



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

PÉRDIDAS PERINATALES RECURRENTES, INTERACCIONES MADRE-  
INFANTE Y APEGO EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
SOFIA ARROYO GUADARRAMA

COMITÉ TUTOR

Tutor Principal: Dr. Ariel Vite Sierra  
Facultad De Psicología UNAM  
Tutor Adjunto: Dra. Elda Alicia Alva Canto  
Facultad De Psicología UNAM  
Tutor Externo: Dr. Francisco Antonio Morales Carmona  
Instituto Nacional de Perinatología  
Jurado A: Dra. Mariana Gutiérrez Lara  
Facultad De Psicología UNAM  
Jurado B: Dr. Armando Córdova Barrios  
Instituto Nacional de Perinatología

Ciudad Universitaria Marzo de 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatoria

A Ernesto Botas, por todo este tiempo juntos, por la vida que hemos construido por tu apoyo, por estar allí, por ser mi compañero de vida y experimentar los momentos felices y difíciles conmigo, te amo con todo mi corazón.

A Sonia y Ernesto, mis hijos, mis tesoros, por enseñarme lo que es ser madre, por toda la alegría que han inyectado a mi vida y, simplemente por el hecho de existir, son mi motor principal.

A mis padres, por brindarme una familia que me permitió ser lo que soy, por el amor brindado, por el apoyo constante y por enseñarme a disfrutar de la vida.

A mis hermanos, por ser mis compañeros de juegos, de la infancia y por ser siempre unos grandes amigos.

A mi familia en general, por permitirme crecer en un ambiente seguro, donde encuentro refugio y protección.

Al Dr Ariel Vite, por su paciencia, consejos y dirección a lo largo de todo el proceso de elaboración del presente estudio, su apoyo ha sido invaluable y es un ejemplo a seguir.

A mis tutores, por sus observaciones, comentarios y por el tiempo que han dedicado a la revisión y perfeccionamiento de mi tesis, sin su apoyo y dirección, esto no sería posible.

## Tabla de contenido

RESUMEN .....	6
EMBARAZO .....	10
CAMBIOS FÍSICOS DURANTE EL EMBARAZO .....	11
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO .....	13
EMBARAZO DE ALTO RIESGO .....	16
PÉRDIDA RECURRENTE DE EMBARAZO .....	18
EPIDEMIOLOGÍA .....	21
Los factores de riesgo.....	21
Factores ambientales y otros .....	22
SEGUIMIENTO.....	24
CONSECUENCIAS .....	24
RELACIONES -CUIDADOR-INFANTE.....	28
SENSIBILIDAD MATERNA Y SINCRONÍA EN LA INTERACCIÓN INFANTE-CUIDADOR ..	30
EFECTOS DE LOS ESTILOS DE INTERACCIÓN EN EL DESARROLLO INFANTIL .....	32
SENSIBILIDAD MATERNA Y REGULACIÓN EMOCIONAL.....	33
ESTILOS INTERACTIVOS Y APEGO .....	41
ANTECEDENTES PRENATALES Y APEGO .....	42
DIFERENTES FORMAS DE CATEGORIZAR LAS INTERACCIONES MADRE- INFANTE.....	45

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	48
Participantes .....	49
Procedimiento.....	54
Datos sociodemográficos .....	56
Escenario .....	58
Materiales e Instrumentos .....	58
Variables.....	59
Catálogo conductual .....	60
Procedimiento.....	63
RESULTADOS .....	66
RESULTADOS UTILIZANDO DIAGRAMAS DE CAJA.....	84
DISCUSIÓN .....	88
Aspectos emocionales del embarazo .....	88
Pérdidas perinatales recurrentes y efectos durante el embarazo .....	88
Interacción infante-cuidador.....	90
Sensibilidad materna y sincronía en la interacción infante-cuidador.....	91
Efectos de los estilos de interacción en el desarrollo infantil.....	94
Estilos interactivos y apego.....	96

Antecedentes prenatales y apego.....	98
CONCLUSIONES .....	100
Recomendaciones .....	109
Limitaciones .....	112
Líneas de investigación a partir del presente estudio.....	113
REFERENCIAS .....	115

## Resumen

Desde el estudio de Baumrind (1971), se consideraba que los estilos que los padres empleaban para educar a los niños, repercutía en su desarrollo social y su adaptación al medio. Desde entonces, se ha modificado el estudio del desarrollo social, tendiendo a utilizar modelos bidireccionales para explicarlos (Hoghughi y Long, 2004; Maccoby y Martin, 1983) donde se considera que ambos interactores tienen una influencia recíproca.

La interacción madre infante ha sido el centro de numerosas investigaciones empíricas. Se piensa que los perfiles interaccionales que se van conformando en las díadas madre-infante son un reflejo y un precedente de la efectividad de los cuidados maternos, la adquisición de habilidades de regulación emocional y son uno de los factores que contribuyen al establecimiento de una relación de apego entre el infante y su madre (Fafouti-Milencović, 1979; Censullo, Bowler, Lester, y Brazelton, 1987; Sassenfeld, 2002).

Además que una inadecuada respuesta materna a los estresores afectan sus habilidades atencionales y, por tanto, su capacidad para percibir e interpretar adecuadamente las señales que el infante le envía; lo que se considera puede generar un decremento en su sensibilidad en las situaciones de crianza e interacciones inapropiadas que pueden ocasionar conflictos en la interacción así como actos abusivos (Caselles y Milner, 2000). El malestar psicológico, la ansiedad y la depresión, figuran entre los más relevantes en relación con situaciones y percepciones emocionales negativas. Los padres que presentan estos factores tienen más riesgo de actuar con sus hijos de forma inapropiada

o incluso abusiva (Cerezo, M.T., y Pons-Salvador, 2006), tendiendo a realizar atribuciones más negativas y globales de la conducta infantil (Newman,Rezo, Bernabé, 2005).

Como antecedente importante de la relación infante cuidador, cabe mencionar el período del embarazo, que, se piensa, influye en la relación que se construye posteriormente con el bebé. Los antecedentes prenatales, especialmente los relacionados con pérdidas perinatales, han sido estudiados como eventos que impactan la posterior relación diádica (Heller y Zeanah, C., 1999; Huges, Turton, Hopper, Mc Gauley, y Fonaggy, 2001; Crawford y Benoit, D., 2009), teniendo efectos tanto en la interacción diádica temprana, como en el posterior establecimiento de las relaciones de apego.

Hasta donde se revisó la literatura la estrategia más comúnmente utilizada para apreciar la interacción, ha sido la codificación mediante escalas de calificación que, aun siendo útiles, ofrecen una información global sobre la interacción y los interactores. Las investigaciones señalan la importancia del estudio de patrones en la interacción que, gracias a las nuevas herramientas y metodologías, permiten el análisis secuencial en tiempo real de estructuras y dimensiones de la interacción relevantes y que, sin embargo, por su propio carácter y dinámica no son necesariamente conscientes para el interactor adulto.

De esta manera, en este trabajo se ha considerado relevante el estudiar las interacciones madre infante, en mujeres con y sin antecedente de pérdida perinatal, observándolas desde la estructura secuencial de las mismas, de manera tal que se aprecien las características que presentan.

Por lo tanto, se realizó un primer estudio, que tuvo como propósito determinar la sintomatología de malestar psicológico, ansiosa y depresiva en mujeres con antecedente de



pérdidas perinatales y en mujeres con embarazos de alto riesgo durante período prenatal, y un segundo estudio con el propósito de evaluar el patrón interactivo madre-bebé a los tres y seis meses después de nacidos los niños. En lo referente a sintomatología ansiosa, depresiva y malestar psicológico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el primer estudio. En relación con el patrón las interactivo se encontraron diferencias entre ambos grupos. Las mujeres con el antecedente de pérdida perinatal se mostraron menos eficaces para responder a sus bebés, donde se observó un incremento de probabilidad de frecuencia de la conducta no interactiva que se asocia a una falta de sensibilidad por parte de la madre. Esto es, son menos sensibles en este período del crecimiento de los niños que las mujeres sin el antecedente de pérdida perinatal. Sin embargo, la interacción mostrada por ambos grupos, dista de ser la que se considera deseable. Se observaron interacciones cuyas características se asocian a dificultades en el desarrollo de habilidades de autorregulación y a la construcción de patrones de relación madre-infante de tipo inseguro. Las implicaciones de los hallazgos obtenidos sugieren la necesidad de realizar seguimientos a dichas mujeres, observando las conductas interactivas que presentan hacia sus infantes, con el fin de promover un mejor ajuste interaccional, que se asocia a un desarrollo emocional óptimo en los infantes (Sroufe A. , 2000). La razón por la que se considera importante el estudio de las interacciones se asienta en sus efectos a corto, mediano y largo plazo, por ejemplo, Bornstein y Tamis-Lemonda (2010), afirman que la interacción diádica cumple 4 funciones básicas: la promoción del entendimiento social, el desarrollo del apego, la adquisición del lenguaje y la maduración de la regulación emocional, habilidades que se requieren a lo largo de todo el desarrollo del sujeto.

Los estilos interaccionales contribuyen al establecimiento de patrones de apego específico en los infantes. La sensibilidad de la madre se asocia con frecuencia a la seguridad en el apego, de manera tal que es importante el estudiar la interacción madre-infante, como uno de los precursores de la relación de apego del infante con su madre.

Es la sensibilidad materna lo que nos ocupa en el presente estudio, ya que ésta parece relacionarse con la seguridad en el apego, debido a que las madres sensibles son más consistentes, confiables y aceptantes (Braungart-Ricker, Garwood, Powers, y Wang, 2001).

## **Embarazo**

El embarazo es un evento que pone a prueba los recursos emocionales de las madres desde el momento en que conocen la existencia de un bebé dentro de su cuerpo. Lewis (2008) postula que el vínculo materno inicia desde el embarazo y afirma que éste influye en el cuidado y la protección del feto; esto es las mujeres embarazadas muestran conductas cuyo objetivo es el bienestar del bebé, y tales conductas son en buena medida debidas al vínculo que establece con éste. La fortaleza del vínculo dependerá de las características personales de la madre, del ambiente que la rodea y de las características del bebé (edad gestacional, sexo, orden de nacimiento, temperamento).

Durante el embarazo, las mujeres muestran un incremento de pensamientos complejos con respecto a su papel como madres, poco tiempo después empieza a formarse la representación del niño como un ente autónomo (esto suele corresponder a la percepción de los movimientos fetales), representación que se va haciendo cada vez más compleja y detallada a medida que avanza el embarazo. Además, la vinculación afectiva materna con el feto es un buen predictor de la forma que asumirá la relación temprana madre-infante (Thun-Honhenstein, Wienerroither, Schrever, Seim, y Wienweoither, 2008).

Gaudet (2010), señala que el apego prenatal, o vinculación afectiva materna hacia el bebé que espera, es mayor cuando el embarazo es deseado y la mujer se identifica y asume el rol materno. El apego prenatal se traduce en ciertas conductas maternas, tales como atribuir al feto una identidad propia, con intenciones autónomas de la madre, olvidándose a sí misma favoreciendo el embarazo y mostrando conductas de autocuidado las cuales benefician la salud de la mujer y del feto.

## **Cambios físicos durante el embarazo**

Los primeros indicios del embarazo son el dolor e inflamación mamarios, náuseas, fatiga e hipersensibilidad olfativa (Nilsson, y Hamberger, 1990). Estos síntomas pueden aparecer en momentos muy tempranos, aún antes de que la mujer haya realizado alguna prueba para confirmarlo. Es un primer momento de ajuste, en donde algunas mujeres empiezan a sospechar del embarazo, lo que puede dar inicio a la preparación psicológica para la maternidad. En este momento, la mujer embarazada requiere apoyo de su entorno inmediato (esposo, amigos y familia) así como del médico y el personal de salud que atiende su embarazo.

Cuando el embarazo se confirma, es común la visita al médico, quien recomienda los cambios pertinentes en dieta, actividad y sueño en la mujer embarazada. Parte de las recomendaciones médicas, será determinada por la historia de embarazos previos de la mujer (cuando es el caso), el estado de salud general de la mujer al momento del mismo y las actividades que desempeña (Nilsson y Hamberger, 1990). Normalmente se recomienda que la mujer mantenga el mismo nivel de actividad previo al embarazo.

Las náuseas pueden ser sumamente intensas, lo que se conoce como hiperémesis gravídica y se recomienda entonces que la mujer repose, realice varias comidas pequeñas, y consumir suplementos energéticos (Stepp y Smith, 2003); conductas que en muchos casos implican una modificación de sus hábitos y actividades cotidianas.

Los cambios físicos del embarazo son consecuencia de las hormonas que generan cambios en el organismo y cuya función es la nutrición y supervivencia del bebé (Martínez, 2002). Al parecer, estos cambios afectan todos los órganos de la mujer. Los síntomas que se

presentan incluyen náuseas (presentes en la mitad de los embarazos), y aumento en la frecuencia urinaria.

El cuerpo de la mujer debe adaptarse para no rechazar al bebé como si fuera un cuerpo extraño al que el sistema inmune debe combatir (Stepp y Smith, 2003).

Durante el segundo trimestre del embarazo, los malestares físicos disminuyen de manera notable, desaparecen las náuseas y el sueño. Es también el período en el que se perciben los primeros movimientos fetales (Nilsson, y Hamberger, 1990).

Al final del embarazo, aumenta la presión sobre los diferentes órganos en la mujer, el corazón y los pulmones tienen que trabajar más, puede presentarse dolor en la zona lumbar y las costillas, así como una predisposición a afecciones dentales (Martínez, 2002).

El aumento de peso es uno de los correlatos del embarazo, el aumento de peso debe ser monitoreado durante todo el embarazo; se recomienda un aumento de peso entre 4 y 9 Kilos en mujeres con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 40 (obesidad extrema) y entre 12.5 y 18 kilos en mujeres con un IMC menor a 18.5, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, (DOF, 2012) aunque el aumento ideal de peso es determinado, en ocasiones, por el médico que realiza el seguimiento del embarazo.

El embarazo es una experiencia biomédica y psicosocial (Lobel, Hamilton, y Canella, 2008) donde estos aspectos se influyen entre sí. Si existe algún malestar físico, éste podrá tener repercusiones en la salud psicológica de la mujer embarazada y, si el

malestar es de tipo psicológico, éste podría llegar a afectar la salud física de la madre y del feto.

### **Aspectos psicológicos del embarazo**

El hecho de que el embarazo genere molestias físicas a la mujer, puede ser vivido por ésta como un choque con una realidad que no anticipaba (Martínez, 2002). Esto la enfrenta a una realidad inesperada, el embarazo en una buena cantidad de los casos, no es el momento de dicha que muchas mujeres esperaban; puede cursar con un gran malestar físico no anticipado.

El primer trimestre cursa comúnmente con náuseas y sueño, que suelen disminuir después de este período (Nilsson y Hamberger, 1990). Es común la aparición de manchas oscuras en la piel por exposición al sol, lo que puede afectar la autoimagen de la mujer e incrementar una sensación de malestar psicológico.

Durante el primer trimestre, es normal que la mujer experimente confusión y ambivalencia (Martínez, 2002), la capacidad que posea para hacer frente a estos sentimientos dependerá de su personalidad y el apoyo que reciba del entorno. También se observa con frecuencia el temor a un aborto espontáneo, que es frecuente en mujeres durante este período de la gestación.

Durante el segundo trimestre el temor al aborto espontáneo disminuye, en virtud de que la posibilidad de que suceda se ha reducido notablemente. También los malestares físicos se reducen, desaparecen las náuseas que pueden haber sido notablemente molestas

durante el primer trimestre. Por lo tanto, puede ser un período de relativa calma durante el embarazo, y con menos malestar.

Los cambios hormonales del embarazo ocasionan, a su vez, respuestas emocionales, las mujeres se tornan susceptibles y tendientes a presentar labilidad afectiva además de presentar un aumento en los índices de ansiedad y en sintomatología depresiva.

En el tercer trimestre, la ansiedad aumenta ante la inminente llegada del bebé. El parto puede generar ansiedad, por el dolor que se espera se sufrirá en ese momento y los riesgos propios del trabajo de parto. Los malestares físicos regresan, ahora bajo la forma de dolores de espalda, cansancio, contracciones Braxton-Hicks y desórdenes gastrointestinales. Estos malestares anuncian la inminencia del parto, y la ansiedad puede aparecer conforme la pareja se preocupa por la manera en que recibirán al bebé y por contar con lo necesario para su arribo. En los padres primerizos puede mostrarse incertidumbre con respecto al parto y con respecto a sus habilidades parentales.

La ansiedad tiene un papel importante en el embarazo, porque permite que la mujer se vaya preparando para recibir al bebé que espera, que tome las medidas adecuadas para el su arribo. De acuerdo con Durand y Barlow (2007) la ansiedad en pequeñas dosis, permite que los individuos se desempeñen adecuadamente en diversas circunstancias porque lleva a los sujetos a anticiparse a lo que necesitarán; pero puede ser paralizante cuando rebasa ciertos límites, impidiendo que actúen de manera adecuada en las situaciones que requieren su atención.

También se observa con frecuencia durante el embarazo, sintomatología depresiva, que se caracteriza por fluctuaciones del estado de ánimo, labilidad afectiva e

hipersensibilidad emocional (Gómez y Aldana, 2007). Asimismo, se incrementan las preocupaciones somáticas, que permiten el adecuado seguimiento del curso del embarazo por parte del equipo médico y una buena adherencia terapéutica.

Sin embargo, las manifestaciones emocionales durante el embarazo, pueden ser también un obstáculo para un régimen de salud adecuado durante este período. Si la depresión o ansiedad se incrementan más allá de ciertos límites, pueden llevar a la mujer a permanecer pasiva frente a los retos que le plantea el embarazo y a seguir de manera inadecuada o ignorar las indicaciones de los médicos.

Aunado a lo anterior, existen mujeres que, a consecuencia del embarazo, reducen su actividad sexual, especialmente durante el primer trimestre del embarazo; ya que pueden temer perder al bebé a consecuencia de un aborto espontáneo (Morales, 2006). Esto puede ocasionar un incremento en la ansiedad en la mujer o bien generar conflictos en la relación de pareja, que pueden aumentar los niveles de ansiedad en la mujer.

De esta manera, el embarazo es un evento que, necesariamente, ocasionará un cambio drástico en la vida de la mujer, y de la dinámica familiar; el arribo de una nueva vida implica un trabajo de adaptación por parte de la mujer, su pareja y el resto de la familia que, en ocasiones ni siquiera tienen la seguridad de desear el embarazo (Martínez, 2002). Serán ahora los responsables de cuidar a ese bebé que esperan y de atender a sus necesidades, más allá de las necesidades propias.

Los aspectos mencionados se asocian con un incremento de estrés en la mujeres, mismo que en un estudio previo se asoció a un incrementó la incidencia de efectos adversos en el desarrollo fetal; tales como deficiencias en el desarrollo del hipocampo (que se asocia



a un pobre autocontrol y aumento de ansiedad), y predice puntajes más bajos en las evaluaciones conductuales y neurológicas del recién nacido (Lobel et al., 2008); además, se ha encontrado que los bebés de madres con niveles de estrés elevados durante el embarazo, tienen un riesgo mayor de presentar un temperamento difícil, lo que genera un círculo vicioso, de estrés materno y cuidados inadecuados al bebé que, a su vez exhibe conductas que hacen de la labor de cuidados una tarea más compleja que con otros infantes.

### **Embarazo de alto riesgo**

Se define embarazo de alto riesgo como aquel existe la certeza o presunción de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que incrementan los riesgos de salud para la madre y/o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (Comité Consultivo Nacional de Normalización de los Servicios de Salud, 1995). Se puede decir que el embarazo de alto riesgo implica la aparición de complicaciones asociadas a la morbilidad materna y del producto (Pérez Rúa).

Es considerado de alto riesgo el embarazo donde el pronóstico para la madre y el feto es subóptimo (Donoso y Oryazúm, 2012). La estimación de porcentaje de embarazos de alto riesgo alcanza el 20% de todos los embarazos.

Uno de los aspectos a considerar en los embarazos de alto riesgo son los antecedentes obstétricos de la mujer gestante. Se consideran factores de este tipo la muerte perinatal previa, el haber sufrido 3 o más abortos de manera consecutiva, peso del último bebé menor a 2500 gramos o mayor a 4500 gramos, hipertensión durante el último

embarazo y haber sido sometida a alguna cirugía del tracto reproductivo, (Pérez Rúa).

También se encuentra el ser madre por primera vez antes de los 17 años o después de los 35 (Donoso y Oryazúm, 2012).

Los factores socioeconómicos tales como analfabetismo, la pobreza, el consumo de sustancias y la vida en ambientes rurales son también de riesgo (Donoso y Oryazúm, 2012). También se debe prestar atención a la desnutrición y obesidad materna.

Cabe mencionar también la morbilidad materna, que incluye, la hipertensión, la diabetes, las enfermedades renales, las enfermedades hepáticas, las cardiopatías, el asma, la anemia, las enfermedades psiquiátricas las enfermedades infecciosas como rubéola y VIH, las hemorragias durante el embarazo y el consumo de sustancias teratogénicas. (Donoso y Oryazúm, 2012)

El embarazo de alto riesgo debería ser seguido de manera puntual por el médico, dependiendo de la condición asociada al riesgo, el consejo médico puede ser de tipo genético, de cambios en el estilo de vida de la mujer gestante, de cuidados especiales por las condiciones mórbidas anteriores al embarazo y de cualquier evento que pueda ser un factor de riesgo. Para esto, es labor del médico el evaluar el riesgo, esto es la probabilidad de que la mujer gestante o su producto sufran algún daño (Donoso y Oryazúm, 2012).

### **Pérdida recurrente de embarazo**

Como se ha señalado, el embarazo suele ser un período de ajuste psicológico, caracterizado en gran medida por el estrés y la ansiedad ante los cambios que ocurren durante esta etapa y los que se anticipan por la llegada del bebé (Martínez, 2002).

Tratándose de un evento, por el cual la mujer, y su pareja, cambian de estatus y que los enfrenta con los retos de la crianza, es inevitable un cambio en la vida que llevaban hasta entonces.

Esta situación puede verse complicada cuando la mujer se enfrenta a un embarazo de alto riesgo, que puede poner en riesgo el bienestar físico y psicológico de la futura madre, del producto o de ambos. Lo cual suele generar ansiedad a los padres, que puede llevarlos a negar el problema, de manera que no lo atienden; a la sobreprotección del bebé una vez que nace, o a conflictos familiares y sociales (Rodríguez, 2002).

Los avances en la práctica médica han llevado a las mujeres a pensar que el embarazo es un evento que no debiera presentar complicaciones. La obstetricia moderna ofrece una vigilancia cercana y puntual del embarazo, e incluso la posibilidad de programar el parto. Esto genera la ilusión de que se trata de un período que presenta un riesgo mínimo; y es por esto que el perder un embarazo, presentar complicaciones prenatales y la muerte del recién nacido, actualmente se viven como una tragedia insoportable, y con una intensidad mucho mayor a como se afrontaban estos hechos con anterioridad (Martínez, 2002).

Dentro de las experiencias que viven las mujeres durante el embarazo, existe una particularmente difícil, el aborto espontáneo. Esto puede complicarse más cuando se trata de pérdidas recurrentes.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2000 la incidencia de pérdidas perinatales en la población fértil en México es de dos pérdidas de embarazo en el 4.1 % de la población y de 1.44% de la población, con tres pérdidas, (Sánchez-Pichardo, 2007). Además, diversos estudios informan tasas de aborto espontáneo que van del 15 al 20%, para embarazos clínicamente reconocidos. Pero, teniendo en cuenta los abortos subclínicos, la tasa real puede ser superior al 50% de los huevos fertilizados (González, Exebio, Geng, Limas, y Zegarra, 1997). Los embarazos clínicamente reconocidos son aquéllos que son confirmados por algún medio clínico tal como una prueba de embarazo.

Por otra parte, la probabilidad de sufrir una pérdida de embarazo en una mujer sin antecedentes es del 15%. Para una mujer con pérdidas previas sin explicar, el riesgo con el siguiente embarazo se eleva en un 13% y un 30% con dos pérdidas inexplicables. Ahora bien, incluso con pacientes que han tenido cuatro abortos antes, sin embargo, la posibilidad de que el embarazo llegue a término es de 60% (Speroff, Glass, y Kase, 1999), cifra que puede proveerse a la mujer, para que afronte adecuadamente la posibilidad de sufrir una nueva pérdida, con la conciencia de que es posible que su embarazo llegue a término.

Algunos de los aspectos importantes del manejo de las pacientes con pérdidas de embarazo recurrentes son el estar en contacto con ellas, brindarles la información adecuada, y el apoyo emocional que requieren.

