



INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave de incorporación UNAM 8951 – 25

UNA REVISIÓN TEÓRICA SOBRE EL EMBARAZO, LA
PARENTALIDAD Y EL DESARROLLO TEMPRANO

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

BETSABE LÓPEZ SANTOS

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA: IRMA MAGNOLIA RAMÍREZ GONZÁLEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

MTRO: FERNANDO HUADI MAJLUF MENDOZA

TEHUACÁN, PUEBLA, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por todas las oportunidades que me ha dado, por los caminos ya recorridos y por la nueva aventura que me espera, sé que a lo largo de la vida uno sueña en grande pero cuando Dios dispone los tiempos y los caminos se abren para lograr todo.

A mi madre, Esther Santos Ramírez, porque su trabajo constante, palabras de aliento y superación fueron y son siempre motivantes para seguir cada día soñando en grande. Muchas gracias por ser una madre ejemplar e incondicional, te amo.

A mis hermanos Mireya y Josué; son ejemplos de vida, de ser buenas personas, buenos profesionistas en la docencia y almas libres de la enseñanza, con todo mi cariño y esfuerzo porque sé que ustedes son piezas claves y fundamentales en mi vida, y que siempre me motivaron a superarme y a seguir soñando como ustedes.

A mi amada tía Carmen Santos, porque sé que ella creyó firmemente en que cada persona puede alcanzar sus sueños, y creyó en que yo podría ser una profesionista, gracias por contribuir a este logro siempre, con cariño hasta el cielo.

Dedicatoria

A César mi compañero de vida, porque sé que su apoyo es incondicional, sé que has estado dando lo mejor de ti para que nosotros como familia tengamos lo mejor y salgamos adelante, por ser firme e integro como ser humano, como profesional y como padre, gracias por todo.

A Renata mi hija, saberme madre es motivo de lucha diaria y de ejemplo, porque para mí no ha sido fácil, pero verte crecer cada día y enseñarme nuevas cosas generas en mi un sentimiento que no puedo explicar, pero es motivo para ser mejor y para siempre esforzarme más. Para Rebeca, que aún dentro de mí sé que el esfuerzo tiene que ser el doble y así lo intento hacer para ustedes. Los amo; mi pequeña gran familia. ♥

Índice general

Agradecimientos.....	1
Dedicatoria	1
Índice general.....	2
Índice de figuras	4
Índice de tablas.....	4
Resumen	5
Introducción	6
Justificación.....	9
Planteamiento del problema	11
1. Metodología propuesta	15
1.1. Objetivo general:	15
1.2. Objetivos específicos:	15
1.3. Pregunta de investigación:.....	15
1.4. Tipo de estudio.....	15
1.5. Diseño de estudio	17
1.6. Técnica e instrumento de investigación.....	19
2. Embarazo	21
2.1. Desarrollo prenatal.....	29
2.2. Las etapas del desarrollo prenatal.....	31
2.2.1. <i>Etapla germinal</i>	33
2.2.2. <i>Etapla embrionaria</i>	35
2.2.3. <i>Etapla fetal</i>	39
2.3. Alimentación y enfermedades de la gestante e influencias ambientales.....	44
2.4. Evaluación prenatal.....	50
2.5. Parto.....	53
2.5.1 <i>Clasificación del proceso de parto</i>	63
2.6. Puerperio	64
2.6.1 <i>Lactancia materna</i>	67
3. Parentalidad y desarrollo temprano del niño.....	76
3.1. Parentalidad.....	76
3.2. Desarrollo temprano	87
3.3. Apego.....	96

4. Conclusiones, limitaciones y sugerencias	118
4.1. Conclusiones.....	118
4.2. Limitaciones	118
4.3. Sugerencias.....	119
Referencias	120

Índice de figuras

Figura 1. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años por grupo de edad.....	13
Figura 2. Tipos de espermatozoide	23
Figura 3. Espermatogénesis y ovogénesis	25
Figura 4 . Desarrollo Temprano del cigoto al blastocito	32
Figura 5. De cigoto a blastocito implantado	34
Figura 6. Cuándo ocurren los defectos de nacimiento	37
Figura 7. Las tres etapas del parto.	56
Figura 8. Representación esquemática de la mama.....	70
Figura 9. Experimento clásico de Harry Harlow con monos Rhesus.....	101

Índice de tablas

Tabla 1. Primeros signos y síntomas del embarazo.....	28
Tabla 2. Desarrollo prenatal	43
Tabla 3. Técnicas de evaluación prenatal	52
Tabla 4. Escala de Apgar	59
Tabla 8. Cinco perspectivas sobre el estudio del desarrollo humano	90
Tabla 5. Las dimensiones del desarrollo humano.....	93
Tabla 6. Temas del estudio del ciclo de vida	95
Tabla 7. Definiciones del desarrollo humano	96
Tabla 10. Propuesta Categorical de los apegos.	116
Tabla 11. Potencialidades de resiliencia	117

Resumen

En la presente tesis se realiza una revisión teórica sobre el embarazo, conociendo gradualmente cada uno de los cambios físicos que mes a mes se presentan, al mismo tiempo se abordan los cambios psicológicos que experimentan hombres y mujeres en el proceso de la marentalidad y parentalidad, concluyendo con una revisión sobre el desarrollo temprano.

Se realiza una aproximación al concepto de embarazo, conociendo los cambios en el cuerpo de la mujer, hormonas que influyen en el proceso para llevar a cabo el desarrollo fisiológico del bebé; cómo es que se entera por primera vez de su embarazo una mujer y así iniciando una revolución de cambios en su cuerpo, desde la implantación, hasta el nacimiento y posteriormente al parto; tratando de regresar a la normalidad en él posparto, recuperarse de todos los cambios vivenciados y encontrándose o tratando de reencontrarse con un cuerpo completamente cambiado y con un bebé que necesita atención y cuidado, aprendiendo a llevar a cabo la maternidad /paternidad y creando lazos de parentalidad con un bebé que inicia su proceso de desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial.

¿Pero cómo se da este proceso, o cómo inicia? Aquí describiremos paso a paso, detalladamente el acontecimiento ya que es fascinante el proceso y que aún sigue siendo tema de estudio, ya que a medida que la tecnología avanza los procesos son más abiertos a ser explorados.

Palabras clave: embarazo, parto, puerperio, parentalidad y desarrollo temprano.

Introducción

El capítulo uno se centra en la metodología propuesta con la que se trabaja la presente tesis documental, la cual tiene por objetivo general describir los cambios que experimentan las madres y padres primerizos a partir del ejercicio de su parentalidad, es un trabajo de investigación cualitativa, descriptiva, basada en la investigación documental.

Respecto al contenido de esta investigación documental, se centrará en una metodología cualitativa descriptiva. Es entonces que, la investigación cualitativa ayudará además de comprender la realidad del proceso; proporcionara riqueza interpretativa para contextualizar el fenómeno empleado; dicho esto entiéndase también que el complemento de la investigación cualitativa será siempre la investigación descriptiva, que ayudara a describir los fenómenos abordados.

