia familiar.** México: Paidos.1996.

199.- Hellinger, B. **Reconocer lo que es.** Barcelona: Herder. 2003.

200.- Hellinger, B. **Lograr el amor en la pareja**. Barcelona: Herder. 2002.

201. - Dawkins, R. **The Selfish Gene**, Oxford University Press, Oxford, 2.ª edition, 1989.

202.- Sheldrake, R. **Una nueva ciencia de la vida: la hipótesis de la causación formativa**. Barcelona: Kairós. 2012.

203.- Yontef, G. **La relación y el sentido del Self en la formación en terapia Gestalt**. The Gestalt Journal, vol.20 (01). 2015.

204.- Hellinger, B. **El manantial no tiene que preguntar por el camino**. Buenos aires: Alma. 2007.

205.- Bordieu, P. **Capital cultural, escuela y espacio social**. Buenos Aires: Siglo XXI. 2005.

206.- Weber, G. **Felicidad Dual: Bert Hellinger y su psicoterapia sistémica**. Barcelona: Herder. 1999.

207.- Nachin, C. **Hay un secreto dentro del armario**. Éditions Fleurus, Paris. 200 pages. 102. 1999.

208.- Canault, N. **Cómo se pagan los errores de los ancestros: El inconsciente transgeneracional**. Éditions Desclée de Brouwer, Paris, 2007, 167 pages.2007.

209.- Mauss, M. **Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas**. Madrid: katzeditores. 2009.

210.- Hellinger, B**. Los órdenes de la ayuda un libro didáctico**. Buenos Aires: Alma Lepik. 2006.

211.- Jodorowsky, A. **Metagenealogía: el árbol genealógico como arte, terapia y búsqueda del Yo esencial.** 1era edición. Buenos Aires, Argentina. 2011.

212.- Hellinger, B. **Sanación: un manifiesto para la salud y la vida en el siglo XXI.** Sanar y mantenerse sano. 2011.

213.- Huervás, J. **La Etapa Prenatal y las Constelaciones Familiares**. http://www.espaciohumano.com/index.php/contenidos/conectar/con-los-demas/1094-la-etapa-prenatal-y-las-constelaciones-familiares. Consultado15-07-17.

214.- Sellan, S. **Principios de psicosomática clínica.** Editions Bérangel. 2011.

215.- Corbera, E. y Marañón, R., **Tratado de Biodescodificación**, Índigo, Barcelona, 2011.

216.- Fréchet, M. **La nueva medicina en Perú** en http://nuevamedicinaperu.blogspot.com.es/2012/05/marc-frechet-psicooncologo-y-psicologo.html. Consulta 15-10-2018.

217.- Gerhardt, S, Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby´s Brain. Brunner-Routledge, Londres, 2004, referenciado en Lipton, en **La biología de la transformación**, La Esfera de los Libros, Madrid, 2010.

218.- Lipton, B. **El efecto luna de miel**. La Esfera de los Libros, Madrid, 2014

219.- Fabre A. **La Bioética aplicada a la Medicina**. En: Cabero R L, Saldivar R D, Cabrillo R E. Obstetricia y Medicina Materno Perinatal. España: Ed. Médica Panamericana. 2007.

220.- Castillo Valery A. **Bioética**. 1ª. Edición. Caracas: Editorial Disinlimed C.A.; 2006.

221.- Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología. **Código de ética para la vida.** República Bolivariana de Venezuela. 2011.

222.- Lafuente, M. **Evaluación de la Vinculación afectiva y la Adaptación prenatal: un estudio piloto.** Index de Enfermeria, 17(2), 133-137. 2008.

223.- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. **Metodología de la investigación** (4a ed.). México: Mc Graw-Hill International 2008.

224.- Sabino, C. **El proceso de la investigación**. Editorial Panapo. Caracas. Venezuela. 2000.

225.- Farkas, Ch., Santelices, M.P., Aracena, M., & Pinedo, J. **Apego y ajuste socio emocional: Un estudio de embarazadas primigestas.** Psyche, 17 (1), 65-80. 2008.

226.- Tulman, L. & Fawcett, J. **Women´s health during and after pregnancy: A theory-based study of adaptation and change**. New York: Springer. 2003.

227.- Taylor, S. y Bogdan, R. **Introducción a los métodos de investigación**. Buenos Aires: Paidós. 2010.

228.- Leal, J. **La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación.** Cuarta edición mejorada. Valencia. 2017.

229.- Martínez, M. **El Método Etnográfico de Investigación**. Disponible: http://prof.usb.ve/miguelm/metodoetnografico.html. Consultado 12-10-17

230.- Hammersley, M., y Atkinson, P. **Etnografia. Métodos de investigación**. . Barcelona: Paidós. 1994.

231.- Velasco, H., y Díaz de Rada, A. **La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela**. Madrid: Trota. 1997.

232.- Sautu, R. Todo es **Teoría. Objetivos y métodos de investigación**. Buenos Aires: Lumiere. 2003.

233.- Amezcua, M. **El trabajo de campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la Observación Participante.** Index de Enfermeria, 30-35. 2000.

234.- Acevedo, A. Y López, A. **El proceso de la entrevista conceptos y modelos**. México: Limusa. 1992.

235.- San Martín, D. **Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa.** Revista Electrónica de Investigación Educativa, 16(1), 104-12. [Revista en línea]. Disponible: http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html. Consultado 16-05-2017.

236.- Hernández, R. y Opazo, H. **Apuntes de Análisis cualitativo en Educación**. [Documento en línea] Disponible: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes_Cualitativo.pdf. Consultado el 4-02-2017.