Es indispensable el mantener un monitoreo en las mujeres con antecedentes de pérdidas recurrentes, ya que presentan un riesgo mayor de sufrir otras complicaciones del embarazo, tales como el parto prematuro y los embarazos ectópicos.

La pérdida recurrente de embarazo se diagnostica cuando una mujer sufre tres o más abortos consecutivos de los embarazos reconocidos clínicamente antes de la semana 20 de gestación. Aproximadamente el 2% de las mujeres tienen dos abortos consecutivos. El riesgo de sufrir nuevamente una pérdida después de dos abortos involuntarios es de aproximadamente 30%, mientras que el riesgo después de tres pérdidas es de aproximadamente 33% (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2002).

La pérdida recurrente de embarazo puede ser primaria, cuando las pacientes nunca han logrado el embarazo a término; o secundaria en la que los abortos involuntarios siguen al menos a un embarazo normal. El riesgo de aborto involuntario es menor en mujeres que llevan por lo menos un embarazo a término, mientras que una historia de aborto involuntario aumenta el riesgo de aborto involuntario en los embarazos posteriores.

La edad de la madre también es un fuerte predictor de las pérdidas recurrentes, siendo los embarazos en edades avanzadas de mayor riesgo para la pérdida del embarazo, especialmente en mujeres mayores de 35 años (American College of Obstetrics and Gynecology, 2002).

## **Epidemiología**

De los embarazos clínicamente reconocidos, del 10% a 15% resulta en aborto espontáneo. La mayoría de estos abortos son clínicamente evidentes a las 12 semanas de gestación. La muerte embrionaria o pre-embrión, por lo general ocurre al menos una semana antes de que las características clínicas de la pérdida del embarazo sean percibida. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con el número de abortos previos, pero rara vez supera el 40% a 50%. Para una mujer que ha tenido un nacimiento vivo, aunque haya tenido varios abortos espontáneos, su riesgo de aborto espontáneo en embarazos futuros es de 30% por cada embarazo (Cramer y Wise, 2000). Esto es, el riesgo decreta en las mujeres con el nacimiento de un bebé vivo.

### **Los factores de riesgo.**

- Pérdida de un embarazo anterior

- La edad materna avanzada

Adicciones

- Resultado negativo del último embarazo;

- Avanzada edad gestacional al momento de la pérdida (s)

Antecedentes familiares

Ocupación

Antecedentes personales.

### **Factores ambientales y otros**

El fumar, el consumo de alcohol y cafeína pueden aumentar el riesgo de pérdida del embarazo, así como la exposición a toxinas ambientales, y los gases anestésicos (Raj y Reagan, 2006). Ahora bien, de los factores que comúnmente se piensa, el ejercicio no aumenta el riesgo de pérdida y el reposo no lo reduce.

Las pérdidas no sólo se producen en las primeras 20 semanas del embarazo, durante todo el período perinatal existen diferentes condiciones que pueden derivar en la pérdida del producto. Entre otras, podemos mencionar las anomalías en el feto, la muerte neonatal, la ruptura temprana de membranas, la prematurez, el bajo peso al nacer y las infecciones neonatales.

Los factores de riesgo de muerte neonatal son, la edad materna (adolescentes o mayores de 35 años), el analfabetismo, el estado civil (las solteras presentan un riesgo mayor), la condición socioeconómica baja, la falta de control prenatal, más de tres embarazos previos, bajo peso al nacer, el que se trate del primer embarazo, o un espaciamiento entre embarazos mayor a dos años (Osorio-Amézquita y Romero-Vázquez, 2005). Otra condición de riesgo importante es la ruptura temprana de membranas, (lo que se conoce como rotura de fuente) que implica el riesgo de infección materna o del infante (Calderón, Vega, Velázquez, Morales, y Vega, 2005).

La preclamsia es también una condición de riesgo. Puede ocasionar un retardo del crecimiento intrauterino e hipoxia en el feto y muerte del producto o de la madre, es causa de nacimientos prematuros, en ocasiones inducidos por el riesgo que implica (Secretaría de Salud, 2002).

Los puntajes bajos de Apgar de 3 o menos se han correlacionado con muerte neonatal (Mejía, 2000). Este puntaje es una expresión numérica de la condición del recién nacido en el momento del nacimiento y durante los primeros minutos posteriores al parto. Se relaciona con la capacidad del bebé de adaptarse al exterior. Dicha medición se realiza al momento del nacimiento y un minuto después. El puntaje de 3 o menos se relaciona con asfixia fetal. Dicha escala toma en cuenta la capacidad de respiración, la adaptación al medio y las reacciones iniciales del infante al mismo.

Los bebés con bajo peso al nacer (menos de 2 500g) tienen un riesgo 40 veces más elevado de morir que los infantes de peso normal. Esta condición se correlaciona de manera importante con estatus socioeconómico bajo, embarazo en la adolescencia, tabaquismo materno, consumo de alcohol durante el embarazo, consumo de otras sustancias adictivas, la mala nutrición de la mujer durante el embarazo, la falta de adherencia a las recomendaciones del médico y el pobre control prenatal.

También presentan riesgo los infantes que nacen con un tamaño y peso inferior al esperado por su edad gestacional, que generalmente se debe a un retardo de crecimiento intrauterino; condición que se asocia a una morbilidad mayor y con anomalías genéticas y anatómicas. (Mejía, 2000). La edad gestacional ideal es entre las semanas 37 y 41, porque los recién nacidos postérmino tienen también un riesgo más elevado de muerte, la placenta puede secarse y esta falta de líquido se asocia a resultados adversos para el bebé en desarrollo.

Las infecciones neonatales también implican riesgo, las fuentes principales de éstas son la transmisión por la madre, ya sea en el útero o durante el trabajo de parto y en el



cunero; pudiendo ocasionar sepsis neonatal cuya mortalidad oscila entre el 13 y el 50% de los casos (Mejía, 2000).

### **Seguimiento**

Las parejas que han sufrido de pérdidas de embarazo recurrentes tienen miedo en los nuevos embarazos. Es pertinente el informarles que el riesgo de aborto espontáneo disminuye a medida que aumenta el período de gestación. Especialmente hacia el final del primer trimestre de gestación.

La incidencia de aborto espontáneo posterior aumenta cuando se presentan los siguientes datos ecográficos anormales, ausencia de saco embrionario, hemorragia en la pared uterina, saco sin embrión, ausencia de frecuencia cardíaca en el bebé después de la semana 7, entre otros. Finalmente, el riesgo incrementa al aumentar la edad de la madre: desde una tasa de aborto espontáneo de menos de 5% en las mujeres menores de 35 años al 29% en mujeres con embarazos añosos en mujeres mayores a 40 años de edad (Mejía, 2000).

### **Consecuencias**

Durante muchos años el sistema de salud ha considerado estas pérdidas como meras ocurrencias físicas, fáciles de corregir médicamente, y que no requerían un seguimiento estrecho. Hasta la década de 1980, la pérdida del embarazo muy temprano se consideraba como un evento menos significativo que la pérdida al final del embarazo (Beutel, Deckardt, Von Rad, y Weinerr, 1995). En los últimos 10-20 años ha habido un aumento en el número de estudios relacionados con los efectos psicológicos que sufren las mujeres con pérdidas

perinatales, tomando en cuenta el profundo impacto emocional y psicológico que esa pérdida parece tener en el futuro de una mujer (Kuller y Katz, 1994).

Las investigaciones sobre los efectos de la pérdida en los embarazos subsecuentes se han centrado en la ansiedad y la depresión. La ansiedad experimentada por las madres durante un embarazo posterior se ha observado constantemente por múltiples investigadores. En los estudios realizados por Armstrong y Hutti (1998), y Cote-Arsenault y Mahlangu (1999), se encontró que en un grupo de mujeres con historia de pérdida reproductiva se detectaron más síntomas de depresión y ansiedad relacionados con el embarazo, que en un grupo de mujeres primíparas sin antecedentes de pérdida. Esto es, el antecedente de pérdida perinatal, incrementa el riesgo de presentar sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres embarazadas. Los hallazgos obtenidos indican que las mujeres que experimentaron una pérdida anterior hacia el final del embarazo, tenían un mayor nivel de ansiedad y depresión relacionadas con las preocupaciones sobre el embarazo, y la disminución de apego prenatal con el niño en el embarazo en curso. En el 2001, Franzog y Mrcog, encontraron que las mujeres que presentaban sintomatología depresiva elevada durante el embarazo, presentaban efectos adversos tales como una disminución en el umbral del dolor, requerían más anestesia y se incrementó la posibilidad de que sus hijos requiriesen de cuidados intensivos neonatales, de tal manera que la sintomatología depresiva en la mujer parece incrementar el riesgo en el período perinatal.

Posteriormente Armstrong (2002), evaluó la asociación de la pérdida perinatal previa con los niveles en los padres de sintomatología depresiva, la ansiedad específica del embarazo, y el apego prenatal, o vinculación afectiva hacia el feto, en un embarazo

posterior, con el fin de indagar si los niveles elevados de sintomatología ansiosa y depresiva se asociaban con el apego prenatal (definición de Armstrong). La muestra constó de 103 parejas que estaban en el segundo trimestre del embarazo: 40 que tuvieron una pérdida perinatal en un embarazo anterior, 33 estaban embarazadas por primera vez, y 30 con historia previa de embarazos exitosos. Aplicaron una serie de instrumentos para evaluar la sintomatología depresiva, ansiosa, y el apego prenatal. Los resultados reportados señalaron que las parejas con antecedentes de pérdida perinatal tenían niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad, que las parejas con el antecedente de embarazos exitosos. Además, las madres manifestaron niveles más elevados de sintomatología ansiosa y depresiva, que los padres en todos los grupos. Las parejas con y sin antecedentes de pérdida perinatal no diferían en su nivel de apego en el embarazo en curso. Sin embargo, sí se encontró el efecto de la pérdida anterior en la manifestación de elevación de sintomatología depresiva y ansiosa.

Estos resultados fueron replicados por la misma autora en un estudio posterior (Armstrong, 2004). Participaron cuarenta parejas que experimentaron una pérdida perinatal previa. Se evaluó: influencia de la pérdida, los síntomas depresivos, la ansiedad específica del embarazo y el apego prenatal. Los resultados indican que las madres reportaron mayores niveles de sintomatología depresiva, de ansiedad específica del embarazo y de apego prenatal que los padres. En el 45% de las madres y el 23% de los padres había CES-D, mayor o igual a 16 que indica el riesgo más alto de depresión. El 88 % de las madres y el 90% de los padres reportaron estrés elevado en relación con la pérdida anterior del embarazo (IES puntuaciones mayores o iguales a 19). El impacto de la pérdida perinatal anterior fue moderadamente correlacionado con la sintomatología depresiva, así como con

la ansiedad específica del embarazo. No hubo relación entre los trastornos psicológicos en el embarazo después de la pérdida perinatal y el apego prenatal. Los resultados señalan que se debe prestar atención a la mezcla de esperanza y miedo que experimentan los futuros padres durante los embarazos posteriores a la pérdida perinatal.

Un aspecto relevante derivado de los estudios anteriores es la relación que la madre establece con el bebé nacido vivo después de varias pérdidas. Al parecer, el haber sufrido una pérdida perinatal, puede ser un evento que influye de manera adversa la interacción madre-bebé. (Huges, Turton, Hopper, Mc Gauley, y Fonagy, 2001)

### **Relaciones -cuidador-infante**

Un antecedente importante de la participación social del infante es su predisposición a mostrarse activo en sus intercambios interpersonales. (Fafouti-Milencovi'c, 1979). Dicha predisposición será básica para la búsqueda de contacto y atención del cuidador.

El contacto temprano con el infante después del parto es un período crítico para el establecimiento de un vínculo afectivo con los padres (Brazelton y Cramer, 1993). El inicio de las interacciones recíprocas se observa desde los primeros días de vida. En general, las madres disfrutan enormemente el observar a su infante, suelen hablar con voz más aguda y con mayor lentitud al infante, conductas que suelen atraer la atención del mismo. Estas conductas dependen en gran medida de la retroalimentación que reciben del infante (Wasserman, 1980) aunque se dan de manera automática.

Los infantes, desde el período más temprano son capaces de responder a la conducta de otros, mostrando conductas de imitación gestual, desde recién nacidos muestran esta capacidad (Brazelton y Cramer 1993). Los recién nacidos muestran una marcada preferencia por las voces femeninas y son atraídos por los rostros humanos, a los cinco días pueden distinguir por medio del olfato un algodón bañado en leche de su madre de otro con leche de otra mujer. Esto muestra que el infante llega al mundo con la capacidad innata de responder a sus congéneres, especialmente a su madre.

Marvin y Britner (2008), afirman que justo después del nacimiento, los infantes reaccionan de tal manera que se incrementa la probabilidad de permanecer en contacto con su cuidador primario. Las interacciones se van tornando repetitivas y se van conformando

en patrones interaccionales. En la base de estas interacciones se asientan el sentido de agencia del infante y su confianza en el mundo exterior.

De acuerdo con Bornstein y Tamis-LeMonda (2010), la interacción diádica cumple 4 funciones básicas: la promoción del entendimiento social, el desarrollo del apego, la adquisición del lenguaje y la maduración de la regulación emocional. Desde que nacen, los infantes buscan la interacción y van desarrollando un mayor entendimiento con otros.

Papousek (2011), acuñó el concepto de parentalidad intuitiva, refiriéndose a la competencia implícita de los cuidadores cuando interactúan con sus bebés. Esto incluye los ajustes que los padres realizan momento a momento en el habla, las verbalizaciones y el contacto físico con sus infantes, de acuerdo a la precepción de los estados de estos. Este autor, además, denomina “el ciclo del ángel” a la interacción donde el llanto del bebé recibe una respuesta oportuna y adecuada, como cuando lo arrullan y lo acunan para tranquilizarlo. El que el bebé se tranquilice disminuye el estrés que su llanto ocasionó y aumenta el sentido de autoeficacia parental. La madre, al actuar de esta manera, provee al infante de una regulación de los estados de ansiedad y disminuye al mismo tiempo sus propios niveles de ansiedad, cimientos de la posterior capacidad autorregulatoria en los infantes.

Lowe y cols., (2011) desarrollaron un estudio a fin de investigar la relación de la interacción de la madre ante las respuestas de regulación emocional de sus bebés, a través del paradigma cara a cara, cara inmóvil de Tronick, Adamsom, Wise, y Brazelton, (1978). Participaron setenta díadas madre-infante, las cuales se observaron a los cuatro meses y 25 de estas mismas díadas fueron re-evaluados a los nueve meses. Los estilos interactivos

maternos fueron analizados de acuerdo a un sistema de códigos, que comprendió las conductas maternas de búsqueda de atención y respuesta contingente, la regulación emocional del niño fue descrita por la reacción al estrés y el afecto positivo global. Los resultados indicaron que tanto a los cuatro como a los nueve meses las madres que respondieron de manera más contingente a sus hijos mostraron más afecto positivo. En contraste, cuando las madres muestran una mayor conducta intrusiva, sus hijos tendían a mostrar menos afecto positivo después de la condición cara inmóvil. Vemos así, que la interacción diádica afecta el desarrollo socioemocional del infante.

La interacción diádica es un reflejo de la capacidad nutricia de los padres, de su sensibilidad hacia las señales del infante y de la manera en que éste último responde y acepta o rechaza el cuidado que recibe, así como de la seguridad de ambos. (IACAPAP, 2014). Este intercambio permite tanto el desarrollo social, como el cognitivo del infante.

### **Sensibilidad materna y sincronía en la interacción infante-cuidador**

Un aspecto estudiado ampliamente es la sincronía madre-bebé en la interacción. Se define a la sincronía interactiva como el apareamiento de conductas, estados afectivos y ritmos biológicos entre padres e hijos (Feldman, 2007). La sincronía es una ventana que permite observar la naturaleza de las relaciones tempranas. Es el fundamento de la construcción de la capacidad del infante para el uso de símbolos, la empatía y la interpretación adecuada de las señales de otros, lo que Fonagy (2002) denomina mentalización.

En el 2000 Fava, Ferrero y Mussico encontraron una conexión entre las representaciones internas parentales y la manera en que las madres se comportan con sus hijos. Observaron que las madres más sensibles eran quienes presentaban una representación de sus infantes global y balanceada, lo que se asoció también a una mayor sincronía en las interacciones diádicas.

La sincronía o coordinación se refiere a qué tanto los miembros de la díada pueden coordinar, ajustar y sincronizar sus conductas y estados emocionales (Sassenfeld, 2002). La comunicación emocional temprana tiene una función reguladora del estado psicobiológico del infante. La sensibilidad materna permite el desarrollo de estrategias autorregulatorias en el infante, como, por ejemplo, cuando el infante voltea la vista ante un estímulo que lo rebasa. Una madre que no sintoniza adecuadamente con su bebé, podrá forzar la interacción, aumentando la ansiedad del infante, o bien, podrá no responder de manera adecuada y contingente a las señales del infante, permitiendo que el estrés en el infante se vea incrementado por la falta de respuesta.

De acuerdo con Sassenfeld (2002), la principal tarea del cuidador del infante es el interpretar adecuadamente el estado subjetivo del infante, así como el compartir con éste estados emocionales.

A los tres meses de vida, se plantea que el infante empieza a distinguir lo que está dentro de él de lo que está afuera, la sonrisa del infante empieza a asociarse a la interacción, mostrando una respuesta placentera en el contacto, buscando éste, así como la estimulación diádica (Sroufe , 2000). En esta etapa, el infante exhibe conductas que reflejan su conciencia del ambiente.



También a los 3 meses de vida, el bebé empieza a mostrar claramente su preferencia hacia ciertas personas, en especial sus cuidadores primarios. Es de notar que no sonríe a los extraños (Academia Americana de Pediatría, 2001)

Entre los dos y tres meses de vida, las interacciones diádicas empiezan a mostrar una clara estructura temporal, por ejemplo, la expresión positiva de la madre suele preceder a la del infante y la mutua contemplación se torna en la modalidad central de la interacción (Feldman, 2007). En esta etapa las interacciones son lideradas por la madre, después esto cambia y las interacciones empiezan a caracterizarse por la sincronía mutua. Sin embargo, la sincronía interactiva no requiere que el infante y la madre exhiban la misma conducta, como señala Papousek (2011), el padre que responde eficazmente a su infante no refleja como un espejo todas las emociones de éste, sino que actúa de acuerdo con lo que el infante requiere en un momento determinado. Por ejemplo, un infante estresado no precisa que sus padres le reflejen el estrés, lo que podría incrementar la ansiedad en el niño, sino que lo contengan y ayuden a regular esta respuesta.

### **Efectos de los estilos de interacción en el desarrollo infantil**

Los estilos de interacción temprana, se han asociado al desarrollo social posterior del infante. Scaramella y Leve (2004), afirman que, cuando las interacciones tempranas infante-cuidador se caracterizan por hostilidad y emocionalidad negativa, se genera un círculo vicioso en la interacción; que se constituye en un factor que predice problemas conductuales en el infante, posteriormente en el desarrollo, durante la niñez e incluso en la adolescencia. Afirman que la conducta hostil del cuidador, incrementa la presencia de conductas difíciles en los infantes, lo que aumenta de nuevo la hostilidad.

Además, Scaramella y Leve (2004), aseveran que los padres sensibles y competentes colocan a sus hijos en una trayectoria hacia el incremento de competencia en las relaciones sociales, serán infantes que internalizarán las normas parentales, mostrarán mayor competencia cognitiva y presentarán menos problemas durante la niñez. Por otro lado, cuando la crianza se ha distinguido por ser severa, obstaculiza la adquisición de habilidades de autorregulación por parte del infante, lo que, posteriormente se ha asociado a problemas en las relaciones sociales del niño conforme se desarrolla (Scaramella & Leve, 2004).

Los mismos autores afirman que es tarea de los padres el promover el desarrollo de estrategias autorregulatorias en los infantes, regulando el ambiente de manera tal que limitan la cantidad de excitación emocional en los infantes.

Cuando los padres responden con respuestas emocionales negativas a las emociones negativas de los infantes, la efectividad de sus esfuerzos disciplinarios se reduce, y la reactividad de los niños se incrementa (Scaramella y Leve, 2004).

### **Sensibilidad materna y regulación emocional**

Sroufe (2000) afirma que el infante, desde el inicio de la vida, requiere de quien lo cuida y de su respuesta para poder hacer frente a los retos del desarrollo, para conseguir la regulación emocional. Esto es, para mantenerse organizado ante la excitación. Menciona, además, que entre los 3 y 6 meses de edad es importante que el cuidador sea sensible a las señales del infante, además de que esta sensibilidad debería ser contingente a las señales del bebé. El responder de manera sensible al bebé es, de acuerdo a Sroufe (2000), la base sobre

la que se asienta su sentimiento de potencia en del mundo, el sentimiento de que sus acciones tienen un efecto. Esto provee al bebé de la experiencia en mantener y modular la tensión.

Es de especial importancia el despliegue afectivo en las interacciones diádicas, donde los dos regulan las expresiones afectivas del otro (Raznozcyk y cols., 2004). De acuerdo con estos autores, en las interacciones normales las madres deben tolerar que el bebé esté en afecto neutro y no las observe aun cuando ellas se encuentren en afecto positivo. En el caso de las madres deprimidas, en el estudio citado se encontró que éstas son poco tolerantes en tales situaciones, esperan que el bebé les brinde retroalimentación constante, de manera que pueden mostrarse intrusivas y poco sensibles a los estados emocionales de sus bebés.

Para Sassenfeld (2002), la interacción diádica temprana es un proceso de intercambio recíproco, donde cada uno de los elementos de la díada emite señales comunicativas y, el otro se siente impulsado a responder y, en este intercambio interaccional se observa un proceso de regulación mutua, donde la madre puede ser sensible a las señales del infante que, a su vez, responde a ella. El mismo autor considera a la interacción cara a cara como un proceso que regula los estados afectivos de quienes participan en la misma. Esta regulación requiere del reconocimiento del estado emocional de la otra parte de la interacción, lo que permite una sincronía adecuada. De acuerdo con esto, la tarea del cuidador sería el ser capaz de apreciar de manera adecuada el estado emocional del infante, de manera tal que puedan sincronizar sus reacciones emocionales al

estado del infante consiguiendo modular el estado emocional del mismo (Sassenfeld (2002).

Cuando la madre no puede sintonizarse adecuadamente con el estado emocional del infante, el nivel de activación del mismo puede verse incrementado, con lo que el proceso de regulación resulta interferido (Sassenfeld (2002). Esto lleva a la disrupción del intercambio interaccional, dificultando el recobrar la coordinación previa. Para lograrlo, se requiere de una “reparación” (Sassenfeld 2002) en el proceso interactivo. Cuando sobreviene la reparación del intercambio interaccional, el infante empieza a comprender que las emociones disruptivas, son tolerables (Sassenfeld 2002).

El intercambio continuo entre madre e infante produce patrones de regulación mutua, en donde ambos están atentos a las señales emocionales y motivaciones de su pareja. (Sassenfeld, 2002)

De acuerdo con Sassenfeld (2002), las madres sensibles son exitosas al sincronizar sus respuestas a las señales de sus infantes, ejerciendo una influencia moduladora sobre los estados emocionales del infante. Al contrario, las madres que no sintonizan adecuadamente con sus bebés pueden ser particularmente intrusivas, generando un incremento en la activación del niño de manera tal que la autorregulación se torna interferida.

Cerezo, Trenado, y Pons-Salvador, (2006) afirman que los estados emocionales maternos, donde las madres tienen una pobre capacidad de autorregulación, afectan las habilidades de las mismas para interpretar adecuadamente las señales de sus infantes, siendo menos sensibles a las mismas y, que estas respuestas inadecuadas pueden terminar en conductas de abuso hacia los infantes. Esto sucede porque las respuestas inadecuadas de

las madres, especialmente cuando el bebé experimenta malestar, no permiten construir el espacio de regulación emocional, lo que, a su vez, intensifica las señales del infante e incrementa el estrés materno (Cerezo, Trenado, y Pons-Salvador, 2006). Refieren que este tipo de interacciones se traduce en menor sensibilidad a las señales del infante a la vez que en interacciones inapropiadas que propician el conflicto en la diada y, finalmente actos abusivos hacia el infante.

Desde el nacimiento, el infante es capaz de detectar las contingencias, lo que permite, aunado a la adaptación de la madre a sus señales, la coordinación de las conductas interactivas de ambos. La conducta interactiva materna permite la regulación de los estados internos del infante, cuando se adapta oportunamente a las señales del infante. Los infantes que no experimentan interacciones coordinadas con la madre durante las primeras semanas de vida pueden presentar dificultades de por vida en el crecimiento social, emocional y autorregulatorio (Feldman, 2007).