Por tanto, la revisión documental ayudará a conocer datos, información de la metodología la cual será una herramienta para los procedimientos de investigación; la cual implica ubicar las fuentes de información, tratando siempre de resaltar el problema de estudio. La investigación documental, por tanto, una vez recabada será recabada, seleccionada, organizada para ser analizada por la investigación para poder ser interpretada. Dicha información podrá ser recabadas de diferentes fuentes como libros, de periódicos, revistas, registros, etc. (Psicología y Mente, 2020)

Adentrándonos en el capítulo dos, que es embarazo; se incluirá información sobre el proceso que se lleva a cabo para que nazca, del mismo modo que existe posterior al nacimiento. Iniciando desde el la relación de hombre-mujer, el hecho de que exista una relación sexual para que en el coito los espermatozoides fecunden al óvulo, se de la fertilización y el proceso de una nueva vida empiece. Esta reacción en cadena se dará de manera rápida; una vez que se implanta las divisiones celulares iniciarán dando cabida a él cigoto unicelular que se convierte en una masa llamada blástula; posterior a este proceso será un embrión y luego en feto. Las tres etapas para el desarrollo del bebé iniciarán como etapa germinal, etapa embrionaria y terminará con la etapa fetal, en la cual será un bebé que llegue a término dentro de las 42 semanas. (Lefrancois, 2001)

Es importante destacar que la madre es responsable de brindarle todos los nutrientes necesarios para un óptimo desarrollo, ya que, si ella mantiene una dieta mal balanceada, desnutrición o tiene algún tipo de enfermedad el bebé se verá afectado considerablemente, ya que es ella quien aporta de su cuerpo todo para que se lleve a cabo

un embarazo saludable y llegue a buen término. Para esto es importante que durante el desarrollo prenatal complemente su dieta con ácido fólico y algún complejo de vitamina B, por mencionar algunos. (Lefrancois, 2001)

Una vez nacido el niño (a), a éste se le tienen que hacer pruebas para saber cómo nació, será la prueba Apgar una de las primeras en realizarse evaluando la salud del recién nacido, y posterior a esta (dentro de la primera semana aproximadamente) el tamiz neonatal metabólico, que, dentro de la República Mexicana, en cualquier dependencia es gratuita y todos los niños tienen derecho a que se les aplique. (Rice,1997)

Para la mujer una vez nacido su hijo estará el puerperio (periodo de tiempo) que le ayudará a tratar de recuperar su salud física, y mental; ya que ahora está adaptándose a un hijo que demanda tiempo y esfuerzo y un cuerpo que aún con dolor demandará descanso. La lactancia materna será un tema que se ve en el puerperio ya que es la única fuente de alimentación dentro de los primeros seis meses (a excepción de que un niño no tenga madre o ésta haya decidido no amamantarlo u otra causa ajena), la leche materna es la única que contiene todos los nutrientes necesarios para el desarrollo sano de un niño. (Santrock, 2006)

Para el capítulo tres, se abordará la transición de la marentalidad y la parentalidad, en mujeres y hombres que se han constituido como padres y madres por vez primera y cómo es que influye el acompañamiento de estos en la vida del recién nacido, su primer apego, las reacciones que desencadena ser buenos padres y/o padres presentes en la vida del niño.

El desarrollo temprano es de vital importancia conocerlo, ya es parte fundamental en la vida de cualquier ser humano, éste es un proceso que genera cambios relacionados con la etapa en la que se encuentre el bebé, cualitativos, ordenados, acumulativos y direccionales, llevan una reorganización conductual la cual prepara al niño a todo lo nuevo que se encontrará en la vida; y es que a pesar de que todos somos individuos diferentes con vida y oportunidades distintas, seguimos un legado especial que son los patrones de desarrollo de la vida. . (Craig, 2001; Sroufe, 2007; citados en Ampudia Rueda, Santaella Hidalgo, Eguía Malo, 2009)

Por otra parte, el capítulo tres concluirá con el apego, vínculo que establece el infante con sus padres o un cuidador primario, dicho vínculo no aparece repentinamente, en su proceso de desarrollo el infante será capaz de reaccionar afectivamente con sus

padres, todos los infantes necesitan crear este vínculo con alguien, ya que los mantendrá emocionalmente seguros para continuar con su desarrollo. Es entonces que el apego crea esos lazos invisibles que forman una familia, centrada en la pertenencia de un núcleo familiar. (Barudy y Dantagnan, 2010)

Para el capítulo cuatro, contiene las conclusiones a las que llegó esta investigación documental, así como sus limitaciones y sugerencias.

Justificación

En la presente tesis documental se abordaron estadísticas que hacen comprender al lector la problemática que presentan en la actualidad las mujeres y hombres que ejercen su marentalidad y parentalidad por primera vez.

Se puede entender que,

Los individuos participan en un espacio y un tiempo, en prácticas y contextos donde experimentan interacciones tanto significativas como no significativas donde han tenido participaciones cambiantes en el curso de la vida y de una importancia personal, como lo es el ejercicio de la maternidad-paternidad. Ésta conlleva posiciones sociales que los individuos podrán aceptar integralmente, sólo una parte de ellas, o bien rechazarlas y esa situación aparece como propicia para analizar las relaciones y los límites del proceso de construcción de la identidad y las prácticas cotidianas. (Kevin et al. 2002, Holland y Leander 2004; citados en Covarrubias Terán, 2012, pp. 185-186)

A lo largo del embarazo, la gestante va experimentando el surgimiento de la maternidad como algo que acontece físicamente en su propio cuerpo, y aunque a menudo fantasea acerca del hijo, en ningún momento deja de estar en contacto directo con el hecho real. Muy a diferencia de esto, hasta el momento del nacimiento, el futuro padre únicamente cuenta con su imaginación y con la relación que comparte con la mujer para poder empezar a sentirse como tal. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p. 21)

El primer hijo marca una importante transición en la vida de los padres, Además de los sentimientos de emoción, maravilla y asombro, la mayoría de los padres experimenta cierta ansiedad por la responsabilidad de cuidar un niño, el compromiso y el tiempo que entrañan y la sensación de permanencia que la paternidad impone al matrimonio. El embarazo y la recuperación del parte pueden afectar la relación de una pareja; algunas veces acrecienta la intimidad; otras, levanta barreras. (Papalia y Martorell, 2017, pp. 431-432)

La familia sigue siendo el primer escenario educativo y de desarrollo, en un inicio es donde el individuo está desprovisto de herramientas para la supervivencia; como menciona Gallego-Betancur (2012), el infante posee un grado de inmadurez que lo hace depender de manera absoluta de otro, que debe proveerle sustento, apoyo y

comunicación, entre otros elementos esenciales para su desarrollo. Por ello las funciones de la familia quedan descritas en ser promotores y proveedores de los recursos y estímulos necesarios para favorecer la supervivencia del infante una de las principales tareas de los padres, ser reguladores de las reacciones emocionales (Stan, 2012). Es necesario un sistema de conocimientos, habilidades, capacidades, hábitos y herramientas que le permiten el completo desarrollo de las responsabilidades parentales y prevenga las situaciones de crisis por las que transita el infante. (Gherghinescu y Glaveanu, 2015; citado en Martínez Licona, García Rodrigo, y Collazo Martínez, 2017, pp. 55-56)

Los infantes son seres que se comunican y tienen una fuerte motivación para interactuar con otros. Se conoce como regulación mutua a la capacidad del bebé y del cuidador para responder de manera apropiada y sensible a los estados mentales y emocionales del otro. Los infantes participan de manera activa en la regulación mutua mediante el envío de señales conductuales. [...] En general la interacción es de ida y vuelta entre estados bien regulados y estados de deficiente regulación. [...] Sin embargo si una madre o un cuidador no tiene sincronía en su interacción con el bebé, este puede sentirse frustrado o triste. (Papalia y Martorell, 2017, p. 176)

Belsky (2010; citado en Martínez Licona, García Rodrigo, y Collazo Martínez, 2017) menciona que “las prácticas parentales que promueven bienestar en los niños son aquellas que adoptan un estilo receptivo-sensible que refuerza la seguridad de apego y las relaciones padres-hijos son recíprocamente positivas” (p. 56).

Es entonces que,

La relación temprana entre un niño y aquel adulto que ejerce de cuidador primario marca el futuro desarrollo de la persona. En esta relación, se instalan los cimientos afectivos y sociales sobre los que se construirán la personalidad del individuo, su futura salud mental y, muy especialmente, sus capacidades para establecer nuevas relaciones seguras a lo largo de la adultez. (Pitillas y Berástegui, 2018, pp. 43-44)

Planteamiento del problema

Es innegable la influencia y el impacto que tienen los padres sobre la salud mental de sus hijos (Soto-Rosales y González-Losada, 2014). Esto ha visibilizado a la parentalidad como un eje primordial de atención, lo cual ha resultado en una creciente comprensión del rol. Como consecuencia ha sido importante contar con familias que posean herramientas apropiadas para ejercer su parentalidad y llevar a cabo el acompañamiento a lo largo del ciclo vital de sus hijos (Acevedo et al., 2018; Barudy y Dantagnan, 2010). Durante el confinamiento vivido debido a la pandemia por COVID-19, las familias tuvieron que adaptar sus formas de crianza y esto resaltó la importancia de trabajar con la parentalidad (Vargas, 2020; citados en Sáenz Flores, Chávez Valdez, Cervantes Herrera y Astorga Olivares, 2022, p. 543)

Por su trascendencia, es reconocido el papel de la madre en la vida de las personas y en la sociedad en general, al ser generadora de vida, fundamental para la sobrevivencia y desarrollo en los primeros años de vida de los hijos, fungir como eje en la formación de valores, así como por su papel en el funcionamiento de las familias y por extensión también en las comunidades (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018, p.1)

Es importante ahora preguntarse ¿Por qué es trascendental conocer sobre el embarazo, maternidad y la parentalidad?