237.- Abarca, A. y Ruíz, N. **Análisis cualitativo con Atlas.ti**. San José, Costa Rica Universidad de Costa Rica.2014.

238.- Rubin, H.J. y Rubin, I.S. **Qualitative interviewing. The art of hearing data**. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995.

239.- Mancillas, C. **La construcción de la intimidad, la identidad y los roles de género en parejas del valle de Chalco**. México: Universidad Iberoamericana (Tesis de Doctorado en Desarrollo Humano). 2004.

240.- Denzin, N. K. **Sociological Methods: a Source Book**. Chicago: Aldine Publishing Company. 1970.

241.- Husserl E. **Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica.** México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

242.- Martínez M. **Postulados del paradigma emergente. En: El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica**. 2da edición. México: Editorial Trillas; 1997.

243.- Martínez M. **Ciencia y arte en la metodología cualitativa**. México: Trillas; 2004.

244.- Beuchot M. **La hermenéutica y su naturaleza analógica: Necesidad de una hermenéutica analógica**. En: Serrano J. Filosofía actual en perspectiva latinoamericana. Bogotá: San Pablo; 2007

245.- Arias, M. **La triangulación metodológica, sus principios, alcances y limitaciones.** http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Triangulacion.html Consultado 04-01-18.

246.- Bericat, E. **Capítulo 2: La legitimidad científica de la integración. En La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida**. Barcelona: Editorial Ariel. 1998.

247.- Vasilachis de Gialdino, I. **Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos.** Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. 1992.

248.- Pérez Serrano, G**. Capítulo 2: El problema de la fiabilidad y la validez". En Investigación cualitativa. Retos e interrogantes II. Técnicas y Análisis de datos**. Madrid, La Muralla. 1992.

249.- Morles, V. **Sobre la construcción de teorías: o hacer ciencia es algo más que investigar.** Tribuna del Investigador, Vol. 5, Nº 2. Caracas, Venezuela. 1998.

250.- Ziman, J. **An introduction to science studies**. Cambridge University Press. 1984.

251.- Campbell, T. **Siete teorías sobre la sociedad**.· Madrid: Ediciones Cátedra, 1992.

252.- Nagel, E. **La estructura de la ciencia**.- Buenos Aires: Paidós. 1974.

253.- Kuhn, T**. La estructura de las revoluciones científicas**. México: Fondo de Cultura económica, 1962.

254.- Gutman, L. **La maternidad y el encuentro con la propia sombra.** Editorial Planeta. 2014.

255.- Tamayo, R. Tamayo R. **De la magia primitiva a la medicina moderna**. 4ta edición México. 2013.

256.- Rapaport, E., Florenzano, R. **Enfermedades psiquiátricas y aspectos psicológicos del estado grávido puerperal.** En Pérez A .Obstetricia tercera edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile 2005.

257.- Goic, A**. El fin de la medicina**. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 2000.

# ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO 1

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación doctoral, titulada **EL ÚTERO NUESTRA PRIMERA ESCUELA,** una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación, es conducida por el **Dr. Gonzalo Medina Aveledo**, Jefe de la Consulta prenatal del **Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde**. La meta de este estudio es determinar el nivel de adpatacion psicosocial de las gestantes primigestas cursantes del II trimestre, que acuden al control prenatal en nuestro Hospital.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas del formulario esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntario, la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, sus respuestas al cuestionario serán anónimas, si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas le parecen incómodas o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo……Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del formulario dando por hecho que los resultados son confidenciales, no recibiré ni otorgare ningún rubro por la información otorgada y que mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante……

Número de Cédula…….....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO 2**

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación doctoral, titulada **EL ÚTERO NUESTRA PRIMERA ESCUELA,** una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación, es conducida por el **Dr. Gonzalo Medina Aveledo**, Jefe de la Consulta prenatal del **Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde**. La meta de este estudio es determinar el nivel cultural o etnográfico de las gestantes primigestas cursantes del II trimestre, residentes del sector vivienda rural de Bárbula que acuden al control prenatal en nuestro Hospital, que presentaron bajo nivel de adaptación psicosocial.

Si usted accede a participar en este estudio, se conversará con usted por espacio de 20 minutos de su tiempo sobre asuntos sociales, culturales y emocionales. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, lo conversado con usted será anónimo, si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas le parecen incómodas o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo……Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas dando por hecho que los resultados son confidenciales, no recibiré ni otorgare ningún rubro por la información otorgada y que mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante……

Número de Cédula…….....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO 3**

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación doctoral, titulada **EL ÚTERO NUESTRA PRIMERA ESCUELA,** una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación, es conducida por el **Dr. Gonzalo Medina Aveledo**, Jefe de la Consulta prenatal del **Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde**. La meta de este estudio es determinar con ponente transgeneracional de las gestantes primigestas cursantes del II trimestre, residentes del sector vivienda rural de Bárbula que acuden al control prenatal en nuestro Hospital, que presentaron bajo nivel de adaptación psicosocial, y sintomatología persistente y emergente en su embarazo.

Si usted accede a participar en este estudio, de manera voluntaria permitirá que se constele los síntomas por los cuales ha consultado; la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La duración de la constelación familiar será de aproximadamente 40 minutos. Previamente se le dará una charla sobre constelación familiar, si tiene alguna duda sobre esta técnica psicoterapéutica, puede hacer preguntas en cualquier momento antes de iniciar la constelación. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo……Acepto voluntariamente mi participación en este estudio. Los datos que arroje la constelación son confidenciales, no recibiré ni otorgare ningún rubro por la información otorgada y mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante……

Número de Cédula…….....