Mills Koonce y cols (2007), al estudiar los factores relacionados con la sensibilidad materna, observaron que el ser objeto de cuidados sensibles por parte de la madre es importante para los infantes, más aún cuando el infante está estresado y afirman que esto es de importancia especial para el desarrollo de la autorregulación: Por otro lado, la incapacidad para confiar en el cuidador, puede llevar al niño a desarrollar estrategias de afrontamiento desadaptativas, tales como la evitación. Afirman, además que el malestar del infante genera una desregulación en la madre, que podrá entonces experimentar malestar psicológico.

Se afirma que los infantes que no experimentan interacciones coordinadas en las primeras semanas de la vida pueden presentar dificultades sociales, emocionales y autorregulatorias por el resto de la vida (Feldman, 2007). En este mismo sentido Fonagy, Geogerly y Target, afirman que las respuestas parentales no contingentes con el afecto infantil minan el correcto etiquetamiento de sus estados internos y, por lo mismo, su regulación emocional. Mencionan que, para que el niño pueda regular la emoción se requiere de la adecuada interpretación de sus estados emocionales por parte de su cuidador primario, quien realiza una labor de “espejo emocional”, donde le refleja sus emociones.

De acuerdo con Davies, Slade, y Stewart (2008), los infantes requieren de un cuidador sensitivo y responsivo, sensible a las señales que emiten, lo que les ayuda a generar tolerancia a los estímulos aversivos, entrando así en un proceso de correulación de la información proveniente del medio. Encontraron que las mujeres con experiencias estresantes posparto, pueden evolucionar desarrollando un trastorno de estrés postraumático. Dicho desarrollo afecta la interacción madre bebé, las mujeres perciben a sus hijos como altamente demandantes, con temperamento difícil, mostrando en consecuencia un deseo menor de cercanía con sus infantes. Mencionan que, en efecto, puede existir un comportamiento problemático en el niño que puede deberse a las anomalías interaccionales con sus madres, quienes pueden haber reforzado de forma inefectiva las conductas adaptativas y efectivamente las conductas desadaptativas de manera que éstas se presentan con mayor frecuencia.

Por su parte Henning y Striano, (2011), afirman que la adecuada y pronta respuesta materna a las señales de sus infantes, genera en ellos el sentido de agencia, esto es, en

percibirse a sí mismos como influyendo en lo que sucede al exterior. Aspecto que se ha relacionado también con la capacidad de autorregulación. Finalmente, en un texto publicado por la Asociación Internacional de Psiquiatría del Infante y el Adolescente IACAPAP (2014), la etapa desde el nacimiento hasta los 6 meses, será aquella donde los infantes aprenderán a regular sus emociones y conducta. Si el infante es sobreestimulado, por ejemplo, volteará a otro lado, lo que es un medio de regular la interacción y la estimulación externa.

Por otro lado, Cerezo, Trenado y Pons-Salvador (2006) realizaron un estudio donde utilizaron un cuestionario la Escala de Maltrato Potencial (Chile Abuse Potential: Milner, 1986) para detectar los factores que afectan negativamente la parentalidad, tales como el malestar psicológico, la infelicidad, la ansiedad y los problemas interpersonales en los padres. Los padres con puntajes elevados en el CAP atribuyen con más frecuencia intenciones agresivas y negativas a sus hijos, dichas atribuciones reducen la sincronía con el infante. Las madres con estrés elevado responden de manera indiscriminada a las señales de los bebés, esto es son poco sensibles a éstas y responden a las señales sin interpretarlas de manera adecuada.

Posteriormente, en otra investigación se encontró que los infantes que no experimentan interacciones coordinadas en las primeras semanas de la vida tienen una mayor propensión a presentar dificultades sociales, emocionales y autorregulatorias por el resto de la vida (Feldman, 2007).

Tratando de determinar el efecto de la demora de la respuesta materna a las señales del infante, Henning y Stranio (2011) realizaron una investigación donde emplearon una

muestra de 60 mujeres con sus infantes de 3 y 6 meses. Para ello utilizaron cámaras de video y monitores, tanto la madre como el bebé podían ver las respuestas de su contraparte a través del video. En la condición experimental, la respuesta a las señales de uno, llegaba con una demora temporal de tres segundos a la pantalla. Esta demora afectó la detección de contingencias por parte de los infantes, quienes mostraron menos sonrisas en esta condición. A pesar de que la demora parece no haber afectado la conducta materna, sí se notó una reducción en las vocalizaciones que dirigían al infante. Las sonrisas maternas estaban más asociadas a la conducta del infante que al tiempo que se tardaba en responder. La demora en la respuesta materna a las señales interactivas del infante se observa con frecuencia en las madres con sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que se puede pensar que la detección de contingencias en los infantes puede verse afectada por tal patrón.

En el campo del estudio de la interacción diádica temprana, Kaitz y Maytal (2005), en una revisión extensa de diversas investigaciones en este campo, encontraron que las madres con presencia de sintomatología ansiosa suelen comportarse ya sea alejándose de los infantes o, bien, de una manera intrusiva. Cualquiera de estas dos formas de interacción interfiere en el establecimiento de la conducta regulada. Esta conducta es más frecuente cuando las madres se enfrentan a un infante estresado que puede generar respuestas de alejamiento materno, justo cuando la madre sería quien pudiera regular el estado emocional del infante. Los mismos autores plantean que la intrusividad materna, provoca en el infante una respuesta de alejamiento. Como consecuencia de estas interacciones, plantean que las interacciones diádicas serán menos contingentes, con menos afecto positivo y, finalmente, menos sincrónicas.



El llanto excesivo impide en gran medida el entendimiento empático de los padres de las emociones de sus bebés, respondiendo en ocasiones de manera ruda y sobreestimulante al llanto del infante, lo que torna la situación en un círculo vicioso, donde el llanto del infante propicia respuestas agresivas por parte de quien lo cuida, lo que aumenta la probabilidad de ocurrencia del llanto (Papousek, 2011).

### **Estilos interactivos y apego**

Los estilos interaccionales generan patrones de apego específico en los infantes. La sensibilidad de la madre se asocia con frecuencia a la seguridad en el apego. Es la historia interaccional la que parece determinar el establecimiento del apego, esto es, la interpretación precisa, contingente y apropiada de la madre a las señales del infante, se relaciona con el apego seguro. Las madres de los infantes seguros se involucran más con éstos, son más responsivas a sus señales, más apropiadas en las respuestas y más positivas que las madres de infantes inseguros (Isabella, 1993)

Los patrones de interacción van conformando las relaciones madre-infante, que, finalmente contribuyen al establecimiento de relaciones de apego específico. Millis-Koonce, Garipey, Popper, Suttons, Calkins, Moore, y Cox, (2007), afirman que el sistema de cuidados parentales debe alinearse a las necesidades del infante, que, de esta forma, utilizará a la madre como base segura para la exploración del medio circundante. Examinaron la correlación entre la sensibilidad materna a los 6 meses y el apego de los niños a los 12. Encontraron que las madres de los niños que desarrollaron un apego seguro eran más sensibles. Las madres de los niños que desarrollaron un apego evitativo son más irritables, menos adaptables y menos autorreguladas, lo que las lleva a distanciarse de sus infantes. La sensibilidad de la madre se asocia con frecuencia a la seguridad en el apego. Es la historia interaccional de suma importancia para el establecimiento del apego.

Braungart-Ricker, Garwood, Powl y Wang (2001) realizaron un estudio donde observaron interacciones diádicas a los 4 meses, para determinar la sensibilidad materna y ver el efecto de esta sobre el apego en los infantes. Piensan que el estatus del apego, se

adquiere antes de los 7 meses de edad y encontraron que los infantes de las madres clasificadas como sensibles presentaban una probabilidad mayor de mostrar apego seguro a los 12 meses.

En este mismo sentido, Marvin y Preston (2008), afirman que el apego se forma en el contexto de la interacción con el cuidador.

En 2009, Reyna y Picker, mencionan que un antecedente importante del apego es la sensibilidad materna que promueve, a través de interacciones recíprocas, sincrónicas y satisfactorias, el apego seguro. Consideran la interacción temprana madre-infante como el tiempo apropiado para que el infante aprenda a controlar las demandas fisiológicas, proceso modulado por la sensibilidad materna y que sería el fundamento del apego.

En el texto de IACAPAP (2014), referido con anterioridad, se afirma que la sensibilidad de los padres hacia los infantes es fundamental para el desarrollo y predice el tipo específico de apego que se conformará posteriormente.

### **Antecedentes prenatales y apego**

Uno de los intereses recientes en las investigaciones sobre el apego infante-cuidador, son los antecedentes prenatales que pueden influir en el establecimiento de las relaciones de apego.

Por ejemplo, Heller y Zeanah (1999) realizaron una investigación con una muestra de 19 madres, con historia de pérdida perinatal con una edad gestacional promedio de 30 semanas al momento de la pérdida (o sea, después de haber notado los primeros movimientos fetales). Los instrumentos que utilizaron incluían la Perinatal Loss Interview,

una entrevista semiestructurada cuyo fin es obtener una narrativa de las experiencias alrededor de la muerte del infante, que fue administrada a los dos meses de la pérdida. Cuando las mujeres se embarazaron de nuevo y tuvieron hijos, observaron a los infantes usando el método de Situación Extraña de Ainsworth a los 12 meses de nacidos para determinar el patrón de apego de los infantes.

Dichos autores encontraron que los patrones de apego de los niños nacidos después de que sus madres habían sufrido una pérdida perinatal, tendían a ser de tipo inseguro-desorganizado en una proporción mayor a lo esperado estadísticamente. Los resultados indicaron que el 55% de los niños mostraron un apego seguro (dato congruente con la población en general); el resto (45%), mostró un apego de tipo desorganizado (lo que se espera es aproximadamente un 15% en población abierta), una muy elevada incidencia. Es importante recalcar que los patrones de apego resistente y evitativo no fueron observados en esta muestra, lo que lleva a pensar que es probable que quienes hubieran sido categorizados en estos patrones, cayeron en la categoría desorganizada a consecuencia de la pérdida previa. Esto especialmente cuando las madres no habían culminado el trabajo de duelo adecuadamente; responsabilizando a otros de su propio bienestar emocional. Estas mujeres pueden haberse embarazado con la esperanza de que el bebé resolviera sus sentimientos respecto a la pérdida anterior, dándose una reversión del rol materno donde esperan ser cuidadas por sus hijos, conducta que se asocia con el establecimiento de un patrón de apego desorganizado.

Diversos estudios han verificado que el incremento de la ansiedad y el miedo durante el embarazo, que siguen a una pérdida puede hacer que los padres lleguen a tener

dificultades en la formación del apego con el nuevo bebé (Cote-Arsenault y Marsahll, 2000; Cote-Arsenault, Bidlack y Humm, 2001; O'Leary, 2004, Wallerstedt, Lilley y Baldwin, 2003). Los estudios actuales sugieren que un duelo no resuelto en los padres puede dar lugar a que los hijos posteriores sean más propensos a desarrollar la relación de apego desorganizado a un año el posparto (Fonagy, 2000; Wallerstedt, Lilley y Baldwin, 2003).

A fin de explorar la relación entre pérdidas perinatales y el riesgo de abuso físico y negligencia, Coleman, Maxey, Vincent y Coyle (2005) llevaron a cabo un estudio que incluyó la participación de 518 madres, 118 madres maltratadoras, 119 negligentes y 281 madres sin antecedentes conocidos de maltrato infantil. Entrevistas y observaciones se realizaron en los hogares de las participantes, y las comparaciones se hicieron entre las mujeres sin antecedentes de pérdida perinatal y las mujeres con una o más pérdidas y el de riesgo de maltrato infantil. Los resultados obtenidos señalan que las mujeres con una pérdida perinatal presentaron un riesgo incrementado en el 99% de maltrato físico infantil en relación con las mujeres que no reportaron pérdidas perinatales, y las mujeres con múltiples pérdidas presentaron una probabilidad 189% mayor de abusar físicamente de sus los niños. En comparación con mujeres sin antecedentes de aborto provocado, las que tuvieron un aborto anterior tenían un riesgo incrementado en un 144% de abuso físico.

O sea, las experiencias previas de las mujeres van a tener incidencia en la manera en que enfrentan el embarazo y parece incidir en los patrones interaccionales que se construyen en la convivencia cotidiana con el infante.

### **Diferentes Formas de Categorizar las Interacciones Madre-Infante**

La influencia del modelo etológico en el campo de la psicología evolutiva ha revalorizado el empleo de los sistemas de observación directa, principalmente en el ambiente natural en donde se manifiestan los comportamientos que se pretenden estudiar (Altman, 1974; Anguera, 1983).

La observación directa respeta con gran fidelidad los datos, ya que reduce la inferencia procedente del modelo teórico, de los sesgos personales del investigador o los del propio sujeto. (Santoyo y López, 1990).

Cuando se decide utilizar el enfoque observacional, se seleccionan determinados eventos relevantes a observar, que son aquéllos que determinarán nuestras categorías. A continuación, se revisarán algunas aportaciones que ejemplifican enfoques conceptuales distintos en lo que respecta a la observación de la interacción.

En uno de los sistemas de categorías aludidos (Lewis y Lee-Painter, 1974) se emplearon las siguientes categorías para observar la interacción en bebés de 12 semanas:

Para la madre: tocar, sostener, vocalizar, mirar, sonreír, jugar, proporcionar cuidados (lavar, cambio de pañales), alimentar, mecer, leer o mirar tv, hablar a otras personas. Para el bebé: vocalización, movimiento, irritarse o llorar, jugar (observar juguetes en movimiento, jugar con los dedos), sonido (no vocalización, producido por algún movimiento corporal, como patadas) sonreír, mirar a la madre.

Otro sistema de categorías de interacción (Fogel, 1977), presenta las siguientes categorías como particularmente relevantes: Madre: mirada dirigida al bebé, mirada en otra

dirección, movimientos labiales expresivos ausentes o en situación de habla normal, vocalización, movimiento de cabeza agitar o balancear, distancia cercana, distancia normal (más de 20 cm). Bebé: mirada atenta, mirada no activa, boca abierta, vocalización.

Existe también un catálogo que permite una valoración de la sincronía interactiva madre-bebé (Censullo, Bowler, Lester, y Brazelton, 1987), las categorías que incluye son: atención mutua, afecto positivo, toma de turnos, pausas maternas, claridad de las respuestas del bebé y sensibilidad a las respuestas del bebé.

Cerezo, Trenado y Pons-Salvador (2006) realizaron un estudio micro social con el propósito de explorar los perfiles interaccionales secuenciales de reacciones maternas a conductas infantiles positivas/neutras comparado con difíciles entre dos grupos de diadas, uno con madres con alto nivel de factores negativos para la parentalidad y otro con bajo nivel. Se empleó el sistema Codificación de Interacción Temprana Materno Infantil en el cual se registra la frecuencia, duración, secuencia y valencia de los intercambios.

Comprende nueve categorías para la conducta infantil: seis categorías interactivas, de aproximación social y obediencia con tres valencias cada una, y tres categorías no interactivas: conductas de juego, llanto y pasividad. Y para la madre tres categorías interactivas: sensibilidad, control —con dos valencias— e instrucción y una no interactiva, indiferencia.

Este sistema ha sido modificado, dando paso al CITMI-R, que es el que se utilizó en la presente investigación. Presenta validez de contenido, porque la inferencia es mínima y validez de constructo al arrojar resultados congruentes con los obtenidos con otros medios de valoración (Cerezo, Pons-Salvador y Trenado, 2011). Transforma la interacción en datos

observables de codificación secuencial con categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes. Se utiliza para observar la conducta sensible materna, que se define como la atención de la madre a lo que su hijo hace, ajustándose a los intereses y capacidades del infante.

Los diversos sistemas de categorías señalados permiten detectar y analizar las interacciones madre-bebé desde una perspectiva microsocia que revela patrones secuenciales empíricos en el contexto diádico de la interacción (Feldman, 2007). La característica principal de esta aproximación es el desarrollo de herramientas que trasladan la corriente conductual en tiempo real a datos analizables. El uso de estrategias observacionales de codificación secuencial en tiempo real permite una aproximación al intercambio social madre-hijo más acorde con la complejidad de este tipo de relación.



### **Planteamiento del Problema**

Al presente, los hallazgos bajo la perspectiva del apego han permitido delinear un perfil de la interacción entre las mujeres con antecedentes de pérdidas perinatales, el cual está compuesto por factores tales como: conducta sobreprotectora e hipervigilante, conducta parental ineficiente donde la interacción está marcada por la ansiedad o la depresión materna, muestran una ambivalencia a veces extrema y los cuidados prodigados son altamente inconsistentes (Heller y Zeanah, 1999; Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008).

Armstrong, Hutti y Myers (2009) al estudiar a mujeres con historias de pérdidas perinatales y con embarazos subsecuentes a término, mencionan una elevación de la sintomatología ansiosa y depresiva en estas mujeres y recomiendan un seguimiento puntual de las mujeres en el posparto, ya que consideran a esta población especialmente vulnerable a problemas en las labores de crianza de los niños.

No obstante, dicho perfil, en la actualidad, de acuerdo con la revisión de la literatura, se carece de estudios que permitan delinear la estructura secuencial y jerárquica de las conductas inmersas en las interacciones madre-niño en este tipo de problemática. Tales estudios permitirían establecer cómo se regulan ambos miembros de la díada y cómo los antecedentes de la madre (embarazo de alto riesgo, pérdidas perinatales recurrentes, sintomatología ansiosa y depresiva) inciden en estos y poder aportar en esta área la influencia recíproca que se ha señalado en la revisión de la literatura.

Por lo tanto, los objetivos de este trabajo son: evaluar las características psicológicas, de sintomatología ansiosa, depresiva y malestar psicológico, en mujeres con embarazos de alto riesgo con antecedentes de pérdidas perinatales y mujeres en la misma

condición, pero sin dicho antecedente; y delinear la estructura secuencial y jerárquica de las conductas inmersas en las interacciones madre-niño en dichos grupos mujeres a los tres y seis meses de nacidos lo bebés.

Para el logro de dichos objetivos se desarrolló el siguiente estudio.

### **Participantes**

Las participantes fueron un total de 12 díadas madre-hijo con embarazos de alto riesgo, 6 de ellas con historia de pérdida perinatal previa y 6 sin historias previas de pérdida perinatal. Las edades de dichas mujeres fueron entre los 25 y 40 años de edad, que cursaban el último trimestre de embarazo, pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.

#### ***Tipo de muestra.***

No probabilística, intencional

#### ***Criterios de Inclusión.***

Mujeres entre los 25 y 40 años de edad.

Todas las mujeres se encontraban embarazadas al inicio de la investigación.

Mujeres en el último trimestre de embarazo que acudían al Instituto Nacional de Perinatología.

Mujeres con antecedente de pérdidas perinatales, incluyendo en esta categoría abortos, óbitos.

Mujeres con embarazos de alto riesgo, sin pérdidas previas (grupo control).

Mujeres dispuestas a un seguimiento de 6 meses.

Mujeres con una red de apoyo social, ya fuera por parte de la pareja o bien de la familia de origen.

Mujeres con estudios mínimos de secundaria.

### ***Criterios de Exclusión***

Que el embarazo en curso fuera consecuencia de una violación.

Mujeres con un diagnóstico previo de trastorno mental.

Que el embarazo en curso tuviera un elevado riesgo de pérdida.

Que presentaran condiciones tales como epilepsia, VIH, adicciones, enfermedad renal, cáncer u cualquier otra afección que significara un riesgo especialmente elevado.

Que el bebé naciera prematuramente y requiriera estar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Que el bebé naciera con alguna clase de malformación o importante defecto físico o mental.

Para cubrir el objetivo propuesto se aplicaron diversos instrumentos que se encaminaron a medir los siguientes factores:

Cuestionario sociodemográfico. Realizado con el fin de obtener perfiles sociodemográficos de las participantes, se obtuvieron datos respecto al nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo social, escolaridad, tipo de

vivienda, pérdidas previas de embarazo, estado civil, ocupación, lugar de residencia y personas con las que se comparte la misma.

Ansiedad. Para determinar la existencia de sintomatología ansiosa, se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, (IDARE; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), el cual es un instrumento autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (IDARE-E) que es de naturaleza transitoria y situacional, con veinte proposiciones y cuatro posibles respuestas: “No, en lo absoluto”, “un poco”, Bastante” y “Mucho”. En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como rasgo (IDARE-R); que hace referencia a un estado de ansiedad permanente, también tiene veinte proposiciones con cuatro posibles respuestas: “No, en lo absoluto”, “un poco”, Bastante” y “Mucho”, valoradas desde 1 hasta 4. Ambas escalas han demostrado una alta confiabilidad (alfa de cronbach de 0.83 para el IDARE-R y de 0.92 para el IDARE-E). La confiabilidad retest, varía, es elevada en el caso de ansiedad rasgo (alfa de cronbach de 0.73 los 104 días) y baja en ansiedad estado (alfa de cronbach de 0.33 a los 104 días), lo que concuerda con la definición de estado y rasgo.

Se puede recodificar de acuerdo con los puntajes obtenidos, de manera que serían interpretados de acuerdo al nivel de gravedad. Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80. Tomando en cuenta las puntuaciones obtenidas, se clasifica como ansiedad mínima si la calificación es de 20 a 31; leve, si es 32 a 43; moderada si es de 44 a 55 y grave alta si es de 56 a 80. (Urdapilleta-Herrera, y cols, 2010).

Este inventario ha sido utilizado con anterioridad en estudios similares al presente, (Franche y Bulow, 1999, Hughes 2001, Armstrong, Hutti y Myers,2009), pudiendo ser utilizado en cualquier momento que se requiera y habiendo arrojado datos en el sentido de una mayor puntuación durante el transcurso del embarazo.

De acuerdo con un estudio realizado por (Moscoso, 1998), presenta una confiabilidad test-retest de 0.73 en el caso de ansiedad estado y de 0.17 para ansiedad rasgo cuando se aplica con un intervalo de 104 días, resultado esperable dadas las diferencias

entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. Los coeficientes alfa encontrados fueron de 0.82 para ansiedad estado y de 0.54 para ansiedad rasgo.

Nuevamente, Moscoso (1998) buscó determinar la validez concurrente comparando el Idare con la escala de ansiedad manifiesta, la escala de ansiedad IPAT y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman, y observó que los índices de correlación eran moderadamente altos. Finalmente, por lo que respecta a la evidencia de validez de construcción de la Escala Rasgo de Ansiedad, se observó en resultados de investigación con pacientes neuropsiquiátricos que éstos tienen sustancialmente puntajes medios más altos en comparación con sujetos normales (Spielberg, 1983).

Por último, en un estudio cuya finalidad era normalizar la prueba con pacientes obstétricas en el Inper (Morales Carmona & González Campillo, 1990), se recomendó la utilización de un estándar de calificación diferente, reduciendo en 5 el número de puntos para determinar la presencia de ansiedad.

Depresión. Para evaluar la depresión se aplicó la Escala de Depresión de Beck (Jurado, y cols, 1998) estandarizado con población mexicana, el cual consta de veintidós reactivos, cada reactivo contiene cuatro oraciones cortas, en un continuo de respuestas que va de poco o nada, más o menos hasta, severamente y que son indicadoras de presencia de sintomatología depresiva. Presenta una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.87 y una validez concurrente con la escala de Zung de  $r=0.70$ .

Las puntuaciones obtenidas se consideraron de la siguiente manera. En el caso de BDI (Depresión) y de acuerdo con estudios de sintomatología depresiva previos (Urdapilleta-Herrera, y otros, 2010), las puntuaciones entre 0 y 9 se considera nula o mínima, entre 10 y 16, leve; de 17 a 29 moderada y de 30 a 63 severa.

Esta escala se ha utilizado en estudios similares al propuesto aquí (Armstrong D., 2001 Cogle, Reardon, & y Coleman, 2003, Armstrong, Hutti y Myers, 2009), donde se

han asociado los puntajes elevados en sintomatología depresiva con efectos adversos en la salud fetal, y una mayor incidencia durante el período gestacional.

En un estudio para estandarizar el BDI en población mexicana (Jurado, y otros, 1998), realizado con una muestra de 1508 sujetos, encontraron una confiabilidad de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.87, y una validez concurrente con la escala de Zung, con una correlación de 0.65.