A nivel internacional existen muchos factores que atentan contra la labor de los padres y las madres tales como: la violencia intrafamiliar, la violencia en general, el abandono, la migración, enfermedades como el VIH/SIDA, los riesgos antes, durante y después del embarazo y el acceso desigual a la educación. Lo anterior, pone de relieve la necesidad profunda y universal de que haya figuras paternas y maternas positivas en las familias. Asimismo, invita a desarrollar y ampliar políticas y servicios de asistencia familiar. (CNDH MÉXICO, 2018, tercer párrafo)

Resulta de gran interés, conocer en primer lugar que la población femenina en edad reproductiva que reside en México, para poder conocer a profundidad la estadística que corresponde a maternidad y embarazo.

Para el Gobierno de México,

En 2022, de acuerdo a las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050, en el país residen 130, 118, 356 millones de personas, de las cuales 66, 425, 589 millones son mujeres, que representan 51.1 por ciento del total de la población. (Gobierno de México, 2022, segundo párrafo)

Del total de mujeres, 52.6 por ciento son mujeres de 15 a 49 años, en este intervalo de edad, la mujer suele vivir su etapa reproductiva y se conoce como el grupo de mujeres en edad fértil (MEF). Se estima que el volumen de este grupo disminuirá y representará 50.9 por ciento de la población femenina en 2030. Asimismo, se espera que durante 2022 ocurran 2, 116, 775 nacimientos en mujeres de este grupo de edad y para 2030 sucedan 1, 985, 707 nacimientos. (Gobierno de México, 2022, tercer párrafo)

En el comunicado de prensa que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a propósito del día de las madres en mayo de 2020, ofrece datos importantes que conviene mencionar.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) “Según los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, se calcula que en México hay 22.2 millones de mujeres de 15 a 49 años que han estado embarazadas al menos una vez durante su vida” (p.1).

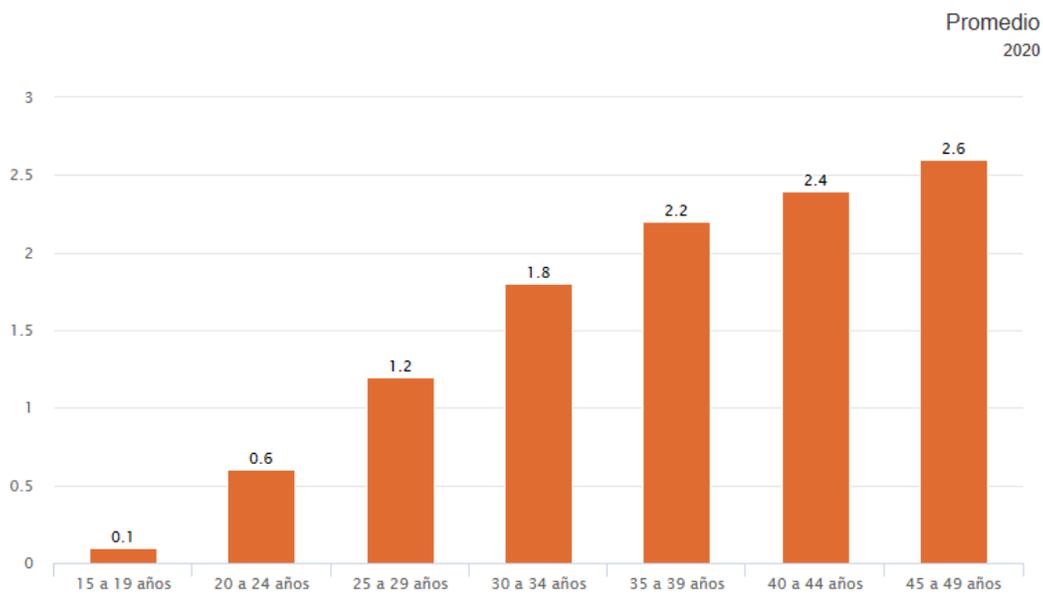
Se estima una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 2.07 nacidos vivos por cada mujer de 15 a 49 años; por grupo de edad. La tasa más alta se presenta en las mujeres de 20 a 24 años, con 118.2 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres del mismo grupo de edad. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020, p.1)

La ENADID 2018 estima que 90.3% del total de los embarazos. (8.8 millones) de mujeres de 15 a 49 años de edad en el periodo comprendido entre enero de 2013 y octubre de 2018, tuvieron una hija o hijo nacido vivo; es decir, fueron madres. De éstas, poco más de la mitad (53.1%) tuvo a su última hija o hijo por parto normal (vaginal). (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020, p.1)

Figura 1. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años por grupo de edad.

(Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020)

<https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad>



Ahora que se conocen las estadísticas sobre las mujeres que son madres, se debe dar la misma importancia a las estadísticas masculinas sobre la paternidad, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el comunicado de prensa del 2021, a propósito del día del padre informa que,

Con base en la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER), se estima que 17.8 millones de hombres de entre 20 y 54 años en México en 2017 habían tenido al menos una hija o hijo nacido vivo. Esta cifra correspondía al 67% de la población masculina estimada para ese grupo de edad. La paternidad es una condición cuya frecuencia aumenta entre los hombres conforme avanza su edad. Mientras sólo uno de cada cuatro jóvenes varones, de 20 a 24 años, son padres, 9 de cada diez adultos de 50 a 54 años lo son. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021, p.1)

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay 44.9 millones de hombres de 15 años y más. De ellos, 21.2 millones (47 %) se identificaron como padres de al menos una hija o un hijo que reside en la misma vivienda. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021, p. 1)

Por otra parte,

El modelo tradicional de familia mexicana está cambiando. En la última década se ha registrado un aumento de los hogares donde no hay una figura paterna, según datos del Instituto de Estadística y Geografía de México (INEGI). En 1995, el 31% de los hogares no tenía padre, mientras que en 2009 esa cifra aumentó al 41%. (BBC NEWS MUNDO, primer párrafo)

Eso quiere decir que en la actualidad hay más de 11 millones de familias mexicanas donde la figura paterna está ausente. Según algunos analistas, esta situación se explica por factores como el incremento en las separaciones conyugales, la mayor esperanza de vida de las mujeres y una mayor independencia económica. (BBC NEWS MUNDO, tercer párrafo)

Se puede observar que son más las mujeres que ejercen la marentalidad, que los hombres que ejercen su parentalidad, este es el escenario actual de México. Se observa una diversidad de modelos de familia que se han modificado respecto a su función y estructura, esta información da cuenta de la necesidad de fortalecer competencias parentales.

Ser padre o madre en el momento actual es una tarea complicada en la que no sirve la improvisación y se exigen destrezas específicas ante las necesidades que surgen en la sociedad. Son los estilos educativos lo que representa la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, la toma de decisiones o la resolución de conflictos, la comunicación y el tiempo de convivencia, así como la promoción del éxito (Martínez, Ramírez e Infante, 2013); lo cual conlleva a las cualidades que el padre o madre ponen en práctica aunado a los recursos económicos y los servicios que tienen a su alcance para la familia. (Valdivia, 2008; citado en Martínez Licona, García Rodrigo, y Collazo Martínez, 2017, p. 55)

Es por eso que se sugiere cuestionar ante la revisión de la teoría ¿Cuál es la importancia del desarrollo de la marentalidad y parentalidad en mujeres y hombres jóvenes que experimentan por primera vez el nacimiento de un hijo?