Malestar Psicológico. A fin de determinar el malestar psicológico de empleó el Cuestionario General de Salud de Goldberg en la versión de 30 reactivos, que se responden en una escala tipo Likert, con valores de 1 a 4 en sus respuestas. (Goldberg & Hillier, 1979). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 30 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Estudios de la validez concurrente del CGS con la Entrevista Estandarizada de Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward y Sheperd arrojaron una sensibilidad y especificidad de entre 72% y 78%, de manera que se considera un instrumento que permite identificar casos potenciales en la población general.

Para interpretar la puntuación obtenida el CGS (malestar psicológico), se consideraron los siguientes rangos de acuerdo con un estudio previo (Joffre Velásquez, García Maldonado, Lin Ochoa, y Cruz Torres, 2007): mínimo: menos de 8 puntos; leve: entre 8 y 14 puntos; moderado: de 15 a 21 y grave cuando la puntuación rebasó los 22 puntos.

En un estudio para determinar la pertinencia de la utilización del CGS en la detección de posibles casos (Revilla Ahumada, Rios Álvarez, & Luna del Castillo, 2004),

se arribó a la conclusión de que es un instrumento adecuado para detectar problemas psicosociales, psicosomáticos, ansiedad y depresión.

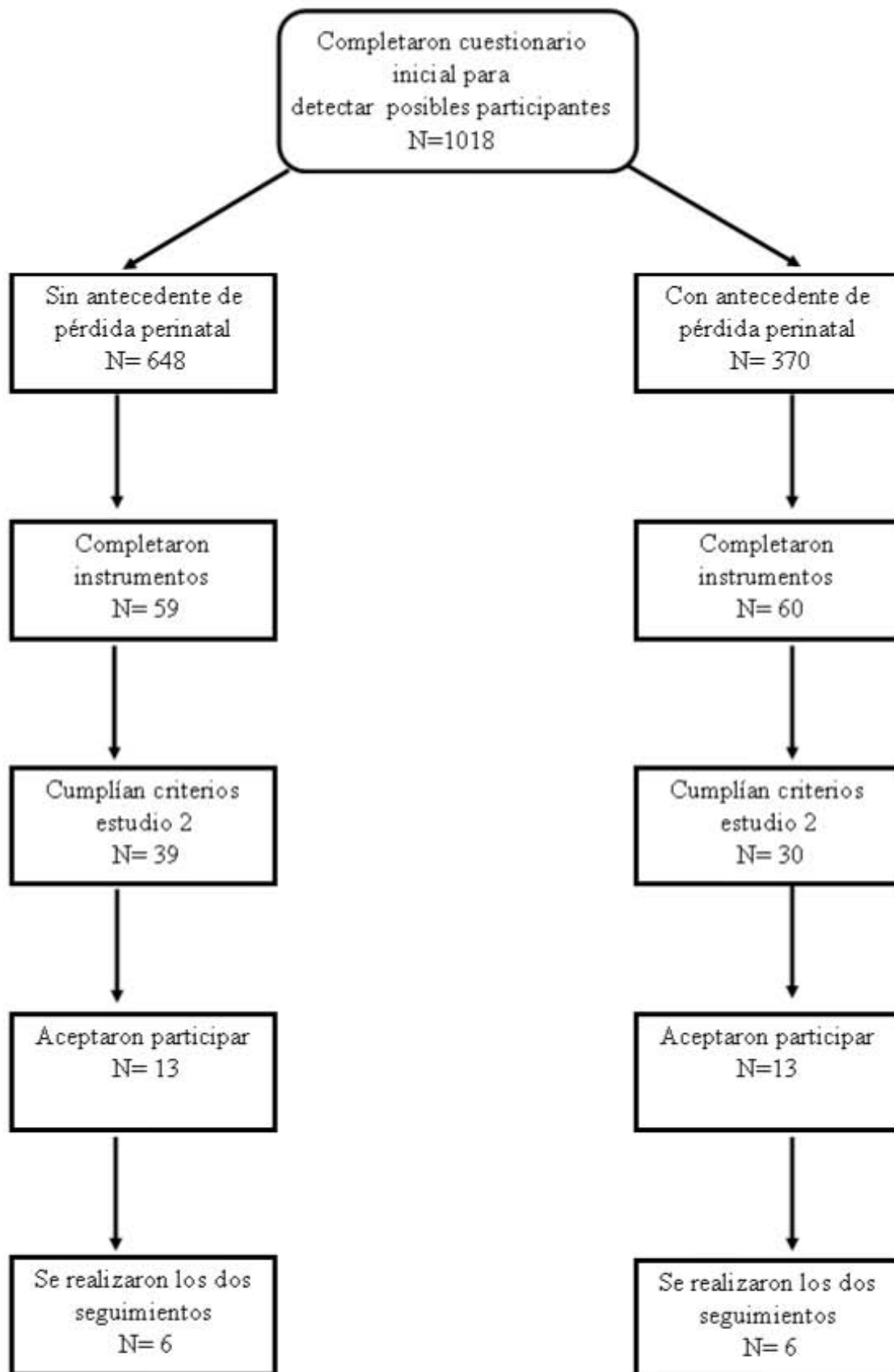
Finalmente, en un estudio con la finalidad de analizar las propiedades psicométricas de varios inventarios aplicados a una muestra de mujeres mexicanas, utilizando entre ellos el CGS, se realizó un análisis exhaustivo del mismo y encontraron valores de alfa adecuados (por arriba de .70).

### **Procedimiento.**

Se contactó inicialmente un grupo de 1024 mujeres, que respondieron un cuestionario para determinar si podrían participar o no en el estudio. Posteriormente, a 114 de estas mujeres, se les explicó que se deseaba realizar un estudio para comparar perfiles psicológicos de las mujeres con y sin antecedentes de pérdidas perinatales, se les invitó a participar y, a quienes aceptaron, se les explicaba el objetivo del estudio y de los instrumentos; se les proporcionó una forma de consentimiento informado donde se les explicaba que su colaboración era estrictamente voluntaria y que podrían declinar su participación sin problemas o consecuencias como beneficiarias de los servicios del Instituto o de cualquier otra naturaleza. A continuación, se les entregaron los cuestionarios. Finalmente, se les despedía y agradecía su colaboración.; con excepción de aquéllas que fueron invitadas a participar en el estudio (69 pacientes).

En la figura 1, se presenta un árbol donde se esquematiza el proceso de reclutamiento de participantes.

Figura 1. Proceso de selección de participantes





### **Datos sociodemográficos**

En la tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas de las participantes. Las edades de las participantes fluctuaron entre los 26 y los 37 años de edad; con cinco de las participantes mayores de 35 años, condición que se considera por sí sola de riesgo al tratarse de embarazos añosos (Reece & Hobbins, 2009).

6 de las 12 participantes tienen el antecedente de pérdidas y el número de las mismas oscila entre 2 y 6 pérdidas previas. En el caso de las semanas en que ocurrieron las pérdidas el rango es desde la semana 12, hasta la semana 35.

10 de las mujeres tenían una relación de pareja estable al momento del primer contacto y 2 (una en cada grupo) de ellas eran solteras.

El nivel educativo es también similar en ambas muestras siendo el más frecuente el nivel licenciatura.

El nivel socioeconómico de las participantes oscilaba entre el medio bajo y el medio alto. Todas las participantes podían cubrir sus necesidades básicas de alimentación y cuidados de salud. Se consideraron como pertenecientes al nivel medio bajo a quienes vivían en algún espacio habilitado dentro de la casa de sus padres o de sus suegros. Como nivel medio a quienes vivían en un espacio separado de la familia de origen. En los casos que se consideraban de nivel medio alto, estaban quienes tenían hogares con mejores acabados, en colonias de mayor nivel adquisitivo y que tenían muebles de mejor calidad, así como implementos de mayor calidad para sus bebés y juguetes más costosos.

Tabla 1 Características de las participantes

Folio	Edad	Pérdidas	Tiempo desde la última pérdida	Edo civil	Ocupación	Escolaridad	Nivel socioeconómico
1	26	3	2 años	Casada	Ama de casa	Bachillerato	Medio bajo
4	33	0	No aplica	Casada	Ama de casa	Licenciatura	Medio
6	35	6	4 años	Casada	Ama de casa	Licenciatura	Medio bajo
9	25	0	No aplica	Unión Libre	Ama de casa	Licenciatura	Medio alto
11	29	0	No aplica	Unión libre	Ama de casa	Bachillerato	Medio alto
13	23	3	3 años	Unión libre	Estudiante	Licenciatura	Medio alto
14	37	0	No aplica	Unión libre	Ama de casa	Licenciatura	Medio
16	37	0	No aplica	Casada	Odontóloga	Licenciatura	Medio alto
23	37	0	No aplica	Soltera	Doctora	Posgrado	Medio alto
24	29	3	2 años	Casada	Ama de casa	Bachillerato	Medio
28	35	2	10 años	Soltera	Burócrata	Licenciatura	Medio
33	31	3	3 años	Casada	Trabaja en la empresa de su padre	Licenciatura	Medio alto

## **Escenario**

Se utilizaron dos escenarios diferentes: el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en un el área de consulta externa, en donde se llevó a cabo la evaluación inicial de las mujeres integrantes de las dos muestras y en el hogar de las mujeres, a los tres y seis meses de nacidos los bebés, para poder realizar las filmaciones de las interacciones madre-bebé en una actividad de juego libre.

## **Materiales e Instrumentos**

Computadora portátil, proyector, video-cámara Sony, tripie, software para registro observacional para la codificación de eventos continuos de comportamiento.

Sillas infantiles para colocar a los bebés, juguetes: pelotas de plástico, libro de texturas, frutas de plástico.

Inventario de Depresión de Beck, Estandarizado con población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela (1998). Es el inventario más utilizado en la literatura psicológica en general.

Inventario de ansiedad Rasgo-Estado de Spielberberg, estandarizado para la población mexicana por Díaz-Guerrero en 1975.

Cuestionario General de Salud de Goldberg. (Goldberg & Hillier, 1979).

A fin de determinar los patrones interactivos madre-bebé se empleó el SOI-I (Vite, García y Rosas, 2006). El cual es un sistema computarizado de registro observacional para el estudio de la interacción madre-niño en ambientes controlados, y comprende un conjunto

de categorías de comportamiento, mutuamente excluyentes y exhaustivas, de la madre y del niño. Permite la observación videograbada de la interacción, de manera tal que pueda repetirse la observación en caso de distracción del observador, así como la confiabilización de las observaciones.

Sus principales características son: a) permite un registro continuo de las interacciones, b) posibilita la codificación secuencial de eventos, c) permite la obtención de medidas de frecuencia por sesión de cada código, tanto de la madre como del hijo y d) sus tasas de respuesta por minuto.

La observación se realiza en dos pasos, primero corre la grabación y se observa la conducta materna y después, la conducta infantil. De esta manera, el observador puede centrarse en cada observación en la conducta desplegada por uno de los integrantes de la diada.

## **Variables**

Las variables a evaluar fueron las siguientes:

*Depresión* Puntajes obtenidos a través del Inventario de Depresión de Beck

*Ansiedad*: Puntajes obtenidos a través del Inventario de ansiedad Rasgo-Estado de Spielberg.

*Malestar*: Puntajes obtenidos en el CGS.

### **Catálogo conductual**

Se empleó un grupo de categorías basado el Sistema de Codificación de Interacción Temprana Materno Infantil (CITMI-R Trenado, Pons-Salvador y Cerezo, 2011), que permite el registro de las observaciones conductuales y genera datos susceptibles de análisis de la interacción secuencial; registra la frecuencia, duración, secuencia y valencia de los intercambios interactivos. Es aplicable a niños de 0 a 2 años, que cuenta con aceptables propiedades psicométricas, ya que presenta validez de contenidos al mantener al mínimo la inferencia entre la conducta evaluada y el código, además de haber mostrado validez de criterio al permitir predicciones diferenciales sobre la interacción y, finalmente, validez de constructo al haber presentado congruencia con resultados de estudios que utilizan otros instrumentos de observación.

Al comparar este sistema con otros sistemas observacionales se encontró que a diferencia de algún otro, como el caso del catálogo propuesto por Crittenden (1988), el catálogo de Cerezo y cols, permite una adecuada observación de la interacción, sus categorías son claras y mutuamente excluyentes, permite el registro de las conductas por observadores independientes y minimiza la inferencia por parte del observador. Además, permite que el observador se centre en uno solo de los integrantes de la díada al codificar su conducta.

Este instrumento se diseñó con el objetivo de lograr de manera adecuada la codificación de la interacción temprana, los autores adoptaron una perspectiva que se asentaba en un sistema de codificación de interacción para niños mayores (Standardized Observation Codes III), de manera tal que construyeron el CITMI-R como una herramienta

que permite trasladar los datos observacionales a categorías codificables (Cerezo, Pons-Salvador, y Trenado, 2011). Los investigadores citados tienen una larga trayectoria investigando la interacción familiar desde una perspectiva microsocia, siendo la elaboración de instrumentos un área central de su trabajo.

Además, muestra niveles adecuados de confiabilidad en los observadores entrenados (Trenado, 2008). Sus categorías son mutuamente excluyentes y exhaustivas, y son:

### ***I Infante***

#### **1.-Interacción (I)**

Positiva (I+). - El infante trata de llamar la atención de la madre señalando objetos, sonriendo, con balbuceos agudos. Puede acercarse a ella, abrazarla, acariciarla.

Negativa (I-). - El infante grita enojado (por ejemplo, frunciendo el entrecejo), se queja. Empuja a la madre, rechaza sus acercamientos, pega.

2.- Juego solitario (J). - El bebé juega con los juguetes de manera solitaria, esto es, dejando a la madre fuera del juego.

3.- Llanto y quejas (L). - Abandona la interacción llorando.

4.- Pasividad (P). Hace lo que su madre le indica, pero sin mostrar iniciativa. Puede permanecer en una sola posición, sin moverse, a menos que su madre lo mueva. No toma juguetes por propia iniciativa.

***Madre*****1.- Sensible (S)**

- a) Positiva (S+). - Sonríe al bebé, le acerca los juguetes que observa detenidamente. Puede imitar sus vocalizaciones.
- b) Negativa (S-). - reprende al bebé, responde con gestos de molestia al bebé.

**2.- Intrusiva (I);** Interfiere en la actividad del bebé, le quita los juguetes, se pone frente a él.

- a) Positiva. (I+)- Pide al bebé que la vea, que le responda, atrae la mirada del bebé, sonriendo.
- b) Negativa (I-). - Regaña al bebé, interfiere con su actividad con un tono de voz fuerte, con el ceño fruncido.

**3.- Protectora (P).** -cambia de posición al bebé, lo limpia, le aleja los objetos peligrosos distrayéndolo.

- a) Positiva (P+). - realiza las acciones arriba señaladas sonriendo al bebé o riéndose.
- b) Negativa (P-). - las mismas acciones con el ceño fruncido, voz grave, regaños.

**4.- No interactiva (F),** - No hace caso del bebé, su actividad es más bien paralela a la del bebé, sin que se conjunte a la de éste. Muestra poca respuesta a las indicaciones del bebé, si este se muestra afectivo, su respuesta es plana, si llora, no lo consuela. No responde a las señales del bebé.

***Variables interaccionales, operacionalizadas en los códigos observacionales.***

Las dos variables de la conducta infantil resultaron de agrupación de códigos: la Conducta infantil positiva/neutra (CI-PN) agrupó seis códigos: aproximación social, verbal o no, tanto de carácter positivo como neutro, obediencia —en el sentido de dejarse hacer— neutra o positiva, conducta de juego y conducta pasiva. La agrupación de «conducta infantil difícil», CI-D, incluyó tres códigos: los interaccionales, aproximación social, verbal o no,

con afecto negativo y obediencia negativa, es decir, con protestas y rechazo y el código no interaccional, llanto y quejas.

Las variables de la conducta materna fueron cuatro, cada una corresponde a un código: Conducta afectuosa sensible (S+), aproximación social verbal o no verbal con afecto positivo. Conducta afectuosa intrusiva o de control (I+), aproximación social afectuosa que interfiere el espacio o tiempo de la acción del niño, incluye propuestas al niño que están por encima de sus posibilidades (por ejemplo, juguete demasiado lejos). Protección (P) acción que interfiere con espacio y tiempo, pero con propósito de protección, por seguridad o higiene, a juicio de la madre (por ejemplo, retirar juguete que se mete en la boca).

Las variables interaccionales se midieron como frecuencia conjunta de pares «conducta infantil - conducta materna» en matriz de transición de retardo 1.

## **Procedimiento**

El procedimiento en esta fase consistió de los siguientes pasos:

Se contactó a las participantes a los tres y seis meses de nacidos sus bebés para llevar a cabo un seguimiento de las mismas. Se eligieron estos rangos de edad porque a los tres meses se postula que el bebé ya reconoce al objeto, distingue lo que está adentro y afuera y busca el contacto y la estimulación (Sroufe, 2000), además el bebé empieza a mostrar preferencia hacia ciertas personas sobre otras, lo que se considera como que empieza a apegarse a otras personas (Academia Americana de Pediatría (2001) y también



hay quien afirma que el pico del involucramiento intenso en la interacción cara a cara del infante se da entre los 3 y 4 meses (Fafouti-Milencovi'c, 1979).

El período entre los 3 y 6 meses, marcan el inicio y final de una etapa que se caracteriza por el elevado interés del infante en la interacción cara a cara (Henning, y Striano, 2011; Fafouti-Milenkovic, 1979)

A los seis meses los infantes lloran si son sostenidos por extraños, desarrollan una marcada preferencia por su cuidador primario (IACAPAP, 2014), buscan la interacción, no sólo reaccionan a la misma, empiezan a asumir el control de la interacción y suelen iniciarla (Academia Americana de Pediatría, 2001), desplegando determinadas conductas con el fin de obtener una respuesta por parte del cuidador primario (Marvin y Britner, 2008), además de ser un período durante el que se desarrolla la permanencia objetal (Sroufe, 2000).

A los tres y a los seis meses de nacidos los bebés, se aplicaron los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, para observar si había ocurrido algún cambio en las dimensiones que miden ya una vez nacidos los bebés y en esta etapa de la crianza. Adicionalmente, se realizó una grabación en video de las diadas, con una duración de 15 minutos en una situación juego libre. Las instrucciones que se dieron a la madre fueron las siguientes: “juegue y platique con su niño durante 15 minutos”, asimismo se le proporcionaran algunos juguetes para bebé (sonajeros y juguetes plásticos de colores) con el fin de propiciar la interacción durante el tiempo señalado, aunque pueden utilizar los juguetes que tengan en casa. Todas las participantes recibieron la misma instrucción.

Se codificaron 10 minutos de sesión, contados a partir de los 30 segundos posteriores a que el investigador proporcionó las instrucciones.

#### *Análisis de Concordancia*

Se eligió aleatoriamente el 20 % de los videos para ser registrados en forma independiente por dos observadores para obtener la concordancia en el registro de las categorías; además, cada observador registró la misma sesión en dos ocasiones para obtener la confiabilidad intra-observador. La confiabilidad se estimó a través del coeficiente de concordancia Kappa de Cohen, y se consideró aceptable cuando los coeficientes fueron mayores o iguales a .80.

## Resultados

En esta muestra en particular, los resultados referentes a los síntomas de ansiedad, depresión y malestar no permiten diferenciar entre la muestra de pérdidas y no pérdidas. Como se observa en la Tabla 2, la incidencia de depresión y ansiedad se reporta entre mínima y leve y no hay indicios de malestar psicológico.

Tabla 2.

Sintomatología de los dos grupos de madres en el seguimiento a los 3 meses

	Con pérdidas	Sin pérdidas
Inventario de Depresión de Beck		
Mínimo	4	5
Leve	1	1
Moderado	1	0
Inventario ansiedad estado		
Mínimo	4	3
Leve	1	2
Moderado	0	1
Grave	1	0
Inventario ansiedad rasgo		
Mínimo	2	4
Leve	3	1
Moderado	1	1
Cuestionario general de salud		
Mínimo	6	6

Para el análisis de los datos observacionales se llevó a cabo el siguiente proceso: los archivos grabados y observados en una computadora fueron transformados en secuencias de comportamiento, de acuerdo con un muestreo temporal segundo a segundo.

Posteriormente, los archivos de datos, de la madre y del bebé se transformaron en uno solo, de forma que una secuencia de comportamiento era la variable correspondiente a la madre y otra al bebé. Los datos resultantes se analizaron a través del paquete estadístico Statistica, a

fin de obtener los comportamientos maternos de conducta sensible, conducta intrusiva y conducta protectora, como respuesta a la conducta del infante, a fin de detectar los cambios significativos entre las dos evaluaciones y entre las dos muestras.

En la Tabla 3 se presentan las frecuencias de las distintas variables observacionales incluidas en el estudio en los dos grupos de madres a los tres meses de edad de los niños.

Respecto a la conducta materna, se observó una sensibilidad positiva mayor en las mujeres del grupo de no pérdidas, así como una menor sensibilidad negativa con respecto al grupo de pérdidas. Asimismo, las mujeres con antecedente de pérdida perinatal se mostraron más intrusivas y fue el único grupo donde se observó conducta intrusiva negativa. La conducta protectora positiva fue más frecuente en el caso de la muestra de no pérdidas.

En el caso de la conducta protectora negativa, se observa con mayor frecuencia en el caso de pérdidas, posiblemente esto se relacione con ansiedad materna.

La conducta no interactiva fue mucho más frecuente en las mujeres con el antecedente de pérdidas perinatales.

En el caso de los bebés de madres del grupo de pérdidas encontramos una mayor frecuencia de interacción social positiva, al mismo tiempo, encontramos que la interacción negativa es más frecuente en los bebés de las mujeres sin antecedente de pérdida perinatal.

El juego solitario fue también más frecuente en el caso de la muestra de pérdidas, esta conducta es de tipo no interactivo, evita la interacción con la figura materna.

El llanto ocurrió con mucha más frecuencia en el grupo de no pérdidas.

La conducta pasiva, por otro lado, ocurre con mayor frecuencia en los niños de grupo de pérdidas. Es posible que esto se deba a la historia interaccional con la figura materna, donde las mujeres de este grupo son menos sensibles y más intrusivas.

Tabla 3  
Frecuencias de las distintas variables observacionales incluidas en el estudio en los dos grupos de madres. (Tres meses).

	<b>VARIABLES OBSERVACIONALES</b>	<b>PÉRDIDA</b>	<b>NO PÉRDIDA</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Conducta infantil</b>	<b>Interacción social positiva</b>	8348	8277	91.35	.00
	<b>Interacción social negativa</b>	677	9346	32.66	.00
	<b>Juego</b>	12102	11673	154.18	.00
	<b>Llanto</b>	810	2048	53.45	.00
	<b>Pasividad</b>	8586	7410	126.46	.00
<b>Conducta materna</b>	<b>Sensible positiva</b>	21230	24484	156.46 26.22	.00
	<b>Sensible negativa</b>	690	159	90.72	.00
	<b>Intrusiva positiva</b>	4171	4062	10.63	.00
	<b>Intrusiva negativa</b>	115	0	65.02	.000
	<b>Protectora positiva</b>	1687	2277	13.74	.00
	<b>Protectora negativa</b>	154	37	59.94	.00
	<b>No interactiva</b>	2908	688		.00

Para comprender las interacciones se realizó un análisis de las mismas por medio del análisis log lineal, se determinaron los pares interactivos que eran significativos y se esquematizó de tal manera que es posible observar qué tan probable es que la conducta mostrada por uno de los integrantes de la díada, sea seguida una conducta determinada por su contraparte.

Se incluyen sólo las probabilidades que se encuentran por encima del 0.20. Lo cual se esquematiza en el Figura 1.

Cuando la madre se muestra sensible positiva, la probabilidad de que el infante muestre una conducta interactiva positiva es de 0.29 a 0.30 en los dos grupos. Asimismo, cuando el niño muestra una conducta interactiva positiva, la probabilidad de que su madre se muestre sensible positiva es de 0.79 en el caso de pérdidas y de 0.85 en el caso de la muestra de no pérdidas, siendo las madres de este grupo ligeramente más sensibles que las otras. Este par de conductas es muy similar en ambos casos.

Otra interacción significativa es la conducta sensible positiva materna con la conducta pasiva en el infante. En este caso, la probabilidad de que el infante muestre pasividad ante la conducta materna es de 0.23 (pérdidas) y 0.25 (no pérdidas), mientras que en el retorno es de 0.67 y 0.71, nuevamente son muy similares los porcentajes.

La primera diferencia que se observa en las interacciones se observa en el caso de conducta sensible negativa materna que se presenta en el caso de la muestra de no pérdidas y se asocia con una probabilidad de 0.30 de ser seguida por una conducta de juego solitario y de 0.55 de ser seguida por una conducta de llanto, sin presentarse retorno por arriba de 0.20 de probabilidad. Esto es, las madres del grupo de pérdidas se muestran con una

sensibilidad negativa mayor y sus bebés reaccionan a ella ya sea jugando, esto es evitando la interacción al utilizar los juguetes o llorando, como respuesta a la conducta materna negativa.

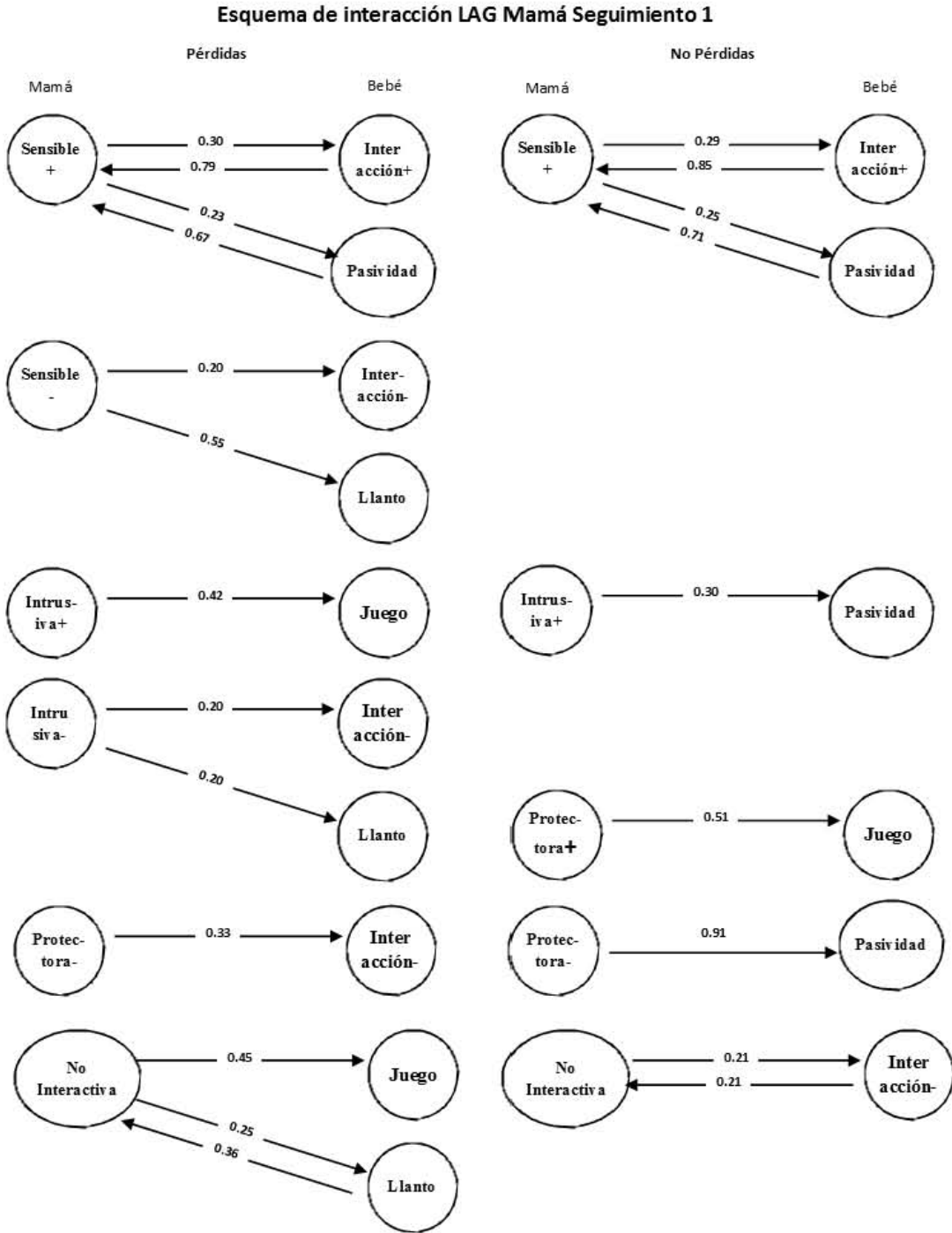
También se encuentran diferencias en la conducta intrusiva positiva, en el caso de la muestra de pérdida, esta conducta es seguida por juego solitario con una probabilidad de 0.42, sin retorno y, en el caso de la muestra de no pérdida por pasividad con una probabilidad del 0:30. Esto es, los niños de la muestra de pérdidas responden a la intrusividad con una conducta no interactiva, mientras los niños de la muestra de no pérdida lo hacen mostrando pasividad.

La conducta Intrusiva negativa, sólo fue significativa en el caso de la muestra de pérdidas generando una probabilidad de 0.20 para la conducta de Interacción negativa y llanto en los bebés, en ambos casos sin retorno. Nuevamente, la conducta negativa sólo presenta esta probabilidad en el caso de la muestra de pérdidas.

La conducta protectora positiva solo presenta esta probabilidad predictiva en el caso de la muestra de no pérdida, donde la conducta de juego solitario muestra una probabilidad de 0.51.

En el caso de la conducta protectora negativa, en la muestra de pérdidas predice una respuesta de Interacción negativa con una probabilidad de 0.31. Cuando se trata de la muestra de no pérdidas, esta conducta es seguida por pasividad con una probabilidad de 0.91.

Figura 1. Respuesta materna a la conducta infantil a los tres meses.





La conducta no interactiva materna en la muestra de pérdidas predice en un 0,45 la conducta de juego solitario y en un 0.25 el llanto, en este caso sí hay retorno, el llanto del infante predice en un 0.36 una respuesta no interactiva.

En el caso de la muestra de no pérdidas, la conducta no interactiva predice la conducta interactiva negativa en un 0.21, con un retorno de 0.21.

En la Figura 2, se muestra el perfil interaccional de reacciones maternas a conductas infantiles, se encontraron las siguientes probabilidades.

Cuando el infante muestra una conducta interactiva positiva, la probabilidad de que la madre muestre una conducta sensible positiva es de 0.70, con una probabilidad de retorno del 0.30, en el caso de la muestra de pérdidas, mientras que en el caso de la muestra de no pérdidas la probabilidad de que la madre muestre esta conducta es de 0.80, con una probabilidad de retorno de 0.26.

En la muestra de pérdidas la conducta interactiva negativa del infante seguía a la conducta sensible negativa, con un 0.22 de probabilidad de ocurrencia, sin retorno. En la muestra de no pérdidas, la conducta interactiva negativa se asociaba con un 0.20 de probabilidad de ocurrencia de conducta no interactiva materna y con una probabilidad de retorno de 0.20.

En la muestra de pérdidas la conducta de juego solitario era predicha con un 0.43 de probabilidad por la conducta intrusiva materna y con un 0.47, por la conducta no interactiva. En la muestra de pérdidas esta conducta se apareaba con la conducta intrusiva materna, que la precedía con un 0.37 de probabilidad y con un retorno de 0:61. El juego

solitario en el caso de la muestra de no pérdidas, también presentaba una probabilidad de ocurrencia del 0.53 ante la conducta positiva materna.

En la muestra de pérdidas el llanto presentaba una probabilidad de ocurrencia de 0.59 ante la conducta sensible negativa, con una probabilidad de retorno de 0.20; también se observó una probabilidad de 0.22 ante la conducta no interactiva, con un retorno de 0.33. En el caso de la muestra de no pérdidas, el llanto aparecía con una probabilidad de 0.27 como respuesta a la conducta sensible negativa materna.

La pasividad, en la muestra de pérdidas era precedida por la conducta sensible positiva con un 0.29 de probabilidad y con un retorno de 0.66. En el caso de la muestra de no pérdidas la pasividad era precedida por la conducta sensible positiva con un 0.25 de probabilidad y con un retorno de 0.71. También en el caso de la muestra de no pérdidas, la pasividad era antecedida con un 0.30 de probabilidad por la conducta intrusiva materna y con 1.00 en el caso de la conducta protectora negativa.

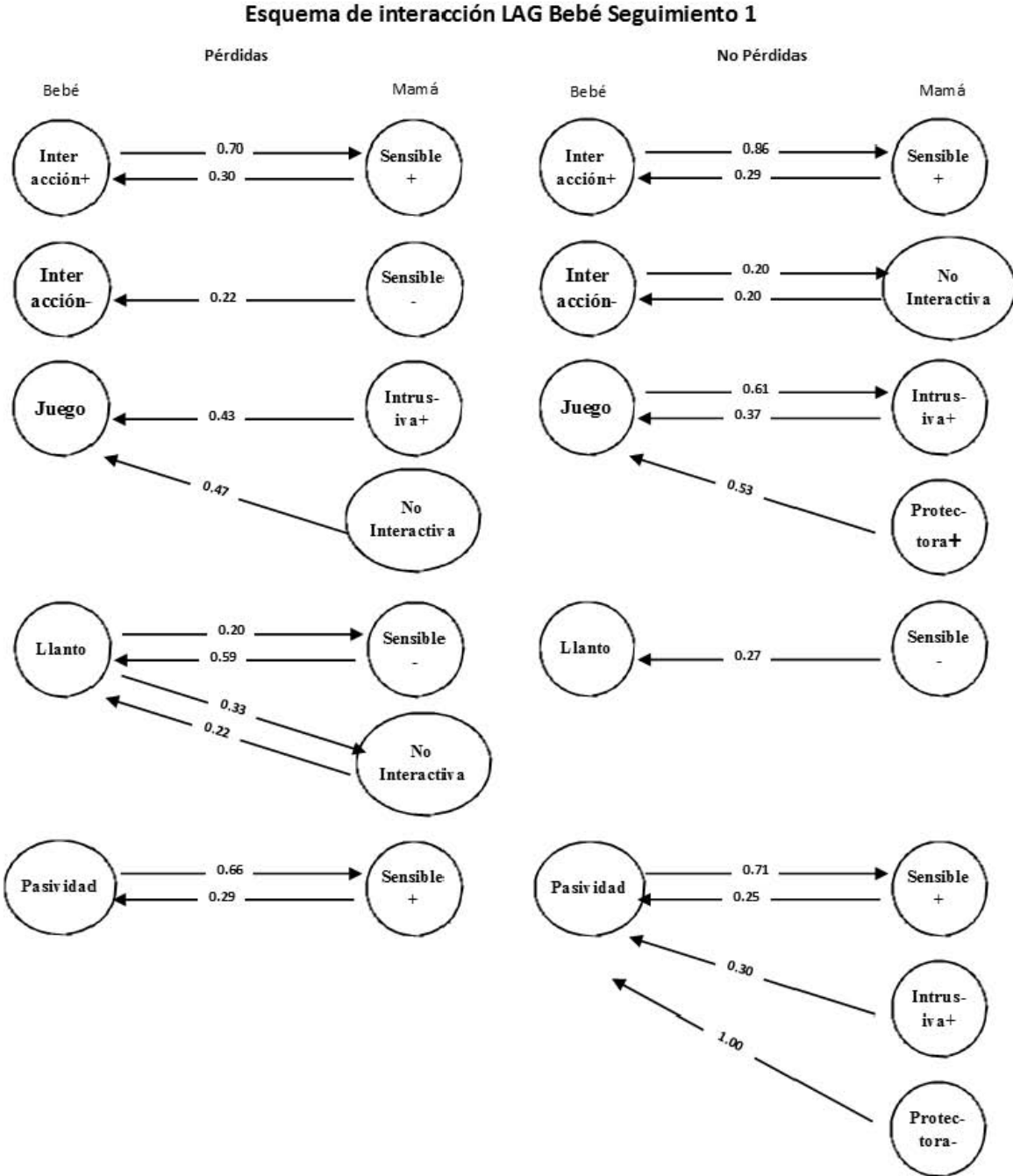
En ambos grupos los análisis mostraron relaciones secuenciales positivas y significativas cuando se presentaba la conducta infantil positiva con la respuesta maternas sensible positiva. Así, cuando el bebe mira atento o sonrío o toca, a los juguetes o a la madre, esta responde inmediatamente con atención sensible positiva.

Cuando el antecedente es conducta infantil difícil como es el caso del llanto, las madres mostraron una conducta sensible negativa, pero en el caso de la muestra con el antecedente de pérdidas perinatales, también se presenta la falta de respuesta materna evidente por la conducta no interactiva, dato relevante teniendo en cuenta que se considera

que la respuesta materna en estos casos, sería especialmente importante para la regulación emocional del infante.

En los dos grupos, el juego solitario antecedía a la respuesta intrusiva por parte de la madre y, en el grupo de pérdidas por una conducta no interactiva y en el de no pérdidas por una conducta protectora. Además, a estas conductas infantiles le siguen acciones de intrusión materna posiblemente con el fin de proveer seguridad y bienestar al niño. Tanto la conducta protectora como intrusiva, impiden explorar el entorno al infante, y en el momento de juego solitario, cuando el infante explora el mundo a través de la exploración de los juguetes, es considerada una conducta inadecuada la intrusión, por no permitir al niño explorar el medio de manera autónoma. Esta conducta podría ser efecto del saberse observadas y de tratar de dar la impresión de ser madres adecuadas.

Figura 2. Respuesta Infantil a la conducta materna



## Seguimiento a los seis meses

En el seguimiento de seis meses, la sintomatología reportada por los dos grupos de madres fue bajas. De manera particular la sintomatología depresiva permanece en niveles reducidos y se observa un ligero incremento en la sintomatología de ansiedad estado. Nuevamente la sintomatología de malestar se mantiene en niveles mínimos.

Tabla 4

Sintomatología de los dos grupos de madres en el seguimiento a 6 meses

	Con pérdidas	Sin pérdidas
	BDI	
Mínimo	3	4
Leve	2	0
Moderado	1	2
	IDARE ESTADO	
Mínimo	2	2
Leve	1	2
Moderado	2	2
Grave	1	0
	IDARE RASGO	
Mínimo	3	4
Leve	1	0
Moderado	1	2
Grave	1	1
	CGS	
Mínimo	6	6

En lo que se refiere a la frecuencia de conductas, se muestra una mayor frecuencia de conducta interaccional positiva, juego solitario y pasividad en los infantes de la muestra de pérdidas, mientras que la conducta de interacción social negativa y llanto es más frecuente en los infantes de la muestra de no pérdidas, lo cual se observa en la Figura 6.

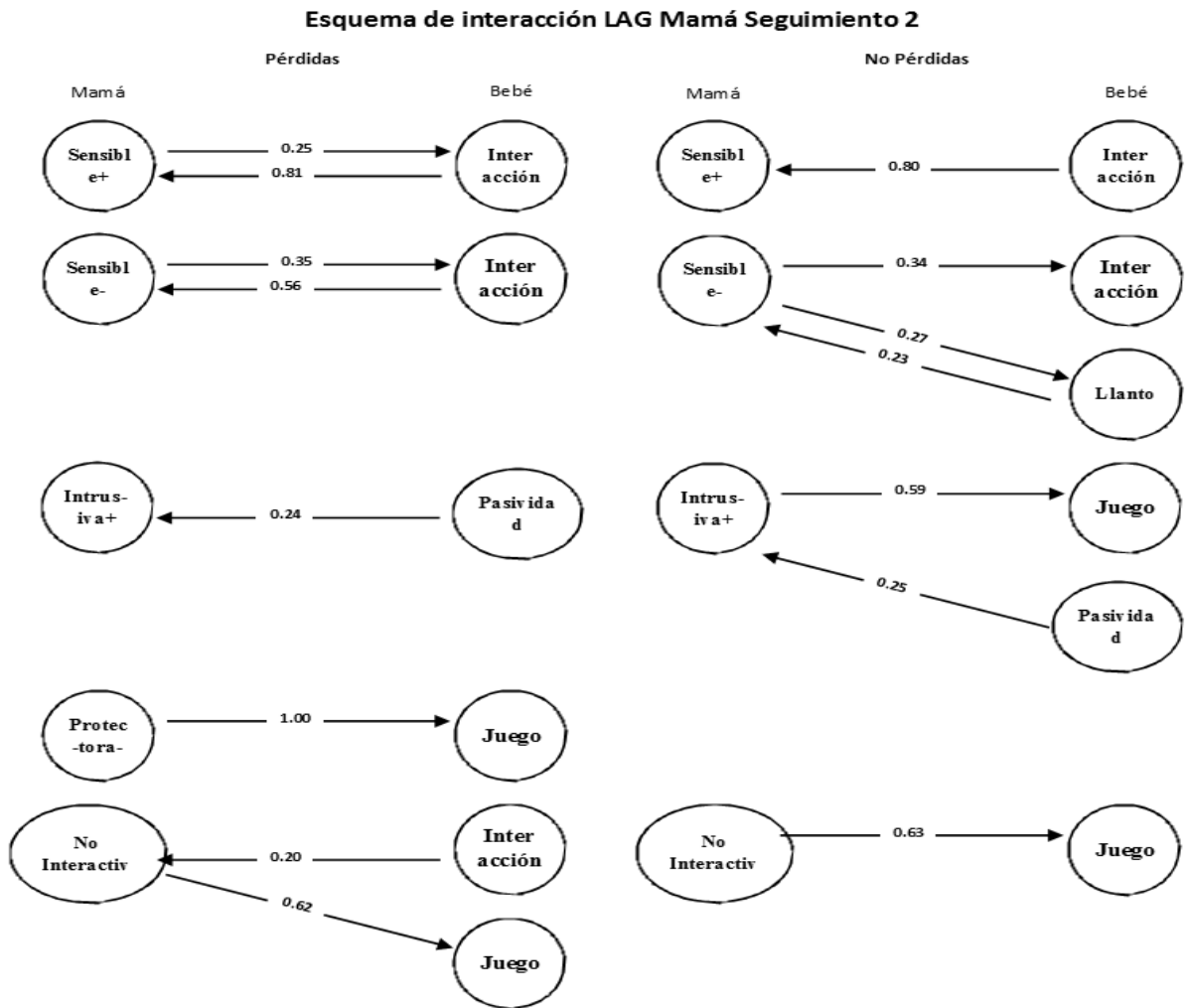
La conducta materna protectora positiva, intrusiva negativa y no interactiva fue mayor en la muestra de pérdidas y las conductas sensible positiva, sensible negativa, intrusiva positiva y protectora negativa fueron más prevalentes en el caso de la muestra de no pérdidas.

Tabla 5  
Frecuencias de las distintas variables observacionales incluidas en el estudio en los dos grupos de madres. (A los 6 meses).

	<b>Variables Observacionales</b>	<b>Pérdidas</b>	<b>No pérdidas</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Conducta infantil</b>	<b>Interacción social positiva</b>	6517	5269	75.57	.00
	<b>Interacción social negativa</b>	333	771	18.19	.00
	<b>Juego</b>	18757	18295	192.48	.00
	<b>Llanto</b>	66	288	18.76	.00
	<b>Pasividad</b>	4131	2630	82.21	.00
<b>Conducta materna</b>	<b>Sensible positiva</b>	20287	22287	149.28	.00
	<b>Sensible negativa</b>	105	260	10.14	.000
	<b>Intrusiva positiva</b>	5712	5893	107.71	.00
	<b>Intrusiva negativa</b>	28	0	14.76	.00
	<b>Protectora positiva</b>	1896	1721	56.25	.00
	<b>Protectora negativa</b>	53	175	15.03	.00
	<b>No interactiva</b>	2119	1020	56.55	.180

Por lo que respecta al patrón interaccional madre-hijo de los dos grupos de madres a los seis meses en la Figura 7, se puede observar lo siguiente:

Figura 7. Árboles de probabilidad .de la interacción madre-hijo seis meses



Cuando la madre en la muestra de pérdidas se muestra sensible positiva, la probabilidad de que el infante muestre una conducta interactiva positiva es de 0.25 sin que se observe en el caso de la muestra de no pérdidas. Asimismo, cuando el niño muestra una conducta interactiva positiva, la probabilidad de que su madre se muestre sensible positiva oscila entre el 0.80 y 0.81 en ambas condiciones.

La conducta sensible negativa, en este seguimiento fue seguida por la interacción negativa con una probabilidad de 0.35 y de 0.34, con retorno sólo en el caso de la muestra de pérdidas con una probabilidad de 0.50. También se asoció con un 0.27 de probabilidad en el caso de la muestra de no pérdidas con la conducta de llanto, con un retorno de 0.23 de probabilidad. Esto es, en esta ocasión se presentó en los dos grupos, de manera que se incrementó en el caso de la muestra de pérdidas, de manera que, en el caso de la muestra de no pérdidas, se incrementa la sensibilidad negativa materna, posiblemente aunada a la percepción de un infante más maduro y con mayor contribución a la interacción. El llanto y la interacción negativa son, nuevamente conductas elicitadas por la sensibilidad negativa materna.

También se encuentran diferencias en la conducta intrusiva positiva, en el caso de la muestra de pérdida, esta conducta es seguida pasividad con una probabilidad de 0.24, sin retorno y, en el caso de la muestra de no pérdida por juego solitario con una probabilidad del 0:59. Ahora, la conducta intrusiva positiva, en el caso de la muestra de no pérdidas

La conducta protectora positiva solo presenta esta probabilidad predictiva en el caso de la muestra de no pérdida, donde la conducta de juego solitario muestra una probabilidad de 0.51.



En el caso de la conducta protectora negativa, en la muestra de pérdidas predice una respuesta de juego solitario con una probabilidad de 1.00 sin presentarse en el caso de la muestra de no pérdidas, esto es, los infantes de la muestra de pérdidas reaccionan con una conducta no interactiva, como es el caso del juego solitario cuando sus madres pretenden protegerlos. No fue así en el caso de la muestra de no pérdidas.

La conducta no interactiva materna en la muestra de pérdidas predice en un 0.20 la conducta interactiva negativa y en un 0.62 la conducta de juego sin retorno, por parte de la madre.

En el caso de la muestra de no pérdidas, la conducta no interactiva predice la de juego solitario en un 0.63, sin retorno.

En lo que concierne a la interacción hijo-madre de los dos grupos de madres a los seis meses en la Figura 8, se puede ver lo siguiente:

La conducta interaccional positiva del niño, es seguida con un 0.82 de probabilidad por conducta sensible positiva materna en ambas muestras, con una probabilidad de retorno del 0.26 en el caso de la muestra de pérdidas y sin retorno en el caso de la muestra de no pérdidas.

La interacción negativa infantiles precedida con un 0.20 de probabilidad en el caso de la muestra de pérdidas y con un 0.40 de probabilidad en el caso de la muestra de no pérdidas por la conducta sensible negativa materna.

La conducta de juego solitario en la muestra de pérdidas es precedida con un 0.65 de probabilidad por conducta protectora positiva materna, por un 1.00 de probabilidad por

conducta protectora negativa y por un 0.65 de probabilidad por conducta no interactiva materna. En la muestra de no pérdidas, la conducta de juego solitario era precedida con un 0.59 de probabilidad por conducta intrusiva materna y con un 0.63 de probabilidad por conducta no interactiva.