1. Metodología propuesta

1.1. Objetivo general:

Describir los cambios que experimentan las madres y padres primerizos a partir del ejercicio de su parentalidad.

1.2. Objetivos específicos:

Describir el proceso del embarazo, parto y puerperio en la mujer que experimenta la maternidad por primera vez.

Reconocer la importancia de la marentalidad y parentalidad en mujeres y hombres jóvenes.

Explorar el desarrollo temprano del bebe.

1.3. Pregunta de investigación:

¿Cuál es la importancia del desarrollo de la marentalidad y parentalidad en mujeres y hombres jóvenes que experimentan por primera vez el nacimiento de un hijo?

1.4. Tipo de estudio

Este estudio de investigación documental cuenta con una metodología cualitativa, descriptiva, se aplica conforme a la metodología un instrumento de investigación documental.

Señala Hernández Sampieri que,

El enfoque cualitativo también se guía por áreas o temas significativos, sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis proceda a la recolección y el análisis de los datos, [...] los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y el análisis de los datos. [...] La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014, p. 8)

Por otra parte,

La investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. Asimismo, aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico de los fenómenos, así como flexibilidad. [...] El método cualitativo se ha empleado más bien en distintas disciplinas humanísticas como la Antropología, la Sociología y la Psicología Social. (Hernández Sampieri, 2014, p.16)

Mientras que, para Sánchez Aviña,

La investigación cualitativa intenta comprender la realidad social como producto de un proceso histórico/social, a partir de la voz de los propios sujetos involucrados y centrando la atención en los aspectos que la hacen particular, desde una óptica interna [...] la investigación cualitativa se ocupa de lo subjetivo e intersubjetivo de la existencia humana, considerando su carácter dinámico y multifacético. (Sánchez Aviña, 2017, pp. 20-21).

Del mismo modo Sánchez Aviña (2017) afirma que, “la investigación cualitativa se orienta al estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social” (p. 23).

De manera complementaria la investigación descriptiva como señala Sánchez Aviña (2017), “tiene como objeto central describir los fenómenos. Utiliza métodos descriptivos, como la observación, estudios correlacionales, de desarrollo, etcétera” (p. 23).

Los estudios descriptivos se presentan en formatos muy heterogéneos y los forman toda una amplia gama de materiales caracterizados porque representan con fidelidad la vida de los actores sociales, son estudios con bajo nivel interpretativo y tienen un análisis implícito para la organización de los discursos. Como son textos narrativos de primera mano, su pretensión es la de ofrecer a los lectores la posibilidad de reflexionar sobre la realidad descrita para que ellos mismos saquen sus propias conclusiones. (Gálvez Toro, 2003, título 4, párrafo 3)

Para Ramírez Atehortúa y Zwerg-Villegas

Defender lo cualitativo o lo cuantitativo no es desconocer sus propias limitaciones, tampoco se trata de defender una postura desde las limitaciones de la otra. Al conocer las limitaciones de una y otra perspectiva, es válido reconocer que ambas son maneras de aproximarse a un fenómeno, entendiendo que la ciencia sin debate

no existe y que existen posibilidades de triangulación teórica y de métodos, sin caer en el eclecticismo, guardando la consistencia interna en la investigación. (Ramírez Atehortúa y Zwerg-Villegas, 2012, p. 96)

Aguirre y Jaramillo establecen tres puntos sobre la metodología cualitativa.

1. La descripción cualitativa es una alternativa “categórica” de investigación, esto es, el método ya existe, solo que es desconocido; en esto se opone a las alternativas “no categóricas” o adaptaciones de la fenomenología, teoría fundamentada y etnografía a la investigación en enfermería; 2. Los estudios descriptivos cualitativos son menos interpretativos que la “descripción interpretativa”, esto es, en aquellos no se requiere que los investigadores se muevan de los datos; 3. Los investigadores no requieren un tratamiento conceptual u otro modo abstracto para abordar los datos. (Aguirre y Jaramillo, 2015, p.180)

La metodología es la propia de esta modalidad de investigación acerca de la obra de y sobre un autor, escuela o tema, o de pesquisas sobre un asunto específico. Su enfoque integra características tanto de investigación cualitativa como cuantitativa; es una investigación básica en el sentido de producir, a partir de un análisis teórico especulativo-trascendiendo la actividad revisionista y repetitiva-dos propuestas de nuevas definiciones de la modalidad investigativa denominada estado del arte. Es documental y a la vez aplicada porque resuelve el problema práctico de la necesidad de compilar, en las circunstancias posibles, la producción intelectual de un autor, como requisito previo para cualquier otra investigación científica o línea de investigación rigurosa sobre él. Es además bibliográfica, descriptiva, conceptual, sistemática, hermenéutica, de construcción interdisciplinaria y de producción continua, por las necesarias sucesivas actualizaciones. (Posada González, 2017, pp. 239-240)

1.5. Diseño de estudio

Se realiza el siguiente trabajo de tesis utilizando como instrumento la investigación documental.

Como señala Posada González, la revisión documental nos permite conocer si existen marcos teóricos, datos empíricos o formulaciones conceptuales sobre el tema que estamos estudiando. También nos proporciona información sobre metodología, diseños instrumentales más utilizados y técnicas de recogida de datos,

lo que facilitará la identificación y comprensión de procedimientos de investigación. (Posada González, 2017, p. 256)

Como estrategia para la investigación, un Estado del Arte es la recopilación exhaustiva y sistemática de las fuentes disponibles [Abordaje, proceso y resultado sistemáticos] acerca de un tema determinado [De productos intelectuales]. Es como "poner orden en la casa" para conocer qué tanto se ha hecho [Identificación], cómo se ha procedido, cuáles son sus avances, las principales teorías, problemas o consideraciones que han tenido lugar desde que se empezó a tratar. [Caracterización e integración de éstos, sus actores y gestores]. Consiste en una técnica de búsqueda y orientación al servicio de la gestión del conocimiento que permite, a cualquier persona interesada en un tema, acercarse a sus diferentes enfoques, métodos y logros. (Posada González, 2017, p. 250)

Para Rio Rodríguez

Trabajar la información documental implica realizar tareas paralelas que permitan la organización de los materiales, así como la ubicación de las fuentes a consultar. Su importancia radica en que es una forma de evidenciar el fenómeno o problema de estudio, pues no ir construyendo la conceptualización de la investigación de la cual se desprenden supuestos, enfoques y tipo de análisis. (Rio Rodríguez, 2006, p. 129)

Por lo que, para Sampieri

La meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca específicas las prioridades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández Sampieri, 2014, p.92).

Del mismo modo, Hernández Sampieri 2014, nos dice que,

“Así como los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (2014, p.92).

El enlace descriptivo queda entendido por Sampieri (2014) que

El propósito de las investigaciones, busca especificar las prioridades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. (Hernández Sampieri, 2014, p.98)

1.6. Técnica e instrumento de investigación.

Por otra parte, la investigación documental en el que estará basado el presente trabajo de investigación, se llevará a cabo una revisión, recolección y compilación acerca del tema de investigación de nuestro interés.