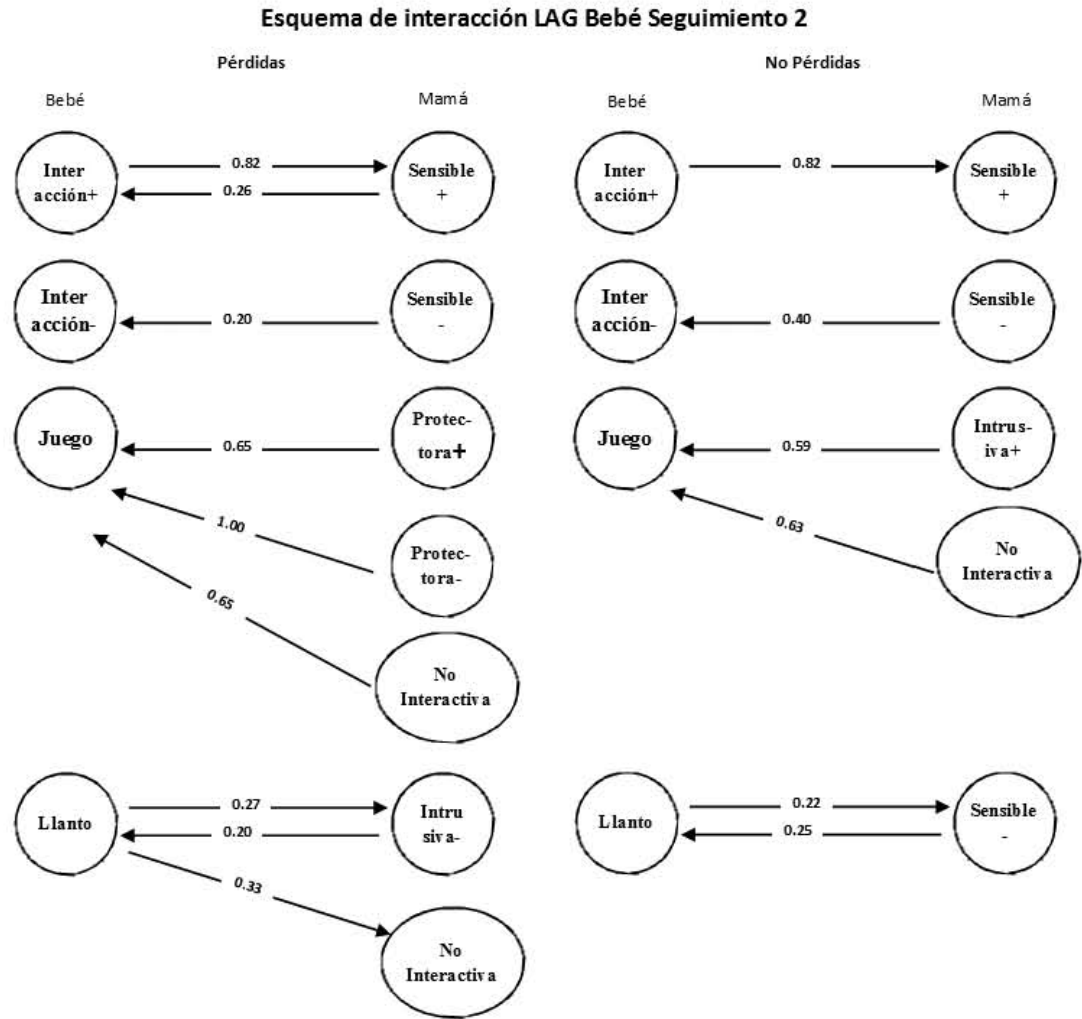
El llanto predice con un 0.27 de probabilidad la intrusión negativa materna y la conducta no interactiva en un 0.33, y se observa una probabilidad de 0.20 de retorno en el caso de la conducta intrusiva negativa materna en el caso de la muestra de pérdidas. Por lo que respecta a la muestra de no pérdidas el llanto predice en un 0.22 la respuesta sensible negativa materna, con una probabilidad de retorno de 0.25.

Por lo que respecta al perfil interaccional materno inmediato a la conducta antecedente infantil aproximación social, juego y no interaccional en los dos grupos a los seis meses. En la Figura 8 puede verse como en el caso de la muestra de pérdidas, la conducta protectora materna se asocia de manera inversa con la aproximación social. También se observa un incremento de la aproximación social cuando la madre se muestra no interactiva.

En el caso de la muestra de no pérdidas, se observa una asociación inversa entre la conducta sensible materna y el juego solitario.

Más adelante, en la sección de discusión de resultados se realizará un breve resumen de lo observado a lo largo de los dos seguimientos.

Figura 8. Árboles de probabilidad de la interacción madre-hijo de los dos grupos a los seis meses.



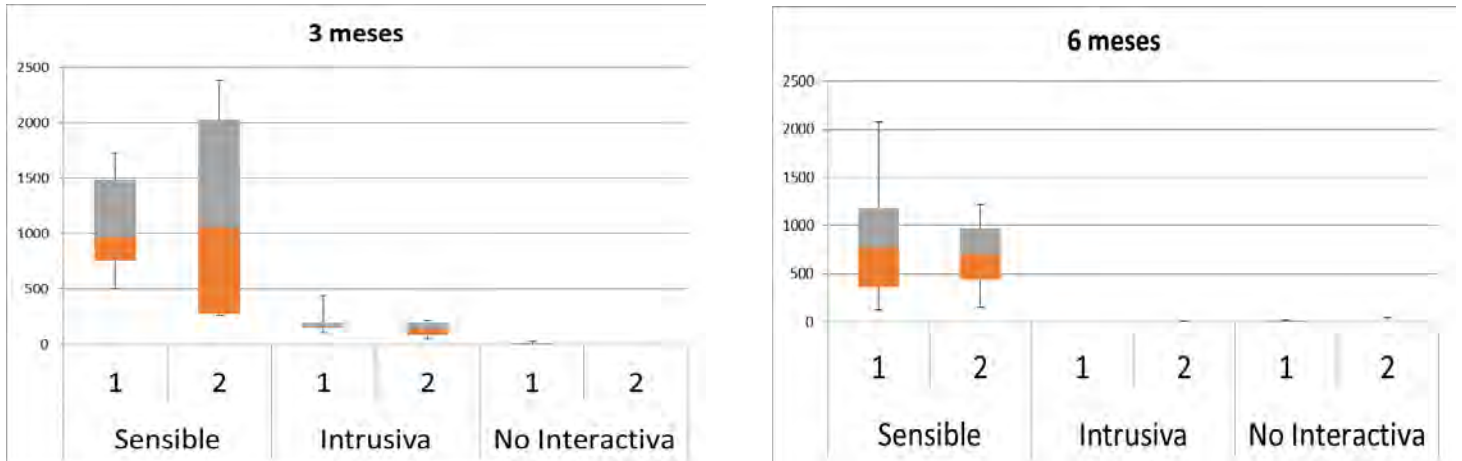
De nuevo, en ambos grupos los análisis mostraron relaciones secuenciales positivas y significativas cuando se presentaba la conducta infantil positiva con las respuestas maternas de: sensibilidad positiva,

Cuando el antecedente es conducta infantil difícil como es el caso del llanto, las madres mostraron una conducta sensible negativa, pero en el caso de la muestra con el antecedente de pérdidas perinatales, también se presenta la falta de respuesta materna evidente por la conducta no interactiva., dato relevante teniendo en cuenta que se considera que la respuesta materna en estos casos, sería especialmente importante para la regulación emocional del infante.

En los dos grupos, el juego solitario antecedía a la respuesta intrusiva o protectora por parte de la madre y, en el grupo de pérdidas por una conducta no interactiva. Tanto la conducta protectora como intrusiva, impiden explorar el entorno al infante, y en el momento de juego solitario, cuando el infante explora el mundo a través de la exploración de los juguetes, es considerada una conducta inadecuada la intrusión, por no permitir al niño explorar el medio de manera autónoma.

## Resultados utilizando diagramas de caja

Gráfica 1 Frecuencia de respuesta materna a interacción positiva a los 3 y 6 meses



Grupos 1: pérdidas, 2: no pérdidas

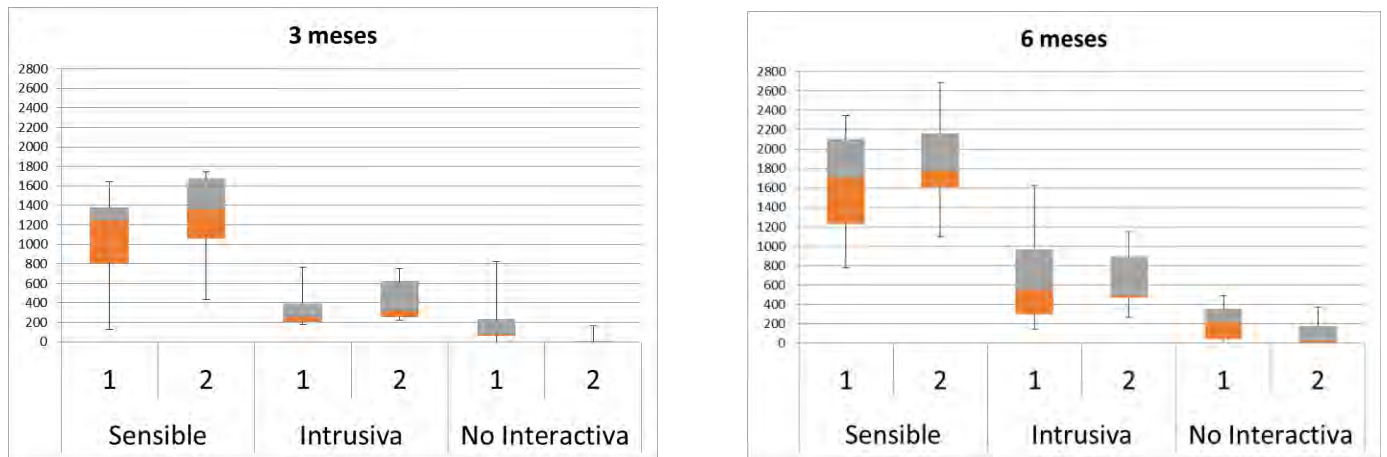
Vemos como las mujeres pertenecientes al grupo de no pérdidas (2) mostraron una frecuencia mayor de conducta sensible frente a la interacción positiva del infante en el primer seguimiento. En el segundo seguimiento la sensibilidad materna disminuyó en ambos casos, pero ahora las mujeres con antecedente de pérdidas perinatales mostraron una mayor sensibilidad, aunque la mediana es un poco más pequeña que en el primer seguimiento.

Al parecer, la sensibilidad materna es mayor en este período, posiblemente porque es un período donde el bebé es ligeramente más pasivo y dependiente de la madre.

Encontramos también algo de intrusividad, en el primer seguimiento, no así en el segundo. De hecho, lo que caracteriza al segundo seguimiento es la respuesta sensible materna a la interacción positiva de parte del infante.

La conducta no interactiva, típica de las madres depresivas, casi no se muestra en respuesta a la conducta interaccional positiva por parte del infante, sin embargo, es ligeramente más prevalente en el caso de la muestra con el antecedente de pérdidas perinatales.

Gráfica 2. Frecuencia de respuesta materna a Juego solitario



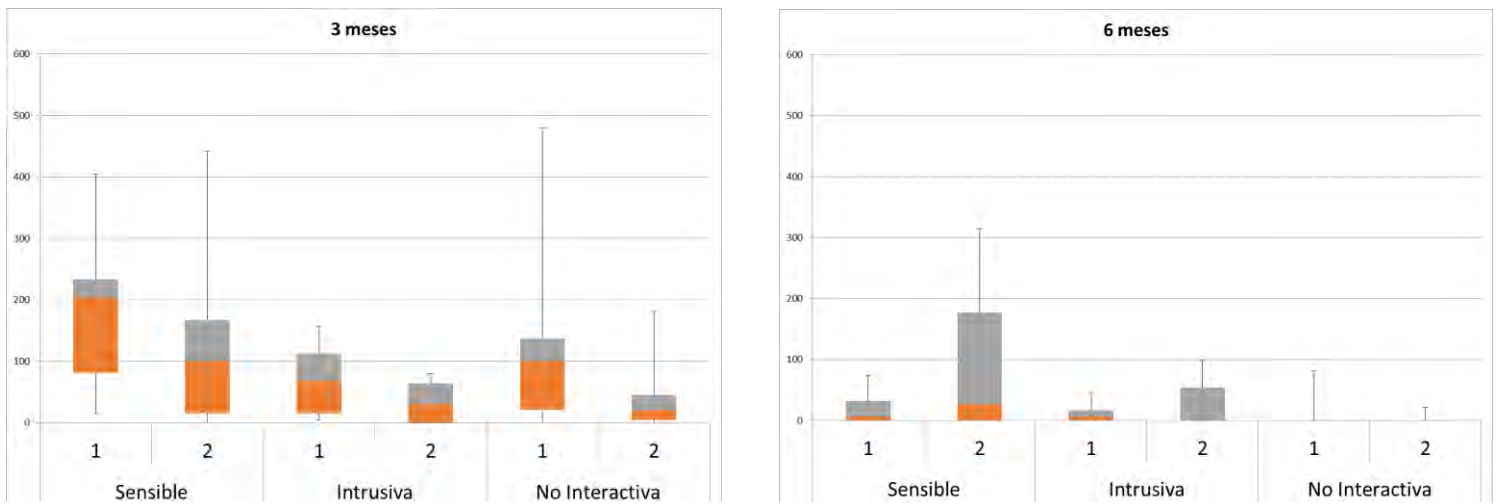
En el caso de la respuesta a juego solitario encontramos una mayor variabilidad en la respuesta materna.

Las madres muestran una conducta sensible positiva en cantidad mayor que otras conductas, sin embargo, la conducta intrusiva es evidente en los dos seguimientos, esto es, las madres interrumpen e invaden la actividad de los infantes, posiblemente para obtener su atención. La conducta intrusiva se incrementa en el segundo seguimiento, cuando los niños muestran una mayor propensión a tocar los juguetes y centrarse en las actividades lúdicas, dejando fuera de esta actividad a la madre. Este incremento es mayor en la muestra de pérdidas, al parecer estas mamás son menos tolerantes a la conducta no interactiva del

infante. En otros estudios (Crittenden, 1988), se considera la conducta intrusiva materna como una conducta no adecuada, en tanto interrumpe el curso de la conducta del infante.

La conducta no interactiva se presenta con mayor frecuencia en el caso de las mujeres con el antecedente de pérdida perinatal; teniendo en cuenta que se está hablando de la respuesta a la conducta de juego solitario, se puede explicar la presencia de conducta no interactiva, como parte del intercambio diádico. Esto es, al mostrar una baja interacción, la madre se “retira” de la interacción.

Gráfica 3. Frecuencia de respuesta materna a llanto e interacción negativa.



En el caso de la conducta de interacción negativa y llanto encontramos una mayor frecuencia de sensibilidad materna en el grupo de pérdidas en el primer seguimiento, sin embargo, también hay mayor intrusividad y conducta no interactiva, por parte de este grupo. De manera tal que, si bien son en términos generales más sensibles, al mismo tiempo tienden a mostrar conductas más inadecuadas como la intrusiva y la no interactiva.

La conducta no interactiva e intrusiva, como respuesta al llanto y a la interacción negativa, son de particular interés en este estudio, porque dan cuenta de una inadecuada

respuesta materna a las señales del infante. Especialmente en el caso de la conducta no interactiva, ya que es en esta interacción del infante en que se requiere de una sensibilidad materna mayor, y es donde podemos observar una elevación y dispersión de los datos mayor en el caso de las mujeres con el antecedente de pérdidas perinatales.



## **Discusión**

### **Aspectos emocionales del embarazo**

En el marco teórico se planteó que la presencia de sintomatología, ansiosa, depresiva y de malestar psicológico tiende a elevarse durante el período del embarazo, fenómeno que se repitió en las mujeres participantes de este estudio. La presencia de sintomatología psicológica se redujo notablemente durante los seguimientos. En el caso de los grupos observados podría explicarse esto porque el embarazo como tal transcurre con una elevación de la sintomatología descrita (Martínez, 2002; Gómez y Aldana, 2007), además de que en el caso que nos atañe hablamos de embarazo de alto riesgo que implica el potencial de daño ya sea hacia la madre o el bebé con un pronóstico reservado (Donoso y Orazúm, 20012), que podría también incrementar la sintomatología.

Tomando en cuenta los criterios de exclusión, uno de ellos hacía referencia a la exclusión de niños nacidos prematuramente, con bajo peso o con alguna condición que requiriera hospitalización posterior al nacimiento, es de entender que los niveles de sintomatología disminuyeran, al tratarse de infantes en un buen estado de salud y terminar la condición de riesgo.

### **Pérdidas perinatales recurrentes y efectos durante el embarazo**

El grupo de mujeres con el antecedente de pérdidas presentaba entre dos y seis pérdidas de embarazo de tipo primario, ya que ninguna de ellas había logrado un embarazo a término.

De acuerdo con la literatura, es de esperar niveles más elevados de sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres con este antecedente, de acuerdo con lo reportado en estudios anteriores (Armstrong y Hutti, 1998; Cote-Arsenault y Mahlagan, 1999) hacia el final del período gestacional. Sin embargo, esto no se observó en el caso de los grupos estudiados, posiblemente la condición de alto riesgo en los dos grupos, explique por sí misma la presencia de sintomatología, ya que el embarazo de riesgo implica un riesgo de morbi mortalidad del feto, de la madre o ambos, riesgo presente en las mujeres que participaron en el estudio.

Respecto a la sintomatología posterior al embarazo, no se encontraron diferencias entre los grupos en lo que respecta a ansiedad, depresión y malestar. Estas variables no permiten diferenciar entre ambos grupos. Esto es, la presencia de estos síntomas es bastante parecida en ambos casos, por lo menos en lo que a los grupos estudiados respecta. Por tanto, es posible considerar que las diferencias observadas en los patrones interactivos se expliquen por algo diferente a la sintomatología de este tipo, como el antecedente de pérdida perinatal previa. Se observó un ligero incremento en el segundo seguimiento en lo que respecta a ansiedad estado, posiblemente, la convivencia con los infantes en esta etapa, incrementó la ansiedad en las mujeres. Esto se podría poner a prueba utilizando la escala de ansiedad rasgo- estado en mujeres con bebés de tres y seis meses de edad, para observar si esto se replica en estos casos, sin que se trate de mujeres con antecedente de embarazo de alto riesgo

### **Interacción infante-cuidador**

En lo que respecta a la frecuencia y las conductas individuales encontramos que la conducta sensible positiva, donde la madre se muestra sonriente y atenta a las señales del infante, es la de mayor ocurrencia en los dos grupos y en los dos seguimientos, por lo que se puede afirmar que es la conducta más frecuente. Por el lado de los infantes, la conducta de mayor frecuencia fue la interacción social positiva, donde muestra sonrisas y ruidos guturales dirigidos a la madre. Al observar los patrones de interacción encontramos que la ocurrencia de estas dos conductas predice la ocurrencia de la otra conducta por parte del compañero en interacción.

Las diferencias en las frecuencias de conductas observadas fueron estadísticamente significativas, y, de manera particular, se aprecia lo siguiente: en los dos seguimientos: que la conducta sensible positiva materna fue mayor en el grupo de no pérdidas, de manera tal manera que estas mujeres se mostraron más sensibles hacia sus bebés. Al mismo tiempo, los bebés del mismo grupo, exhibieron con una mayor frecuencia la conducta de interacción social positiva. Esto es, si bien puede ser un patrón de interacción esperado en la mayoría de las díadas, es aún más frecuente en el caso de la muestra de no pérdidas. En estudios previos, se ha encontrado una mayor sensibilidad en mujeres sin el antecedente de pérdida (Armstrong, Hutti, & Myers, 2009; Gaudet, 2010), al igual que en el presente, al parecer, la experiencia previa de pérdida perinatal de tipo primario puede haber tenido un impacto en la sensibilidad materna, dado que se se muestran menos sensibles, y las muestras son similares en otras variables tales como la sitomatología psicológica, el estatus socioeconómico y el apoyo social.

La conducta sensible negativa, caracterizada por el hecho de que la madre se percate de lo que sucede al infante (en ocasiones verbalizado por ellas), seguida de un enarcamiento de las cejas, tono de voz grave, regaños, etc., se presentó con mayor frecuencia en el primer seguimiento en el caso del grupo de pérdidas y en el segundo en el de no pérdidas. Esta conducta, si bien implica que la madre nota los deseos del bebé, no necesariamente es la adecuada, ya que, por lo general esta aparece como respuesta a la interacción negativa del bebé, y al llanto y no logra proveerle de herramientas para favorecer la regulación emocional, en tanto su respuesta es más bien aversiva. Este tipo de interacción interfiere en el establecimiento del “ciclo del ángel” (Papoušek, 2002) a que se hizo referencia, ya que el bebé recibe este tipo de respuesta, en lugar de ser acunado y arrullado por la madre para tranquilizarlo, provisión de regulación de los estados de ansiedad que se considera la base de la posterior capacidad autorregulatoria en los infantes (Bornstein & Tamis-LeMonda, 2010; Braungart-Ricker, Garwood, Powers, & Wang, 2001; Fonagy & Target, M., 2002; Raznozcyk, C., y otros, 2004).

### **Sensibilidad materna y sincronía en la interacción infante-cuidador**

Las frecuencias de la conducta intrusiva positiva, y protectora positiva, siguen un patrón similar al anterior, primero es mayor en el grupo de pérdidas y, al segundo seguimiento es mayor en el de no pérdidas.

Este cambio en la frecuencia puede explicarse primero por una disminución de la conducta sensible positiva en el segundo seguimiento, disminución que es más marcada en el caso del grupo de no pérdidas, de manera tal que se generó un cambio en el resto de las conductas. Es importante el notar que en los dos grupos se redujo la frecuencia de la

conducta sensible positiva, pero esta disminución fue mayor en el caso del grupo de no pérdidas.

Observando las interacciones en lo que respecta a estas conductas, se nota un patrón donde las conductas que interfieren con la actividad del bebé, como son la intrusión y la protección, las cuales se se muestran cuando el bebé exhibe una conducta no interactiva como juego y llanto. En el primer seguimiento la conducta intrusiva positiva en el grupo de pérdidas es seguida por una conducta de juego en los bebés y por pasividad en el de no pérdidas, conductas que puede denotar un ligero rechazo a la intrusión materna, al ser de tipo no interactivo. En el segundo seguimiento la pasividad mostrada por los infantes en el grupo de pérdidas es seguida por la intrusión de las madres, conducta que es seguida por el juego solitario que, al ser una conducta no interactiva, puede servir como medio para poner distancia entre los sujetos en interacción.

Siguiendo a Sassenfeld (2002), una madre que no sintoniza adecuadamente con su bebé, podrá forzar la interacción, aumentando la ansiedad del infante, o bien, responderá inadecuadamente y de manera no contingente a las señales del infante, permitiendo que el estrés en el infante se incremente por la falta de respuesta, o por lo inadecuado de la misma.

Por lo que respecta a la conducta sensible negativa esta se observa en la muestra de pérdidas asociada con interacción negativa en los dos seguimientos y con llanto en el primero. En el primer seguimiento no se presenta un retorno de la conducta, esto es, la conducta materna antecede a la del infante sin que esta reciba una respuesta específica del infante. En el segundo seguimiento, sin embargo, sí se observa una respuesta sensible

negativa materna a la interacción negativa del infante. Siendo conductas similares en valencia, la conducta materna sería no sensible, porque esta respuesta impide ayudar al infante a regular sus estados emocionales. Solomon y George (1999), arribaron a la conclusión de que las madres que no han resuelto sus traumas o pérdidas son menos sensibles y están menos atentas a las señales del infante relacionadas con el miedo. Al hablar de esta falta de resolución de las pérdidas, lo hicieron al haber determinado esto, utilizando la Entrevista de Apego Adulto. Madigan y cols, (2007) consideran probable que las mujeres que presentan este tipo de conductas no responsivas, están absortas en sus experiencias dolorosas, lo que obstaculiza la presencia de una respuesta adecuada a las señales de sus infantes, y, consideran, se relaciona con problemas posteriores de conducta en sus hijos.

Lo que llama la atención retornando al análisis de las frecuencias es que las conductas de valencia negativa se presentaron en los dos seguimientos con mucha mayor frecuencia en el grupo con antecedente de pérdidas perinatales. Incluso la conducta intrusiva negativa sólo se presentó en el grupo de pérdidas. Ahora bien, la conducta intrusiva negativa tuvo una ocurrencia bastante baja. Se observa entonces una conducta de mayor rechazo hacia el infante en el caso del grupo de pérdidas, mostrado por conductas tales como el ceño fruncido y el regaño, así como una manipulación un tanto más ruda de los infantes. Si bien, en ningún caso se observó por parte de las mujeres alguna conducta francamente agresiva, estas diferencias observadas podrían relacionarse con un riesgo mayor en este grupo de madres.(vg. Maltrato infantil, posterior).

Las conductas asociados a estas respuestas maternas fueron:, interacción negativa, llanto, juego solitario y pasividad, de tal manera que se puede decir que estas interacciones son sincrónicas en tanto se aparean con las del infante, son, sin embargo, ineficaces para que el infante logre la regulación emocional.

Los datos generados en el presente estudio indican una disminución en el caso de la población con antecedente de pérdida perinatal de conducta sensible negativa, de conductas intrusivas y de la conducta no interactiva. Es probable que la interacción cotidiana con los bebés haya incrementado sus niveles de sensibilidad y su eficacia en la respuesta a las señales de los infantes. Se podría aventurar una hipótesis en el sentido de que la condición de pérdida perinatal parece que incide negativamente en las interacciones de manera más marcada en los primeros tres meses de vida (Armstrong D. , 2002).

La conducta no interactiva fue mucho más frecuente en las mujeres con el antecedente de pérdidas perinatales, en los dos seguimientos. En el primer seguimiento, ocurría como respuesta al llanto, en la muestra de pérdidas y a la interacción negativa en el caso de la muestra de no pérdidas. Estas conductas de los infantes parecen tener un cariz aversivo que originaría la no interacción por parte de las madres.

### **Efectos de los estilos de interacción en el desarrollo infantil**

Teniendo en cuenta lo que se observó en el presente estudio, podemos plantear que, en los dos grupos que participaron, cuando la conducta del niño era de tipo interaccional positiva, frecuentemente era seguida de una conducta sensible positiva de las madres, pero no así en el caso de la conducta de juego solitario o de interacción negativa y/o llanto.

Cuando el niño muestra emociones positivas, la madre es sensible en la mayoría de los casos, conducta materna relacionada con un mejor pronóstico de desarrollo social en los infantes (Scaramella y Leve, 2004)

Sin embargo, por otro lado, encontramos en el caso de juego solitario un, incremento en ambos grupos de la intrusión materna, que no permite al niño explorar los juguetes y el entorno, además de que, en este caso, también se presentan conductas de valencia negativa, mismas que, de acuerdo con Scaramella y Leve (2004), se asocian con un mayor riesgo de desarrollo de problemas conductuales durante la niñez y adolescencia (Berlin, Cassidy, J., & Appleyard, K., 2008; Crittenden, 1988).

Lo anterior es más marcado aún en el caso de la conducta infantil de interacción negativa y llanto. ambos grupos mostraron mayor hostilidad en estos casos y, particularmente en el caso del grupo con el antecedente de pérdida perinatal, además se notó una elevación de la conducta no interactiva. De esta manera se genera el círculo vicioso al que Scaramella y Leve (2004) hicieron referencia, lo que constituye un elemento que nos lleva a prever un posible efecto adverso en el desarrollo de las relaciones del infante con su madre, no sólo en este período, sino a lo largo de la convivencia entre ambos.

Scaramella y Leve (2004), afirman que la conducta hostil del cuidador, incrementa la presencia de conductas difíciles en los infantes, lo que aumenta de nuevo la hostilidad. Y cuando la crianza se ha distinguido por ser severa, obstaculiza la adquisición de habilidades de autorregulación por parte del infante, lo que, parece puede ocasionar un déficit para establecer relaciones sociales adecuadas.



Los mismos autores afirman que es tarea de los padres el promover el desarrollo de estrategias autorregulatorias en los infantes, regulando el ambiente de manera tal que limitan la cantidad de excitación emocional en los infantes, cosa que, en muchos momentos no ocurrió en los grupos observados, como cuando las madres no respondían al llanto de los infantes, por lo que se incrementa el riesgo de que el desarrollo de las habilidades de autorregulación de los niños observados, llegue a ser por debajo de lo que se considera funcional. Finalmente, ya que las madres exhibieron respuestas emocionales negativas a las emociones negativas de los infantes, se esperaría que la efectividad de sus esfuerzos disciplinarios se vea reducida, y la reactividad de los niños se vea incrementada (Scaramella y Leve, 2004).

Por lo que se observó en el estudio, esto es la presencia de respuestas inadecuadas a las señales de los infantes, se puede pensar que, de acuerdo con las afirmaciones de Fonagy y Target (2002), las respuestas parentales obtenidas por los infantes, especialmente los pertenecientes al grupo con el antecedente de pérdidas podrían tener un efecto nocivo en el correcto etiquetamiento de sus estados internos y, por lo mismo, de la regulación emocional materna que es el antecedente de las capacidades de autorregulación.

### **Estilos interactivos y apego.**

Se mencionó con anterioridad que, de acuerdo con Isabella, (1993) las interacciones madre-infante van conformando patrones interactivos que contribuyen en buena medida al establecimiento de un patrón específico de apego. La sensibilidad materna, de este modo se asocia con frecuencia a la seguridad en el apego. La interpretación precisa, contingente y apropiada de la madre a las señales del infante, es un antecedente importante del

establecimiento de una relación segura. Por lo que se refiere a la interacción, las madres de los infantes seguros se involucran más con éstos, son más responsivas a sus señales, más apropiadas en las respuestas y más positivas que las madres de infantes inseguros (Isabella, 1993).

Tomando en cuenta lo observado en los grupos que participaron en el estudio, el establecimiento de dicha relación de apego seguro sería, entonces menos probable en el caso del grupo de pérdidas.

Millis-Koonce, Garipey, Popper, Suttons, Calkins, Moore, y Cox, (2007), afirman que el sistema de cuidados parentales debe alinearse a las necesidades del infante, que, de esta forma, utilizará a la madre como base segura para la exploración del medio, las mujeres observadas tenían dificultades para lograr sintonizar con las necesidades de los infantes. Se podría pensar que la situación de juego solitario, es un intento de exploración del entorno por parte del infante, y observamos que esta conducta es seguida con frecuencia por la conducta intrusiva materna. Puede ser que éste sea el patrón típico de las díadas, aunque cabe la posibilidad que la presencia de esta conducta sea un efecto de reactividad a la observación.

De nuevo, en un estudio previo Millis-Koonce, Garipey, Popper, Suttons, Calkins, Moore, y Cox, (2007), encontraron que las madres de los niños que desarrollaron un apego evitativo son más irritables, menos adaptables y menos autorreguladas, lo que las lleva a distanciarse de sus infantes, interacción que se observó con una frecuencia mucho mayor en el caso de la muestra de pérdidas.

En el texto de IACAPAP (2014), referido con anterioridad, se afirma que la sensibilidad de los padres hacia los infantes es fundamental para el desarrollo y predice el tipo específico de apego que se conformará posteriormente, así que, aun cuando no se determinó el patrón de apego de los niños al año de edad, podemos hipotetizar una presencia elevada de apego inseguro en los niños observados.

### **Antecedentes prenatales y apego**

Finalmente, en la revisión teórica del fenómeno que nos ocupa, se planteó que al parecer los antecedentes prenatales en las madres pueden influir en el establecimiento de las relaciones de apego.

En este sentido la investigación de Heller y Zeanah (1999) plantea que los patrones de apego de los niños nacidos subsecuentemente a una pérdida perinatal, tendían a ser de tipo inseguro-desorganizado en una proporción mayor a lo esperado estadísticamente.

Otros estudios han verificado que el temor presente en los padres que han sufrido un pérdida previa puede ser un evento que interfiere en la formación del apego con el nuevo bebé (Cote-Arsenault y Marsahll, 2000; Cote-Arsenault, Bidlack y Humm, 2001; O'Leary, 2004, Wallerstedt, Lilley y Baldwin, 2003).

Todo lo anterior ligado probablemente a un duelo no resuelto en los padres, y que, al parecer, puede ocasionar a que los hijos nacidos posteriormente a este evento sean más propensos a desarrollar la relación de apego desorganizado con ellos (Fonagy, 2000; Wallerstedt, Lilley y Baldwin, 2003).

En el caso este estudio podemos pensar en esta posibilidad, sin embargo, no se midió el duelo en las madres, ya que no era posible comparar el duelo perinatal en un grupo con el antecedente de pérdidas con el grupo sin dicho antecedente, a pesar de que existe una escala de duelo perinatal validada para la población mexicana en el Inper. No tenía sentido aplicarla al grupo sin pérdidas. Planteamos la posibilidad de realizar un estudio con mujeres con el antecedente de pérdida perinatal, midiendo el duelo perinatal y comparando los perfiles interaccionales de las mujeres de acuerdo con sus puntuaciones en esta escala.

Sin embargo, los datos obtenidos respecto a la falta de respuesta materna ante el llanto de los infantes en las interacciones observadas, con mayor aparición en el grupo de pérdidas, es congruente con los estudios reportados en el marco teórico, y este patrón interactivo es considerado como un antecedente importante del establecimiento de una relación de apego de tipo desorganizado.

Respecto a las diferencias con el paso del tiempo, es notorio que se observa una tendencia de las madres a mostrarse más sensibles en respuesta al llanto, cuando los bebés son más pequeños, posiblemente estén menos atentas al llanto cuando sus hijos son menores.

## Conclusiones

Se llevaron a cabo dos estudios sobre las características de mujeres con antecedentes de pérdidas perinatales y de mujeres con embarazo de alto riesgo, sin antecedentes de pérdida, en los cuales se analizaron cuestiones tales como: la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y la estructura secuencial y jerárquica de las interacciones madre-bebé de ambos grupos de mujeres. A continuación, se describen las conclusiones de dichos estudios.

Con relación a la sintomatología ansiosa, depresiva y malestar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Hubo una elevada incidencia de esta sintomatología en las mujeres embarazadas y no así en los seguimientos. El embarazo parece entonces asociarse a niveles más altos de esta sintomatología. Al parecer, sería bastante similar en ambos casos, posiblemente sea por la condición de tratarse de embarazos de alto riesgo, aunque se podría tratar de explicar de una manera más parsimoniosa, afirmando que esto sería similar en cualquier embarazo. Por lo anteriormente expuesto, se puede pensar que las diferencias observadas entre los dos grupos, no es debida a la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva.

La interacción madre infante observada aporta varias observaciones interesantes. La primera es que, en ambos grupos, la conducta de aproximación social positiva precedía con bastante frecuencia la conducta materna positiva, lo mismo sucedía con la conducta pasiva del infante. Esto es, en estos grupos, las madres se muestran sensibles ante las conductas del bebé que son de tipo afectuoso y que cumplen con lo que ella desea. Es fácil estar atento y responder de forma positiva a las emociones positivas de los demás. La sincronía

en estos casos es adecuada, cuando el bebé está tranquilo, deseando la interacción alegre y aceptando las iniciativas maternas. Este patrón interactivo ha sido observado con anterioridad por Cerezo, Trenado y Pons-Salvador (2006), aunque su estudio comparó interacciones en mujeres que tenían puntuaciones diferentes en un instrumento que medía los factores que afectan negativamente la parentalidad. Es probable que este patrón interactivo se repita en muy diversas condiciones, como se ha observado en el caso de mujeres con trastorno del estado de ánimo, que se asocia a una falta de respuesta materna a las señales infantiles como menciona Pauli-Putt (2008).

Respecto a la conducta materna, se observó una sensibilidad positiva mayor en las mujeres del grupo de no pérdidas, así como una menor sensibilidad negativa con respecto al grupo de pérdidas. Esto es, las mujeres participantes en este estudio sin el antecedente de pérdida perinatal, son más sensibles a sus bebés y responden de una manera más adecuada a los mismos. Fenómeno observado con anterioridad, donde la sensibilidad materna es menor en las mujeres con el antecedente de pérdida perinatal (Armstrong, 2004).

La conducta sensible positiva se presenta aparejada sólo con la conducta interactiva positiva, este par interactivo se considera como una señal de sincronía (Feldman, 2007). La conducta sensible positiva se asocia con la interacción positiva, de manera bidireccional, esto es, la madre es sensible a la interacción positiva del infante que responde a la sensibilidad positiva materna, lo que podría semejar al referido “ciclo del ángel” (Papousek, 2011). Durante el cual la danza interactiva es sincrónica y mutuamente satisfactoria. Sin embargo, este tipo de interacción no se mantiene todo el tiempo, como se observó en estas días y la conducta sensible materna no aparece cuando el niño presenta conductas no

interactivas o con una valencia negativa. Al no contar con datos que permitan comparar estas interacciones con las de mujeres con embarazos sin condición de riesgo, lo que se puede concluir es que, en el caso de mujeres con embarazo de alto riesgo, pacientes del INper, se encontró una baja sensibilidad materna ante las conductas no interactivas y de valencia negativa por parte de los infantes.

En esta ocasión la conducta sensible negativa materna muestra interacciones significativas en las dos muestras, junto con la conducta de interacción negativa en las dos muestras y con retorno sólo en el caso de la muestra de pérdidas, esto es, las mujeres con historia de pérdidas responden con una conducta análoga a la del infante, de manera tal que, en vez de regular los estados emocionales del mismo, presentan la misma emoción que ellos. En la muestra de no pérdidas, la conducta sensible negativa se asoció de manera bidireccional con el llanto, por lo que estas madres son inefectivas para regular los estados emocionales del infante.

La conducta sensible negativa se observa en la muestra de pérdidas asociada con interacción negativa en los dos seguimientos y con llanto en el primero. En el primer seguimiento no hay retorno de la conducta, esto es, la conducta materna antecede a la del infante sin que esta reciba una respuesta significativa de un tipo en particular. En el segundo seguimiento, sin embargo, sí se observa el retorno, manifestándose una respuesta sensible negativa materna como respuesta a la interacción negativa del infante. Siendo conductas similares en valencia, la conducta materna sería no sensible, porque esta respuesta impide ayudar al infante a regular sus estados emocionales. Solomon y George (1999), arribaron a la conclusión de que las madres que no han resuelto sus traumas o

pérdidas son menos sensibles y están menos atentas a las señales del infante relacionadas con el miedo. Madigan et al., (2007) consideran probable que las mujeres que presentan este tipo de conductas están absortas en sus experiencias dolorosas y que esto es lo que impide que respondan de manera adecuada a las señales de sus infantes, y que, observaron, esto se relaciona con problemas posteriores de conducta en sus hijos.

Las conductas sensible negativa e intrusiva negativa sólo aparecen en el caso de la población de pérdidas, es posible que esta condición disminuya la sensibilidad materna a las señales del infante, que responde mostrando las conductas de Interacción negativa y Llanto como respuesta a esta conducta materna. En el 2005, Kaitz y cols., encontraron que las mujeres con presencia de sintomatología ansiosa, tendían a mostrar una conducta intrusiva ansiosa que se incrementaba con los infantes estresados. Aquí, la conducta antecedente era la intrusiva, en este caso, entonces, la conducta materna, sería el antecedente de la respuesta de los infantes.

La conducta intrusiva positiva es seguida por el juego solitario en las mujeres con el antecedente de pérdidas y por pasividad en la muestra de no pérdidas, en el primer caso se habla de una conducta no interactiva por parte del infante, fenómeno observado por Crittenden (1988), como una respuesta típica del infante a la intrusión materna. En el segundo caso (respuesta pasiva), se trata de una conducta donde el infante actúa de acuerdo con lo que su madre indica, pero sin involucrarse activamente en la conducta, esto es, de alguna manera es poco activo en esta interacción.

Se observa también que las conductas intrusiva y protectora, que interfieren con la actividad del bebé, obtienen respuestas diferentes a la interacción positiva, esto es, los



infantes, en lugar de sentirse atraídos hacia la figura materna, muestran conductas que manifiestan el rechazo hacia la intrusión materna. Cerezo, Pons-Salvador y Trenado (2011), afirman que la conducta intrusiva materna responde más al interés de la madre, que, a las necesidades del infante, de manera tal que el aparente rechazo del infante a dichas conductas puede explicarse como resultado de haber recibido una respuesta que no les agrada.

La conducta intrusiva negativa sólo se observó en el caso de pérdidas perinatales, la conducta intrusiva se ha asociado a la ansiedad (Zellkowitz, Barden, y Papageorgiuo, 2007) y la ansiedad es también frecuentemente observada en mujeres que han sufrido pérdidas perinatales (Gaudet, 2010). Sin embargo, las puntuaciones obtenidas en el IDARE no corroboran estas observaciones en este grupo en particular. Es posible que exista ansiedad y que el instrumento que se utilizó no haya sido lo suficientemente sensible para detectarlo, o bien, no hay presencia de ansiedad y la conducta observada se debe a una variable que no se ha considerado.

La conducta protectora positiva se presentó en la muestra de no pérdidas y fue seguida por el juego solitario. Al referirse a la seguridad mostrada por el infante, Bowlby (1988), refiere que la conducta exploratoria puede darse cuando el infante se siente protegido por la figura materna, posiblemente por esto los infantes de este grupo muestran conducta no interactiva ante la conducta protectora materna.

La conducta protectora negativa sólo se observó en el grupo de pérdidas y fue seguida en todas las ocasiones por la conducta de juego solitario. Esto es, la protección recibida por parte de la figura materna, con exhibición de afecto negativo, genera una

respuesta no interactiva de parte del infante. El infante parece percibir esta conducta como un estímulo aversivo y actúa en consecuencia.

En línea con lo anterior cabe notar que la conducta no interactiva materna se asocia con un ligero incremento de la conducta de interacción social en los infantes. Los infantes de este grupo, por tanto, buscan más la respuesta materna cuando perciben que esta no les hace caso. Esto sucede principalmente en el grupo de pérdidas.

También en el caso de conducta no interactiva, encontramos una mayor incidencia en la población de pérdidas, esta conducta no interactiva es seguida por una conducta no interactiva en el infante y por llanto que elicitó la conducta no interactiva en este grupo, conducta reportada por Madigan y cols., (2007), lo que interpretan como errores en la comunicación afectiva y como una falla en la respuesta efectiva a las señales del infante. Asimismo, Crawford y Benoit (2009) mencionan que las mujeres con antecedentes de pérdidas perinatales tienden a mostrar un patrón de respuesta anómalo a las señales del infante, caracterizado por quedarse absortas en sus pensamientos, al tiempo que interactúan con sus infantes. Esta interacción se ha observado en mujeres con el antecedente de pérdida perinatal, y se asocia también con estado de ánimo depresivo en las mujeres. Zeanah, Benoit, y Barton. (1995), encontraron este tipo de conductas en mujeres con antecedentes de pérdida perinatal y asociaron esta conducta con el posterior desarrollo de un apego de tipo desorganizado.

La falta de respuesta materna o conducta no interactiva, fue mayor en los estados negativos, llantos y quejas infantiles, en el caso del grupo con pérdidas previas. Esto es, justo donde se considera de mayor importancia la interpretación adecuada y respuesta

contingente materna a las señales del infante, para el desarrollo de la capacidad de autorregulación posterior del infante, es donde se encuentra una dificultad mayor en el grupo mencionado. Esto, entonces, se relacionaría con el desarrollo de un patrón de apego desorganizado.

Respecto a los patrones interactivos, las mujeres que pertenecen al grupo de pérdidas muestran una mayor sensibilidad negativa, más conductas intrusivas y una tendencia más acentuada hacia la conducta no interactiva. Estas conductas pueden ser la razón por la cual los infantes de este grupo muestran una menor tendencia a la interacción negativa y al llanto, la falta de respuesta materna puede haber inhibido estas conductas, mientras que podría ser que la conducta pasiva de los niños y la interacción positiva sean reforzadas por las madres. De esta manera, la capacidad de regulación emocional y de reparación de las interacciones (2002), parece no ser la adecuada.

En este sentido, posiblemente los infantes del segundo grupo (no pérdidas) han encontrado respuestas más sensibles de sus madres al mostrar conductas tales como el llanto y la interacción negativa, de manera tal que estas conductas no habrían sido objeto de reforzamiento negativo de las mismas, siendo atendidos por las madres cuando las presentaban.

Si tenemos en cuenta los hallazgos de Tronick y cols (1978), en el sentido de que la falta de respuesta materna a las señales del infante, ocasiona un estrés considerable en el mismo, y teniendo en cuenta de que uno de los indicadores de conducta no interactiva es la falta de respuesta al llanto e incomodidad del infante, podemos explicar la disminución de las respuestas de llanto y de interacción negativa hacia la figura materna.

Cuando los infantes mostraron patrones de interacción negativa, se observó un incremento en la respuesta sensible negativa (por ejemplo, ligeros regaños, fruncimiento de ceño, tono de voz enérgico), por parte de las madres, lo mismo ocurrió con el llanto; lo que indica una falla en la provisión de regulación emocional por parte de estas mujeres.

Sassenfeld (2002) afirma que las madres sensibles modulan los estados emocionales del infante, permitiendo así la regulación emocional. En el caso que se describe, se observó una falla en este sentido en los dos grupos observados. En lugar de regular las emociones de sus infantes, estas mujeres tienden a generar una exacerbación de los estados emocionales negativos al carecer de la habilidad para ayudar al infante a regular sus emociones. Este resultado es congruente con otros estudios realizados en mujeres con el antecedente de pérdida perinatal (Armstrong D. , 2004 ; Armstrong D, 2002; Beutel, Deckardt, R., Von Rad, M., & Weinerr, H, 1995)

En los dos grupos observados, la regulación emocional dista de lo que los autores revisados han señalado como óptimo. Cuando los infantes lloraban o mostraban interacciones negativas, las madres respondían de muchas maneras, pero no de manera sensible positiva, que sería lo ideal en estos casos.

Cuando los bebés exploraban juguetes, estas conductas eran inhibidas por la intrusión materna, de manera que, como en el estudio observacional de Cerezo Trenado y Pons-Salvador (2006), respondían más a sus propios intereses que al interés de sus infantes. Ahora bien, es posible que esta conducta sea en parte ocasionada por el deseo de causar una buena impresión al observador, se les dio la instrucción de jugar con los niños

10 minutos y, posiblemente consideraban que, si no intervenían en el juego del niño, serían juzgadas como “malas” madres.

De esta manera, observamos que existe un patrón interactivo inadecuado en los dos grupos, y que esta inadecuación es aún mayor en el caso del grupo de pérdidas. Si bien estas observaciones coinciden con la revisión de la literatura en el sentido de los efectos potencialmente nocivos para el desarrollo de las relaciones madre infante, del antecedente de pérdidas perinatales previas, se deben realizar ciertas precisiones.

La primera; la mayoría de los estudios realizados se han llevado a cabo con muestras en donde las mujeres presentan pérdidas de embarazo de tipo primario, esto es que no han tenido hijos con anterioridad (Armstrong & Hutti, M., 1998; Armstrong, Hutti, & Myers, 2009; Cote Arsenault & Mahlangu, N., 1989; Heller & Zeanah, C., 1999), por lo que no necesariamente ocurre lo mismo en todos los embarazos posteriores a una pérdida. No se puede arribar a conclusiones, cuando podrían haber otras variables extrañas que no se han considerado.

Segundo, se considera que el patrón de interacción marcado por la falta de respuesta materna a las señales infantiles, se relacionaría con un patrón de apego de tipo desorganizado en las madres (Lyons-Ruth & Jacobvitz, D., 2008), que se asocia con la no resolución no exitosa de procesos de duelo, sin embargo, no se determinó la presencia de duelo en estas mujeres y, siendo un grupo con antecedente de pérdidas y otro sin tal antecedente, no era posible compararlas, aún midiendo el duelo perinatal. Aun más, el duelo podría estar presente en la otra muestra por otros motivos, de manera que no fue posible tomar en cuenta esta variable que podría tener relación con el fenómeno observado.

La precaución que se tomó respecto al duelo se relaciona con el criterio de inclusión que determinaba que el tiempo transcurrido desde la última pérdida perinatal, fuera mayor a un año, de manera que era de esperarse que el duelo hubiera concluido, por lo menos en la fase más elevada del mismo.

Tercero, podría haber alguna variable que no se consideró y que podría explicar mejor las diferencias, como podría ser la autoeficacia materna. O bien que exista una variable que medie entre la pérdida y el patrón de interacción, esto es, que al sumarse al antecedente de pérdida perinatal, de como resultado el patrón de interacción observado.

Cuarto, al tratarse de mujeres con embarazos de alto riesgo, esto implica en todos los casos un riesgo para la madre, el bebé o ambos, condición que podría explicar lo inadecuado de los patrones interactivos, pero al no tener un grupo de comparación de mujeres con embarazos sin riesgo, es difícil saber si esto es así o si los patrones observados son más bien típicos en las mujeres mexicanas con características sociodemográficas similares.

### **Recomendaciones**

Desafortunadamente, la ausencia de un grupo de comparación de díadas sin historia de embarazo de alto riesgo. en el presente estudio no permite determinar si los patrones interaccionales observados son específicos de las díadas con historia de embarazo de alto riesgo, o son comunes en la población mexicana, por lo que se sugiere hacer la comparación pertinente.

Por otra parte, si este proceso puede ser replicable, podría auxiliar en el diseño de intervenciones dirigidas a manipular las cuatro variables Interacción social positiva, Juego, sensible positiva Sensible positiva Sensible positiva Sensible positiva Protectora positiva.

Los antecedentes revisados en el marco teórico, enfatizan la importancia de la interacción temprana el desarrollo psicoemocional y cognitivo de los infantes, por lo que estudios que permiten delimitar riesgos en este respecto, contribuirían a un mejor desarrollo de los infantes. Se considera que los patrones interactivos se tienden a generalizar, influyendo de manera importante en el patrón de apego específico que establecerá el infante (Crittenden, 1988) de manera que el estudio de la interacción, permite acercarnos al fenómeno del apego infantil. Desde los estudios de Ainsworth, (1969), se ha abordado la sensibilidad materna como un aspecto determinante del apego temprano, de manera que, por el momento, y revisando los resultados, podemos pensar que en los niños de estos grupos, es probable que se de una incidencia más elevada de apego inseguro.