En la página psicología y mente (2020) el psicólogo Nahum Montagud Rubio egresado de la Universidad de Barcelona señala que,

La investigación documental, o bibliográfica, es aquella en la que se obtiene, selecciona, organiza, interpreta, compila y analiza la información acerca de una cuestión que es objeto de estudio a partir de fuentes documentales. Estas fuentes pueden ser de todo tipo, como libros, hemerografía, registros audiovisuales, recortes de periódicos, entre otros. Se trata de una técnica muy usada en ciencias sociales y es de tipo cualitativo. (Psicología y Mente, 2020, tercer párrafo)

El mismo autor señala que,

Hay investigaciones que son puramente documentales, como puede ser una búsqueda bibliográfica sobre un evento histórico, la visión acerca de un aspecto en psicología [...] la mayoría de la investigación científica tiene parte documental, sobre todo a la hora de redactar el marco teórico y relacionar los resultados obtenidos con su experimentación. (psicología y mente, 2020, cuarto párrafo)

En esencia, los propósitos de un investigador con una perspectiva cualitativa están dirigidos hacia la profundización y comprensión de la naturaleza funcional de lo demarcado como "punto de mira", dígame la dinámica de las interacciones por medio de las cuales se denotan y connotan, los procesos comunicativos intergrupales -más allá del lenguaje oral o escrito- que constituyen la base de progreso o retroceso de una comunidad. Sólo desde su análisis es posible dilucidar "lo real" de aquello que se pretende aparentar u ocultar. Es cierto que "lo real" no se puede definir ni conocer

absolutamente, pero dentro de ese "margen de error" se pueden divisar reacciones y expresiones corporales que poseen una credibilidad superior -en contraste con otras que se han percibido- al ser contextualizadas y revisadas como parte de un todo. (Fernández Hernández y Rivera, 2009, p.10)

Fernández Hernández y Rivera. (2009) "Los principios bajo los cuales se investiga desde el paradigma cualitativo están bien delimitados en la literatura especializada y, habitualmente, se señalan: flexibilidad, adaptabilidad, sinergia, holística, interdisciplinarietà, relatividad, continuidad, sistematicidad, reflexividad, receptividad y ética" (p. 11).

2. Embarazo

La sexóloga Anabel Ochoa (2001) puntualiza que “la sexualidad humana sirve para dos cosas fundamentales, para reproducirse y para el placer” (p. 18).

Fina Sanz Ramón señala que,

Poco se ha ocupado la ciencia occidental del tema del amor, poco hay de ello en los manuales de psicología y de sexología, quizás porque el amor no puede ser analizado en un laboratorio y, por tanto, desde determinados presupuestos su conocimiento no correspondería al saber científico. (Sanz Ramón, 2010, p. 22)

Del mismo modo Sanz Ramón (2010) menciona que, “el amor comienza con la seducción: algo o alguien nos seduce. Amar a alguien implica estar seducido/a por esa persona” (p. 31).

Según Sanz Ramón (2010) “un elemento decisivo en la seducción es algo tan simple y tan complejo a la vez como lo que se podría llamar la «energía» que emana la persona, la «chispa», la «vibración», la «química» o el «magnetismo»” (p. 51).

Esta energía que se siente y que también capta el otro o la otra cuando hay una seducción mutua con la que sintonizamos y vibramos, es la que tiene que ver con la aparición del deseo y puede notarse no sólo a través del contacto corporal sino también sin él, en la distancia. (Sanz Ramón, 2010, p. 52)

Según Sanz Ramón (2010) “La seducción es el primer paso para el acercamiento, tanto sea amistoso como sexual y amoroso” (p. 52).

La seducción es el desencadenante del vínculo amoroso. Algo nos atrae de una persona –su sonrisa, su tranquilidad, su ternura, su vitalidad...– y aparece un impulso de acercamiento hacia ella. En la proximidad notamos nuestro cuerpo, una vibración interna y se vive placer. (Sanz Ramón, 2010, p. 53)

Para Sanz Ramón (2010) “El sentimiento amoroso se caracteriza por el deseo de fusión, por la búsqueda del placer de la fusión, de unión total” (p. 58).

Por lo tanto,

Muchos de nuestros comportamientos relacionales se encaminan a ese deseo de fusionalidad como si fuéramos a la búsqueda de algo perdido. Un beso, un abrazo, un coito, la introducción de alguna parte de nuestro cuerpo en el de otra persona (el

dedo, la lengua, el pene), o nuestra receptividad a acoger a esa otra persona, pueden responder, además de a un deseo sexual, también a un deseo primario de fusionalidad. (Sanz Ramón, 2010, p. 60)

Fina Sanz Ramón pregunta ¿Qué pasa cuando la persona que amas y deseas te ama y te desea, cuando los cuerpos se aproximan y contactan? y responde,

Hay una alegría exultante, un goce indescriptible. Es un momento de fusión. Es la aceptación mutua y la entrega, la unidad con el amado/la amada. Es algo mágico donde las palabras no tienen cabida sino para expresar el goce y la alegría del encuentro, para expresar el amor y el deseo. (Sanz Ramón, 2010, p. 220)

Como ya se mencionó antes la sexualidad tiene dos finalidades el placer y la reproducción. Anabel Ochoa enfatiza que “en cuanto a procrear hijos, los encuentros sexuales de la actualidad son bastante limitados para este fin: entre dos y tres hijos en toda [la] vida de media estadística” (p.18).

Es entonces que,

La reproducción es una de las formas en que se materializa la sociedad, y es condición de la existencia de los seres humanos particulares, quienes a su vez producen la vida social y cultural. La reproducción abarca numerosos y diversos aspectos de la vida y la crianza a la sociedad, al estado, y a la cultura. (Lagarde y de los ríos, 2014, p. 248)

Por lo tanto:

Sólo se necesitan dos células para crear un ser humano, dos células y un milagro, en nueve meses esas células se convertirán en miles de millones, donde antes no había nada, ahora hay un ser humano diminuto, dulcemente anidado y protegido por el vientre de la madre. (Rojas Acevedo, 2013, 7 de octubre, 0´03”)

La reproducción es exquisita y exquisitamente habitual, tiene un diseño perfecto, empieza en el instante en que 40,000,000 de espermatozoides se lanzan contra el cérvix, la entrada al aparato reproductor femenino, cada uno de ellos está programado para buscar el ovulo y fertilizarlo, es una misión arriesgada, muchos espermatozoides perecen en el entorno ácido de la vagina; los más fuertes consiguen llegar al cérvix para empezar su maratón, el espermatozoide debe nadar el equivalente a 15 km por las aguas hostiles para llegar al ovulo. (Pablo Rojas Acevedo, 2013, 7 de octubre, 2´47”)

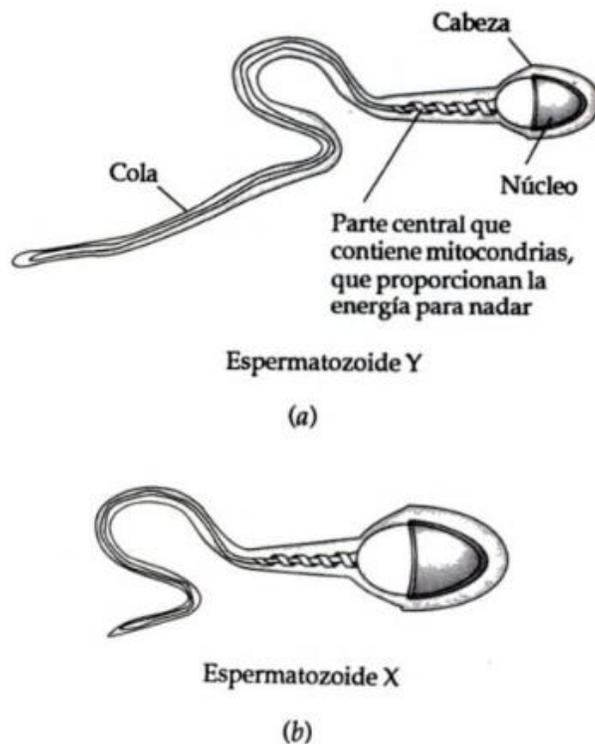
Debemos conocer entonces también que,

El hombre produce dos tipos de espermatozoides: un tipo con un cromosoma X, que tiene una cabeza más grande y una cola más corta, y otra con un cromosoma Y, que tiene una cabeza más corta y una cola más larga. La mujer sólo produce óvulos con cromosomas X. Si un espermatozoide con un cromosoma X se une con el óvulo (produciendo la combinación XX), se concibe una niña. Si un espermatozoide que contiene un cromosoma Y se une con el óvulo (produciendo la combinación XY), se concibe un niño. (Rice, 1997, p. 70)

Como los espermatozoides que portan el cromosoma Y tienen una cola más larga y una cabeza más pequeña pueden nadar más rápido y alcanzar más pronto al óvulo. Es por esta razón que existe una razón de concepción de 160 hombres por 100 mujeres. Sin embargo, el cigoto masculino es más vulnerable, por lo que, para el momento de la implantación, la razón disminuye a 120 hombres por 100 mujeres, a 110 hombres por 100 mujeres a término, y a 105 hombres por 100 mujeres que nacen vivos. (Rice, 1989; citado en Rice, 1997, p. 71)

Figura 2. Tipos de espermatozoide

(Rice, 1997, p. 71)



En el documental titulado Embarazo de History Channel que se transmitió a través de su canal de TV, y que lo recupera Rojas Acevedo en su canal de You Tube, (con el nombre en la plataforma: Pablo Rojas Acevedo) en el año 2013 señala que los espermatozoides.