En el campo de salud, se habla constantemente de la importancia de privilegiar la prevención sobre el tratamiento. En este sentido la utilidad de este estudio radica en el empleo de la metodología observacional para la examinación de la inadecuada interacción temprana, para poder corregirla, en lugar de dejar que continúe el problema. En vista de los resultados obtenidos cabe pensar en la pertinencia de realizar observaciones de las interacciones, como parte de un seguimiento de rutina, especialmente si se consideran las dificultades que han presentado las mujeres con embarazos de alto riesgo, el alto costo emocional y económico que resulta de sus embarazos, merece el esfuerzo de realizar al menos un seguimiento donde se observe la interacción y se pueda dar retroalimentación a

las mujeres respecto a la posibilidad de mejorar sus interacciones, cuando así proceda. En este mismo sentido, se ha encontrado que la seguridad en el apego se ha relacionado con la respuesta sensible materna, y la presencia de un patrón de apego seguro parece tener una relación con el entrenamiento de los cuidadores con respecto a la manera en que responden a sus infantes (Dickerson Peck, 2010).

Scaramella y Leve (2004) afirman que las madres a quienes se les enseña a responder de manera adecuada a las señales y emociones de sus infantes de manera consistente y sin mostrar emociones negativas como respuesta a ellos, tenían hijos que posteriormente mostraron una reducción en respuestas negativas con el tiempo, esto es, que la habilidad de los padres para regular los estados emocionales de sus hijos, parece incrementar las habilidades autorregulatorias en los infantes.

También sería recomendable realizar una medición específica de sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo y posterior al mismo, para poder llevar a cabo intervenciones oportunas que reduzcan la incidencia de éstas y, por tanto, mejoren las condiciones vitales de las madres y se optimicen sus capacidades de respuesta hacia sus infantes.

Es decir, a nivel práctico, los resultados obtenidos, aunque preliminares, pueden orientar líneas de actuación en programas que trabajen a nivel de interacción temprana y de prácticas de crianza de los cuidadores primarios de los niños.

Además de lo anterior, sería pertinente la elaboración de un sistema de observación de las interacciones momento a momento madre-infante, específico para la población



mexicana, que permita una mejor clasificación de las conductas de los integrantes de la diada, de una manera clara y precisa.

### **Limitaciones**

En lo que se refiere a las limitaciones del estudio se puede mencionar, Desafortunadamente, la ausencia de un grupo de comparación de diadas sin historia de embarazo de alto riesgo. en el presente estudio no permite determinar si estos patrones son específicos de las diadas con historia de embarazo de alto riesgo., por lo que se sugiere hacer la comparación pertinente. Es decir, la falta de un grupo de madres con un embarazo normal, que no implicara riesgo y permitiera observar si existen diferencias entre mujeres con y sin embarazos de riesgo. El principal problema a este respecto es encontrar un grupo de comparación, sin el antecedente de pérdidas que sea similar a los grupos observados en los demás aspectos, como nivel socioeconómico y apoyo social

La población se concretó en las pacientes del Inper y, por tanto, los resultados no pueden ser generalizados, sólo se aplican a los grupos observados.

Las diferencias observadas entre los dos grupos, podrían deberse a alguna variable no considerada, aunque posiblemente relacionada con el antecedente de pérdidas perinatales, como podría ser el duelo, o la autoeficacia materna.

El seguimiento se realizó en tan sólo 12 diadas, por tanto, a pesar de que la cantidad de datos obtenidos por la naturaleza de las observaciones permitió un buen manejo estadístico de los mismos, se necesitaría replicar el estudio para observar si las tendencias son análogas.

Otra limitación es que no es posible saber qué ocurre en los casos donde el apoyo social brilla por su ausencia, ya que uno de los criterios de inclusión era que la mujer contara con algún apoyo social reconocido.

### **Líneas de investigación a partir del presente estudio.**

En primer lugar, se considera importante la posibilidad de encontrar o de elaborar un instrumento que permita medir el duelo en mujeres embarazadas, para poder tener un control sobre esta variable .

En segundo lugar, no se controló el factor del temperamento infantil, y sería posible que las diferencias halladas se debieran a los distintos temperamentos de los infantes

En tercer lugar, la autoeficacia materna tampoco fue estudiada, siendo una variable que podría ser también de peso en la interacción diádica temprana.

Finalmente, tal vez exista además una influencia de los estilos de crianza maternos, que tampoco fueron considerados en este estudio.

Por tanto se considera recomendable realizar un estudio análogo al presente midiendo duelo, autoeficacia materna, temperamento y estilos de crianza maternos, para controlar u observar el posible efecto de estas variables.

A partir de los estudios realizados tomando en cuenta la Teoría del apego, sería importante contar con un instrumento validado, confiable y accesible para medir el apego materno y observar su relación con las interacciones madre-infante.

Además, podrían realizarse un estudio donde no solo se observarían las interacciones, sino que se realizara una intervención con el fin de favorecer las competencias maternas y observar si dichas intervenciones han servido para incrementar los niveles de eficacia materna.

En resumen este estudio mostró interesantes relaciones secuenciales entre conductas de bebés de tres y seis meses y las reacciones inmediatas de la madre, captadas mediante la codificación observacional. La conducta el bebé se mostró funcional en obtener ciertas reacciones maternas y la variable clasificatoria, grupo de madres con historia de pérdidas perinatales, obtuvo efectos diferenciales sobre la interacción diádica..

La conducta del bebé se mostró funcional en obtener ciertas reacciones maternas. la falta de respuesta materna ante el llanto de los infantes en las interacciones observadas, con mayor aparición en el grupo de pérdidas, es congruente con los estudios reportados en el marco teórico, y este patrón interactivo es considerado como un antecedente importante del establecimiento de una relación de apego de tipo desorganizado.

## Referencias

- Academia Americana de Pediatría. (2001). *El cuidado de su hijo pequeño: desde que nace hasta los cinco años*. (S. P. M.D., Ed., & s. García-Tornell Florensa, Trad.) Barcelona: American Academy of Pediatrics.
- Ainsworth, M. (1969). Maternal sensitivity scales: the Baltimore Longitudinal Project. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de [http://scholar.google.com.mx/scholar\\_url?url=http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/maternal%2520sensitivity%2520scales.pdf&hl=en&sa=X&scisig=AAGBfm1BL9lv2NrPhEHTmefLJMygQRtqpg&nossl=1&oi=scholar&ei=F5gyVav4JdHdoASwyYGgAg&ved=0CBwQg](http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/maternal%2520sensitivity%2520scales.pdf&hl=en&sa=X&scisig=AAGBfm1BL9lv2NrPhEHTmefLJMygQRtqpg&nossl=1&oi=scholar&ei=F5gyVav4JdHdoASwyYGgAg&ved=0CBwQg)
- Allen, J. (2008). The attachment system in adolescence. En J. Cassidy, & Shaver, P., *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pág. 1020). Guilford Press.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). Management of recurrent early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology and obstetrics*, 78(2), 179-190.
- Anguera Argilaga, M. (1983). *Manual de prácticas de observación*. DF, México: Trillas.
- Armstrong, D. (2002). Emotional distress and prenatal attachment after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339-345. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x
- Armstrong, D. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 339-343.
- Armstrong, D. (2004). Impact of perinatal loss in subsequent pregnancies. *Journal of Obstetrics Gynecology*.(33), 765-773.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 27(3), 183-189. doi:10.1177/0884217504270714
- Armstrong, D., Hutti, M., & Myers, J. (2009). The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy child. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(6), 654-666. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x
- Bakeman, R., & Gottman, J. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid, España: Morata.
- Baumird, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Child development*, 37, 887-907.
- Berlin, L., Cassidy, J., & Appleyard, K. (2008). The influences of early attachments on other relationships. En J. Cassidy, & Shaver, P., *Handbook of attachment: Theory, reserach and clinical applications*. (Second ed., pág. 1020). US: Guilford Press.
- Beutel, M., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weinerr, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents and course. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 517-526.
- Bornstein, M., & Tamis-Lemonda, C. (2010). Parent-infant interaction. En G. Brenner, & T. Wachs (Edits.), *The Willey-Blackwell handbook of infant development* (Vol. 1). US: Wiley-Blackwell.
- Bowlby, J. (1951). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanitas.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. México: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Braungart-Ricker, J., Garwood, M., Powers, B., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: predictors of later attachment. *Child Develpoment*, 72(1), 252-270.

- Brazelton, B., & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego infantil*. Barcelona, España: Paidós.
- Calderón, J., Vega, G., Velázquez, J., Morales, R., & Vega, A. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del IMSS*, 43(4), 339-342. Recuperado el 2013
- Cantwell, R., & Cox, J. (2003). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynecology*(13), 7-13. doi:10.1054/cuog.2003.0301available online at <http://www.idealibrary.com>
- Casellas, C., & Milner, J. (2000). Evaluations of child trasgressions disciplinary choices, and expected child compliance in a no cry and crying infant condition, in physically abusive and comparison mothers. *Child abuse and neglect*, 24(3), 477-491.
- Censullo, M., Bowler, R., Lester, B., & Brazelton, B. (1987). An instrument for the measurement of infant-adult synchrony. *Nursing Research*, 36(4), 244-248.
- Cerezo, M., T., & Pons-Salvador, G. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente e la parentalidad. *Psicothema*, 18(3), 544-550.
- Cerezo, M., Pons-Salvador, G., & Trenado, R. (2011). La cualidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocial. *Acción Psicológica*, 8(2), 9-25.
- Cherbenak, F., Mc Cullough, L., Brent, R., Levene, M., & Arabin, B. (2013). Planned home birth: the professional responsibility response. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 31-38. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.002>
- Chung, T., Tze, K. Lau, F., Alexander, M., Mrcog, Y., Chiu, H., & Lee, D. (2001). Antepartum depressive Symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcome. (A. p. society, Ed.) *Psychosomatic Medicine*(63), 830-834. doi:0033-3174/01/6305-0830
- Coleman, P., Maxey, C., Rue, V., & Coyle, C. (2005). Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low-income mothers. *Acta paediatrica*, 94(10), 1476-1483. doi:10.1080/08035250510042960
- Comité Consultivo Nacional de Normalización de los Servicios de Salud. (1995). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Diario Oficial de la Federación*.
- Cote Arsenault, D., & Mahlangu, N. (1989). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: Women's experiences. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28(1), 274-282. doi:10.1111/j.1555.6909.1999.tb01997.x
- Cote Arsenault, D., Donato, S., & y Earl, K. (2006). Watching and worrying: Early pregnancy after loss experiences. *Maternal Child Nursing*, 31(6), 356-363.
- Cote-Arsenault, D., & y Marshal, R. (2000). One foot in-one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing*, 26(3), 473-485.
- Cote-Arsenault, D., Bidlack, D., & Humm, A. (2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *Maternal Child Nursing and Health*, 26(3), 128-134.
- Cogle, J., Reardon, D., & y Coleman, P. (2003). Depression Associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor*, 9(4), 157-164.
- Cramer, D., & Wise, L. (2000). The epidemiology of recurrent pregnancy loss. *Seminars in Reproductive Medicine*, 18(4), 331-340.
- Crawford, A., & Benoit, D. (2009). Caregiver's disrupted representations of the unborn child predict later infant-caregiver disorganised attachment and disrupted interactions. *Infant Mental Health Journal*, 30(2), 124-144.

- Crittenden, P. (1988). Relationships at risk. En J. Belsky, & T. Nezworsky, *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Elbaum associates.
- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mother's perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554. doi:10.1002/imhj.20197
- Dickerson Peck, S. (2010). Measuring sensitivity moment by moment: a micoranalytc look at the transmission of attachment. *Attachment and human development.*, 5(1), 38-63. doi:10.1080/141673031000078661
- Donoso, B. B., & Oryazúm, E. E. (2012). Embarazo de Alto Riesgo. (Medwave, Ed.) *Páctica Clínica*, XII(5). doi:http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5429
- Durand, M., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología un enfoque integral de la psicología anormal* (Cuarta ed.). México: Cengage.
- Erikson, E. (1963). Las ocho edades del hombre. En E. Erikson, *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Esser, G., Sccheven, A., Petrova, A., Laucht, M., & Schmidt, M. (1989). The Mannheim rating sacle for the assesment of mother-child interaction in infancy. *Z Kinder Juqendpsychiatr*, 17(4), 185-193.
- Fafouti-Milencović, M. y. (1979). The mother infant communication sistem. *New Directions for Child Development*, 41-56.
- Fava, G. M., Ferrero, C., & Mussico, M. (2000). Parent-child synchrony of interaction. En P. Crittenden, & Hart, A., *The organization of attachment relationships* (pág. 432). USA: Cambridge University Press.
- Feeney, J., & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Desclée de Brouwer.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; pishiological precursors. developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3/4), 329-354.
- Fogel, A. (1977). Temporal organzation in mother-infant face to face interaction. En H. Schaffer, *Sudies in mother-infant interaction*. London: Academic press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. doi:10.1080/07351692209348990
- Fonagy, P., Greogerly, G., & Target, M. (2007). The parent-inafnt dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psichiary*, 48(3/4), 288-328. doi:IV.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Franche, R.-L., & Bulow, C. (1999). The impact of a subsequent pregnancy on grief and emotional adujtment following a perinatal loss. *Infant Mental Health*, 20, 175-187.
- Franzog, T., & Mrcog, H. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-834. doi:0033-3174/01/6305-0830
- Gaudet, C. (2010). Pregnancy ater perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240-251. Recuperado el 2012
- Goldberg, V., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Pshychological Medicine*, 9, 139-145.
- Gómez López, M. E., & Aldana Calva, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61. Recuperado el 2010
- González, W., Exebio, M., Geng, A., Limas, M., & Zegarra, N. (1997). Factores etiológicos implicados en el aborto recurrente. *Ginecología y Obstetricia*, 43(1), 51-55.

- Gyoerkoe, K., & Viegartz, P. (2009). *The pregnancy and postpartum anxiety workbook: Practical skills to make you overcome anxiety, worry, panic attacks, obsessions and compulsions*. Oakland, California, USA: New Harbinger Publications, Inc. Retrieved from [http://books.google.com.mx/books?id=Ej5uC4sEe6oC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=Ej5uC4sEe6oC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Hayes, B., Muller, R., & y Bradley, B. (2001). Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparous. *Birth*(28), 28-35.
- Heller, S., & Zeanah, C. (1999). Attachment disturbance in infants born subsequent to a perinatal loss: a pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 188-199. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199922)
- Henning, A, & Striano, T. (2011). Infant and maternal sensitivity to the interpersonal timing. *Child Development*, 82(3), 916-931. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01574.x
- Hoghighi, M., & Long, N. (s.f.). *Hamdbook of prenting:theory and research for practice*. London: Sage.
- Huges, P., Turton, P., Hopper, E., Mc Gauley, G., & y Fonaggy, P. (2001). Disorganized attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.*, 42(6), 791-801.
- IACAPAP. (2014). *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (J. Rey, Ed.) Geneva, Suiza: IACAPAP.
- Isabella, R. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behaviors across the first year. *Child Development*, 64(2), 605-621. doi:10.1111/j.1467-8624.1993.tb.02931.x
- Jaslow, C., Carmey, J., & Kutteh, W. (2010). Diagnostic factors identified in 1020 women with two, versus three or more pregnancy losses. *Fertility and sterility*, 93(4), 1234-1243. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.01.166
- Joffre Velásquez, V. M., García Maldonado, G., Lin Ochoa, D., & Cruz Torres, L. (2007). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(34), 40-47.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kaitz, M., & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: an integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570-597. doi:10.1002/imhj.20069/MaternalAnxiety
- Kossakowska, P., & y Waleckka, M. (2007). Psychological causative factors in postpartum depression amongst women with normal and high risk pregnancies. *Ginekologia Polska*(78), 544-548.
- Kuller, J.A., & Katz,V.A. (1994). Miscarriage: A historical perspective. *Birth*, 21(4), 227-228. doi:10.1111/j.1523.536x.11994.tb00535.x
- Kurki, T., Hilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95(4), 487-490. doi:0029-7844/00/\$20
- Levine, J., Branch, D.W., & Rauch, J. . (2002). The antiphospholipid syndrome. *New Engaln Journal of Medicine*, 346, 752-763. doi:10.1056/NEJMra002974
- Lewis, M., & Lee-Painter, S. (1974). An interactional approach to the mother-infant dyad. En M. Lewis, & M. Rossenblum, *The origins of behavior* (Vol. I). New York, USA: Wiley and sons.
- Lobel, M., Hamilton, J.G., & Canella, D.T. (2008). Psychosocial perspectives on pregnancy: prenatal maternal stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1600-1623.

- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. En Cassidy, J., & Shaver, P., *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, US: Guilford Press.
- Madigan, S., Moran, G., Shuengel, C., Pederson, D. R., & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganised attachment in infancy: links to toddler behavior problems. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(10), 1042-1050. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01805.x
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martínez, C., & Santelices, M. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psyche*, 14(11), 181-191. doi:10.4067/50718-22282005000100014
- Martínez, S. (2002). El embarazo. En Instituto Nacional de Perinatología, *Psicología de la reproducción humana*. DF: Trillas.
- Marvin, R., & Britner, P. (2008). Normative development: the ontogeny of attachment. En J. Cassidy, & P. Shaver, *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. (2 ed.). New York, US: Guilford Press.
- Mejía, H. (2000). Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 39(3), 104-117.
- Mills-Koonce, R., Garipey, J., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., & Moore, G. (2007). Infant-parent factors associated with early maternal sensitivity: a caregiver attachment systems approach. *Infant Behavior and Development*, 30, 114-126. doi:10.1016/j.infbbeh.2006.11.010
- Morales Carmona, F., & González Campillo, G. (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 y 2, 75-82.
- Moscoso, M. (Julio de 1998). Estrés, salud y emociones. *Revista de la facultad de psicología de la Universidad Mayor de San Marcos*, 2(2), 47-68.
- Nilsson, L., & Hamberger, L. (1990). *Nacer: la gran aventura*. España: Salvat.
- O'Leary, J., Parker, L., & y Thorwick, C. (1998). *After loss: parenting in the next pregnancy. A manual for professionals working with families in pregnancy following loss*. (A. N. Hospital, Ed.)
- Ortiz, S. (2007). Depresión materna. (Medwave, Ed.) *Atención Primaria*, 7(11). doi:10/5867/medwave.2007.11.1980
- Osorio-Amézquita, C., & Romero-Vázquez, A. (2005). Factores de riesgo asociados a mortalidad natal precoz. Hospital General Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez. *Salud en Tabasco*, 721-726.
- Papoušek, M. (2011). Resilience, strengths and regulatory capacities: hidden resources in developmental disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 29-46. doi:10.1002/imhj.20282
- Pauli-Pott, U. (2008). Mothers with depressive symptoms: cross-situational consistency and temporal stability of their parenting behavior. *Infant Behavior Development*, 31(4), 679-687. doi:10.1016/j.infbbeh.2008.04.010
- Pérez Rúa, Y. (s.f.). Embarazo de alto riesgo. En *Gestación, parto y recién nacido*. Recuperado el Febrero de 2015, de [www.ops.org.bo/textocompleto/nneo26524.pdf](http://www.ops.org.bo/textocompleto/nneo26524.pdf)
- Pesavento, F., Marconcini, E., & y Drago, D. (2005). Quality of life and depression in normal and high risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women and in high risk pregnancy. *Minerva Gynecological*, 57(4), 51-60.
- Propst, A., & Hill, J. (2000). Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Seminars on Reproductive Medicine*, 18(4), 341-350. doi:10.1055/s-2000-13723



- Raj, R., & Reagan, L. (2006). Recurrent Miscarriage. *Lancet*, 368, 601-611.
- Raznozcyk, C., Lapidus, A., Vardy, I., Leona-d-Delli, E, Silw, R, Umansky,E., . . . Zucci, A. (2004). Estudio de la expresividad emocional y la regulación en díadas madre-bebé durante el primer año de vida y su relación con la autoestima materna. En UBA, *XII Anuario de Investigaciones* (págs. 327-336).
- Reece, A., & Hobbins, J. (2009). *Obstetricia Clínica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Revilla Ahumada, L., Rios Álvarez, A., & Luna del Castillo, J. (2004). Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 33(8), 417-425.
- Reyna, B., & Picher, R. (2009). Mother-infant synchrony. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*(38), 470-477.
- Rodríguez, M. (2002). Avances y retos que establece el nacimiento de neonatos de alto riesgo: una aproximación psicológica. En Instituto Nacional de Perinatología., *Psicología de la reproducción humana* (pág. 208). DF, México: Trillas.
- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Pshysician*, 51, 1087-1091.
- Sánchez-Pichardo, M. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 147-150.
- Sassenfeld, A. (2002). Coordinación, disrupción y reparación: Patrones regulatorios básicos en la interacción temprana. 19. Recuperado el 2010, de [http://www.elcuerporelaconal.cl/articulos/coordinacion\\_disrupcion.pdf](http://www.elcuerporelaconal.cl/articulos/coordinacion_disrupcion.pdf)
- Scaramella, L., & Leve, L. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early cildhood coercion model. *Clinical child and family Pshychology Review*, 7(2), 89-107.
- Secretaría de Salud. (2002). *Prevención y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamiento técnico*. DF, México: Secretaría de Salud.
- Secretaria de Salud. (2012). Norma Oficcial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atencion de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. *Diario Oficial de la Federación*.
- Shreffler, K., Greil, A., & McQuillan, J. (2011). Pregnancy loss and distress among U.S. women. Council on family relations, Ed.) *Family Relations*, 60(3), 342-355. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00647.x
- Speroff, L., Glass, R., & Kase, N. (1999). *Clinical Gynecologic endocrinology and infertility*. Lippicott Williams and Wilkins.
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional: la organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press.
- Sroufe, A., & Fleeson, J. (1988). The coherence of family relationships. En Hinde, R.A., & Stevenson-Hinde, J., *Relationships between families: mutual influences* (pág. 412). Oxford University Press.
- Sruofe, A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 44, 1184-1199.
- Stepp, E., & Smith, J. (2003). *High risk pregnancy and delivery*. Mosby.
- Thun-Honhenstein, L., Wienerroither, C., Schrever, M., Seim, G., & Wienweeoither, H. (2008). Antenatal mental respresetations about the child and mother-infant interaction at three months postpartum. *European Child and Adolescent Psychiatry.*, 17(1), 9-19.
- Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 285-297.

- Trenado, R. (2011). Metodología docente, presencial y virtual aplicada al proceso de enseñanza-aprendizaje de un sistema de clasificación de la interacción familiar. *IX jornadas de xarses d'investigació en docència universitària 2011*, (pág. 11). Alicante. Recuperado el 2012, de <http://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes-2011/documentos/posters/184841.pdf>
- Trenado, R. M., Pons-Salvador, G., & Cerezo, M. A. (2014). Interacción temprana: evaluación del la fiabilidad del sistema observacional CITMI-R, versión inglesa. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, *19*(1), 29-42. Obtenido de <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/Rema>
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *17*(1), 1-13. doi:10.1016/S0002-7138(09)62273-1
- Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S., & Hughes, P. (2009). Vulnerability in children next-born after stillbirth: a case control follow up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(12), 1451-1458. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.0211.x
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C., & y. F. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*(178), 556-560. doi:10.1192/bjp.178.6.556
- Urdapilleta-Herrera, E. d., Sansores, R. H., Ramírez Venegas, A., Méndez-Guerrera, M., Lara-Rivas, A. G., Guzmán-Barragán, S. A., . . . Moreno-Countiño, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública de México*, *52*(2), 5120-5124.
- Van den Berg, M., & Glover, M. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*.(29), 237-258.
- Vázquez, M., Lartigue, T., & Cortés, J. (2005). Organización conductual de neonatos hijos de madres con trastornos del estado de ánimo. *Salud Mental*, *28*(5), 11-19.
- Velásquez, J., Manuel, V., Maldonado, G., Gerardo, Lin Ochoa, D., & Cruz Torres, L. (2007). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, *13*(34), 40-47.
- Vite, A., García, R., & Rosas, C. (2006). Sistema observacional de datos SOL-1. DF, México: Facultad de Psicología UNAM.
- Wallerstedt, C., Lilley, M., & Balwiin, K. (2003). Interconceptional counselling after perinatal and infant loss. *Journal of Obstetrics and Gynecological Neonatal Nursing*, *32*(4), 533-542. doi:10.1177/0884217503255264
- Wasserman, G. (1980). The nature and function of early mother-infant interaction. En Blum, B.L., *Psychological aspects of pregnancy* (pág. 380). N.Y.: Human Sciences Press.
- Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M., & y Henriksen, T. (2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. *An International Journal or Obstetrics and Gynecology*.(115), 882-885. doi:DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01734
- Zeanah, C. H., Benoit, D., & Barton. (1995). Clinical applications of parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*(4), 539-554.
- Zellkowitz, P., Barden, C., & Papageorgiuo, A. (2007). Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, *28*(3), 296-313. doi:10.1002/imhj.20137