Vigorosos, pero también desesperados y condenados la mayoría se pierden en los pliegues del útero o siguen la tropa de Falopio equivocada donde no hay ovulo, los espermatozoides que quedan se lanzan hacia el objetivo y solo uno puede fertilizar el óvulo. (Rojas Acevedo, 2013, 7 de octubre, 3'41")

El óvulo es una de las células más grande del cuerpo humano, de los cientos de millones de espermatozoides sólo unos cientos lo encuentran, rodean al óvulo intentado abrirse paso hacia adentro; en cuanto un espermatozoide penetra la zona traslucida o la cascara el exterior se cierra y se termina la carrera. El resto de los espermatozoides se queda fuera, el óvulo se sella, lo mismo que el destino de la persona que crecerá de él (Rojas Acevedo, 2013, 7 de octubre, 4'00")

En la reproducción humana participan dos tipos de células sexuales o gametos: el masculino, o célula espermática, y el femenino u óvulo. La reproducción comienza cuando la célula espermática se fusiona con el ovulo para formar una nueva célula a la que se le denomina cigoto. (Rice, 1997, p. 58)

Es entonces importante conocer de donde provienen los óvulos y los espermatozoides;

Espermatogénesis.

La espermatogénesis es el proceso de producción de esperma que tiene lugar en los testículos del varón cuando alcanza la pubertad. A través de una división celular repetida, denominada meiosis, cada día se producen alrededor de 300 millones de células espermáticas que luego se almacenan en el epidídimo, un sistema de ductos localizados en la parte posterior de los testículos. Por lo general, en cada eyaculación se liberan de 200 a 500 millones de células espermáticas. Algunas de esas células son anormales o están muertas, así, para que la cuenta espermática sea normal es necesario un mínimo de 20 millones de células espermáticas por mililitro de semen (Jones, 1984; citado en Rice, 1997, p. 58)

Los espermatozoides son microscópicos, apenas miden alrededor de cinco diezmilésimas de milímetro de largo. Unas 10 a 20 eyaculaciones contienen tantos

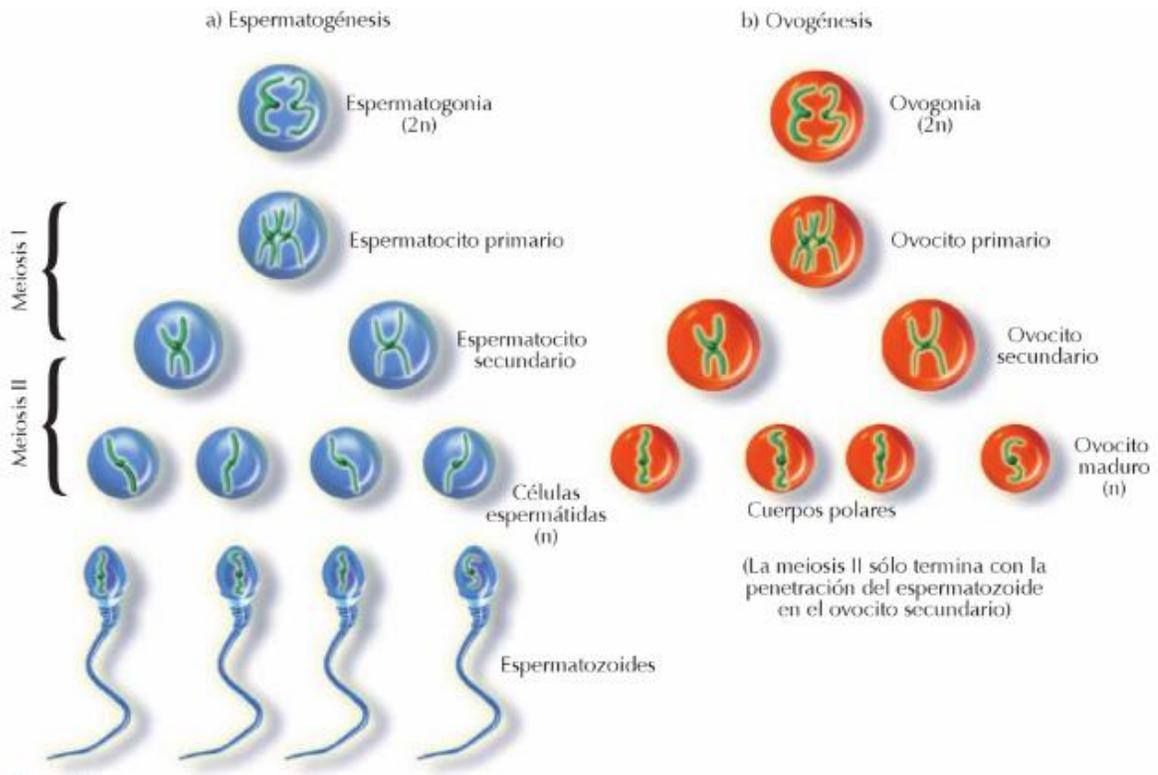
espermatozoides como gente hay en el planeta. El espermatozoide posee una cabeza, que contiene el núcleo de la célula donde se encuentran los cromosomas; una parte central, y una cola. La parte central produce las reacciones químicas que proporcionan energía para que la cola se mueva atrás y adelante para impulsar al espermatozoide. (Rice, 1997, p. 58)

Es entonces que,

Durante la cópula, al tener lugar el orgasmo masculino millones de espermatozoides son eyaculados en la vagina, dando inicio a la jornada fantástica hacia la parte superior, hacia el útero, ascendiendo por las trompas de Falopio. Solamente cuando un espermatozoide logra entrar en cada óvulo disponible, ocurre la fecundación. (Rice, 1997, p. 58)

Figura 3. Espermatogénesis y ovogénesis

(Vázquez Conde, 2016, p. 185)



Ovogénesis

La ovogénesis es el proceso por el cual los gametos femeninos, denominados óvulos, maduran en los ovarios. Estas células están todas presentes desde el nacimiento, aunque subdesarrolladas. Al empezar la pubertad por lo general sólo un óvulo madura y es liberado más o menos cada 28 días (dependiendo de la duración del ciclo menstrual). (Rice, 1997, p. 58)

El óvulo es la célula más grande del cuerpo, tiene un diámetro aproximado de 13 milésimas de centímetro, tamaño suficiente para que sea visible. En esta célula una envoltura clara y delgada guarda un líquido compuesto por cientos de gotas de grasa y proteínas en el que se encuentra en núcleo que contiene los cromosomas. (Rice, 1997, p. 58)

Es entonces ahora que inicia la Concepción;

Después de que el óvulo es liberado (proceso conocido como ovulación) proyecciones similares a dedos en la trompa de Falopio recogen al óvulo. Dentro de la trompa, otras protuberancias a modo de cabellos, llamados cilios, impulsan al óvulo hacia el útero. El viaje del ovario al útero suele tomar tres o cuatro días, pero la fertilización debe ocurrir dentro de las 48 horas posteriores a la ovulación. (Rice, 1997, p. 59)

La fertilización o concepción normalmente tiene lugar en el tercio de la trompa de Falopio más cercano al ovario. Finalmente, unos cuantos espermatozoides llegan al óvulo, pero se requiere de las enzimas químicas liberadas por su cabeza para penetrar la cubierta del óvulo. Las enzimas disuelven la pared del óvulo y permiten la entrada de un espermatozoide. Enseguida se endurece la cubierta del óvulo para evitar que entre otro (Schatten y Schatten, 1983). La cola del espermatozoide se desprende y su núcleo se une con el óvulo, con el que forma una nueva célula (Grobstein, 1989; Silber, 1980; citado en Rice, 1997, p. 58).

Por esta razón,

El óvulo fertilizado ahora tiene la información genética para crear una nueva vida, comienza una gloriosa reacción en cadena. Como el abrazo que inicia el proceso, el núcleo del ovulo y el espermatozoide se unen dentro del óvulo casi un día después. Juntos crean el diseño a partir del cual se creará una persona (Rojas Acevedo, 2013, 7 de octubre, 4'43")

Rojas Acevedo (2013) señala que, “juntos, madre e hijo comparten esta odisea de la vida, nutrición y rápido cambio, una magnífica aventura llamada embarazo” (0’47”).

Por otra parte,

En ausencia de pruebas químicas o de un examen médico profesional, hay pocos síntomas con los que las mujeres pueden determinar con certeza un embarazo antes de etapas posteriores del desarrollo prenatal. En efecto, hay varios signos tentativos, pero ninguno ocurre muy al principio de la gestación. La suspensión de los periodos menstruales (la menstruación) no es un signo seguro de embarazo, pues muchos otros factores pueden causarla. Las molestias matutinas, aunque afectan aproximadamente a dos tercios de todas las gestantes, de ordinario no comienzan sino hasta las dos semanas de retraso del periodo menstrual y es fácil confundirlas con cualquier otra dolencia. Con frecuencia durante las primeras etapas los pechos les crecen y se sienten ligeramente adoloridos y las areolas papilares (del pezón) se oscurecen. Como estos síntomas son muy subjetivos, no son confundibles. Además, la madre no percibe movimientos fetales en el vientre hasta el cuarto o quinto mes; para entonces casi todas las mujeres saben desde hace tiempo que están embarazadas. (Lefrancois, 2001, p. 92)

A estos síntomas tentativos de embarazo se suman otros síntomas más positivos como el latido cardíaco del feto, que se escucha con un estetoscopio. Del mismo modo los movimientos fetales se detectan palpando el abdomen y a veces solo observándolo. Los rayos X y el ultrasonido son otros dos métodos para comprobar la presencia del feto. (Lefrancois, 2001, p. 92)

[Hay] pruebas que detectan cambios en la orina de la mujer mediante una reacción química y son eficaces desde las dos semanas de la concepción. En concreto reaccionan a la llamada hormona del embarazo (gonadotropina crónica humana, o GCH) en la orina. Los resultados positivos son muy confiables; sin embargo, las lecturas negativas son menos precisas y debe realizarse otra prueba una semana después. (Lefrancois, 2001, p. 92)

Una prueba todavía más precisa del embarazo consiste en examinar la sangre de la mujer en busca de una subunidad específica de la hormona GCH. Aunque la prueba es bastante más cara que las pruebas domésticas y no se obtienen

resultados tan pronto, también es útil para calcular la fecha del parto (Health Guide Pregnancy, 1997; citado en Lefrancois, 2001, p. 92)

Tabla 1. Primeros signos y síntomas del embarazo.

(Papalia y Martorell, 2017, p. 69)

Primeros signos y síntomas del embarazo	
Cambio físico	Causas y momento
Mamas y pezones adoloridos e hinchados	La mayor secreción de las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona, estimula el crecimiento de las mamas como preparación para que produzcan leche (es más notable en el primer embarazo).
Cansancio; necesidad de dormir siestas.	El corazón de la mujer late más de prisa y con más fuerza para impulsar la sangre adicional que lleve nutrientes al feto. La producción acentuada de hormonas requiere más esfuerzo. Las preocupaciones por el embarazo minan la energía.
Alguna hemorragia o cólicos	La hemorragia de la implantación ocurre de 10 a 14 días después de la fertilización, cuando el óvulo fertilizado se adhiere en la pared del útero. Muchas mujeres también sienten cólicos (parecidos a los menstruales) porque el útero comienza a crecer.
Antojos	Los cambios hormonales alteran las preferencias alimenticias, en especial durante el primer trimestre, cuando las hormonas ejercen el mayor efecto.
Náuseas con o sin vómito	Como la placenta y el feto producen más estrógenos, el estómago se vacía con mayor lentitud. Además, se afina el sentido del olfato, de modo que ciertos olores, como los del café, carne, lácteos o especias, causan náuseas. Los mareos matutinos pueden comenzar a las dos semanas de la concepción, pero por lo general aparecen hacia las cuatro a ocho semanas y puede ocurrir a cualquier hora.
Micción frecuente	El útero se agranda y, durante el primer trimestre, presiona la vejiga.
Frecuentes jaquecas leves	Los cambios hormonales provocan el aumento de la circulación sanguínea.
Estreñimiento	El incremento de la progesterona lentifica la digestión, por lo que la comida pasa más lentamente por el aparato digestivo
Variaciones de ánimo	Las oleadas de hormonas al comienzo del embarazo producen altibajos emocionales
Desvanecimiento y mareo	La sensación de vértigo puede deberse a hipotensión y dilatación de vasos sanguíneos o a bajada de azúcar.
Aumento de la temperatura basal	La temperatura basal (la que se toma a la primera hora de la mañana) aumenta normalmente todos los meses, poco después de la ovulación, y luego baja durante la menstruación. Cuando la menstruación cesa, la temperatura se mantiene elevada.

2.1. Desarrollo prenatal

Sin duda muchos de nosotros tenemos una manera muy ingenua de considerar como principio de la vida de un bebé, el momento en que nace. Sabemos que hay nueve meses antes de este momento. Sin embargo, a excepción de la madre embarazada que lo siente mover dentro de sí, un bebé no representa mucho para nosotros sino hasta después del nacimiento. Debido a tal prejuicio y porque relativamente hasta hace poco no había muchas maneras de saber lo que pasaba a un bebé en el útero, era fácil considerar los primeros nueve meses como poco importante. (Bee, 1978, p. 39)

Pero estos son de tal importancia para el desarrollo del niño. El desarrollo durante el periodo antes del nacimiento (periodo prenatal) es la base de todo lo que sigue. El hecho de que el desarrollo durante el período prenatal sea completamente normal la mayoría de los bebés, no le resta importancia a este período. Hay muchas cosas que pueden ir mal y cuando algo va mal en la época prenatal es algo generalmente grave y de por vida. (Bee, 1978, p. 39)

También se puede referir al desarrollo prenatal como el periodo gestacional (tiempo que pasa entre la concepción y en nacimiento).

Por lo regular el periodo gestacional humano se calcula en meses lunares, cada uno de 28 días, lo que da 10 meses lunares o 280 días de embarazo (contados desde el inicio de la menstruación). Sin embargo, el periodo gestacional real es de unos 266 días, puesto que la fertilización no ocurre sino hasta 12 o 14 días después del comienzo de la menstruación, que es cuando ocurre la ovulación, la liberación de un ovulo de los ovarios. (Lefrancois, 2001, p. 92)

Mientras que para Papalia y Martorell (2017), “el rango normal de gestación fluctúa entre 37 y 41 semanas, mientras que la edad gestacional se toma desde el primer día del último ciclo menstrual de la futura madre” (p. 68).

Pero, por otra parte, dentro del Capítulo 4: Fisiología materna, podemos encontrar que,

Las adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas durante el embarazo son profundas. Muchos de estos notables cambios comienzan poco después de la fecundación y continúan durante toda la gestación; la mayor parte ocurre como

respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto y la placenta. (Cunningham et al, 2015, p.1)

Es entonces que es importante conocer el útero, parte fundamental para el embarazo que,

En la mujer no embarazada, el útero pesa alrededor de 70 g y es casi sólido, salvo por la cavidad de 10 ml o menos. Durante el embarazo, el útero se transforma en un órgano muscular de paredes relativamente delgadas. Como capacidad suficiente para acomodar al feto, la placenta y el líquido amniótico. El volumen total promedio del contenido al término de la gestación es de alrededor de 5 L, aunque puede ser de 20 L o más. Para el final del embarazo. El útero ya alcanza una capacidad que es de 500 a 1000 veces mayor que en su estado no gestante. El aumento correspondiente en el peso uterino es tal que, aparece el término, el órgano pesa cerca de 1,100g. (Cunningham et al,2015, Capítulo 4: Fisiología materna, p.1)

Durante el embarazo, el crecimiento uterino se produce por elongación e hipertrofia acentuada de las células musculares, pero la producción de miocitos nuevos es limitada. Además del aumento del tamaño en el miocito, se acumula tejido fibroso, sobre todo en la capa muscular externa, junto con un incremento considerable en el contenido de tejido elástico. Esta red aumenta la fuerza de la pared uterina. (Cunningham et al, 2015, Capítulo 4: Fisiología materna, p.1)

Aunque las paredes del cuerpo se vuelven mucho más gruesas durante los primeros meses del embarazo, luego comienzan a adelgazarse de manera gradual. Para el término, el miometrio sólo tiene 1 a 2 cm de espesor. En estos últimos dos meses, el útero se transforma en un saco muscular con paredes delgadas, blandas, fáciles de deprimir, a través de las cuales casi siempre se palpa el feto con facilidad. (Cunningham et al, 2015, Capítulo 4: Fisiología materna, p.1)

Durante las primeras semanas, el útero mantiene su forma original de pera (piriforme). No obstante, conforme el embarazo avanza, el cuerpo y el fondo se vuelven más globulares y son casi esféricos para las 12 semanas de gestación. A partir de este momento, el órgano aumenta de longitud a mayor ritmo que de anchura y asume una forma ovoide. Para el final de la semana 12, el útero ya es demasiado grande para mantenerse del todo dentro de la pelvis. Conforme el útero crece, hace contacto con la pared abdominal anterior, desplaza a los interiores a los

lados y arriba, al final llega casi al hígado. Con el ascenso uterino desde la pelvis, casi siempre rota a la derecha. Es probable que esta dextrorrotación se basa a que el colon sigmoide está al lado izquierdo de la pelvis. Conforme al útero asciende, se ejerce tensión sobre los ligamentos anchos y redondos. (Cunningham et al, 2015, Capítulo 4: Fisiología materna, p.2)

Con la embarazada de pie, el eje longitudinal del útero corresponde a una extensión del eje de la entrada pélvica. La pared abdominal soporta del útero y, a menos que esté muy alejada, mantiene esta relación entre el eje longitudinal del útero y el eje de la entrada pélvica. Cuando la embarazada está en decúbito dorsal, el útero descansa sobre la columna vertebral y los grandes vasos adyacentes. (Cunningham et al, 2015, Capítulo 4: Fisiología materna, p.2)

Por otra parte,

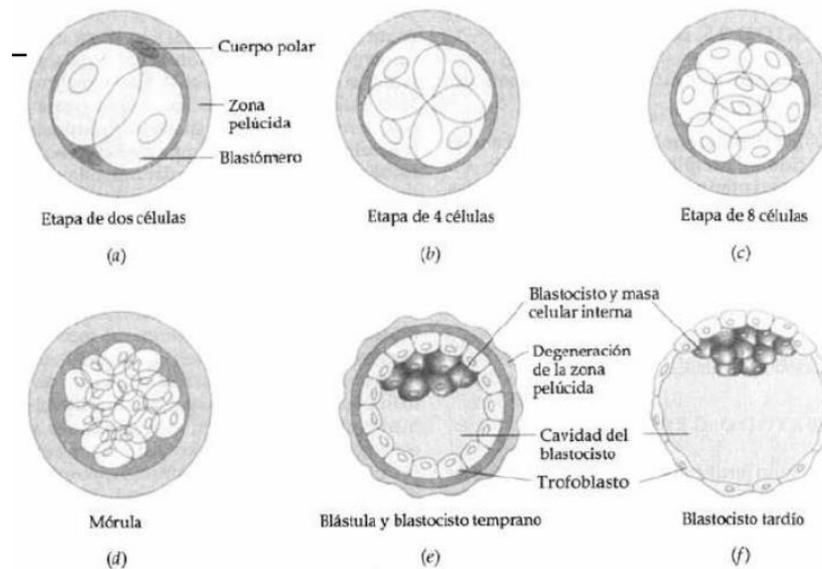
Santrock (2006) nos menciona que “El curso del desarrollo prenatal dura aproximadamente 266 días, comenzando con la fertilización y terminando con el nacimiento. El desarrollo prenatal se divide en tres periodos: germinal, embrionario y fetal” (p. 101).

2.2. Las etapas del desarrollo prenatal

El colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología uniformo la terminología empleada para referirse al desarrollo prenatal identificando tres etapas con claros límites temporales. La etapa del huevo fertilizado o cigoto (también llamada etapa germinal) comienza con la fertilización y termina dos semanas más tarde, poco después de la implantación del útero, sigue la etapa embrionaria, que culmina al final de la octava semana hasta el nacimiento del bebé. (Lefrancois, 2001, p .92)

Figura 4 . Desarrollo Temprano del cigoto al blastocito

(Rice, 1997. P. 62)



Mas o menos 30 horas después de la fertilización empieza el proceso de división celular. Una célula se divide en dos, dos en cuatro, cuatro en ocho, y así sucesivamente. En conjunto forman la mórula (de la palabra latina que significa “mora”). Cada vez que las células se dividen se hacen más pequeñas, permitiendo que la masa total, llamada blástula, pase por la trompa de Falopio. El resultado de la división celular repetida es la formación de una parte interna hueca que contiene fluido. (Rice, 1997, p. 61)

Para Papalia y Martorell (2017) nos explica que “en estas tres etapas de la gestación, el cigoto unicelular original se convierte en embrión y luego en feto” (p. 69).

Cabe señalar que,

Excepto en los casos de concepción in vitro la fertilización de la mujer ocurre en las trompas de Falopio que unen los ovarios con el útero. Es el resultado de que millones de espermatozoides invadan las trompas y que uno de ellos logre penetrar la capa externa del óvulo. En cuanto un espermatozoide traspasa esta capa externa, el huevo se vuelve impenetrable para otros espermatozoides. A partir de este momento comienza a formarse un niño humano, pero transcurrirán aproximadamente 266 días para que el individuo nazca. (Lefrancois, 2001, pp. 93-94)

Antes y después del nacimiento, el desarrollo procede según dos principios fundamentales: el crecimiento y el desarrollo motriz ocurren en sentido descendente y del centro del cuerpo hacia afuera. La cabeza y el tronco del embrión se desarrollan antes que los miembros, y los brazos y las piernas antes que los dedos. (Papalia y Martorell, 2017, p. 69)

Lefrancois, nos reafirma esta teoría ya que,

Con frecuencia se emplean dos términos para referirse a la tendencia general del desarrollo fetal, proximodistal (literalmente significa “de lo cerca a lo lejano”) y cefalocaudal (“de la cabeza a la cola”). Remiten al hecho de que entre los primeros aspectos que se desarrollan en el feto están la cabeza y los órganos internos, mientras que los últimos son las extremidades y los dedos de pies y manos. (Lefrancois, 2001, p. 96)

2.2.1. Etapa germinal

El huevo fertilizado (cigoto) es llevado hacia el útero por corrientes de las trompas de Falopio, un trayecto que requiere entre cinco y nueve días. Durante este lapso se suceden divisiones celulares, de modo que el huevo fertilizado, que al principio consistía en una sola célula resultado de la unión del espermatozoide y el óvulo, ahora tiene unas 125 células (handyside,1991). Con todo, al final de la primera semana no es mucho más grande que en el momento de la fertilización, principalmente porque las células que lo componen son bastante más pequeñas que la original (lo que no es de sorprender, dado que el huevo no tiene otra fuente de nutrición que él mismo). (Lefrancois, 2001, p. 94)

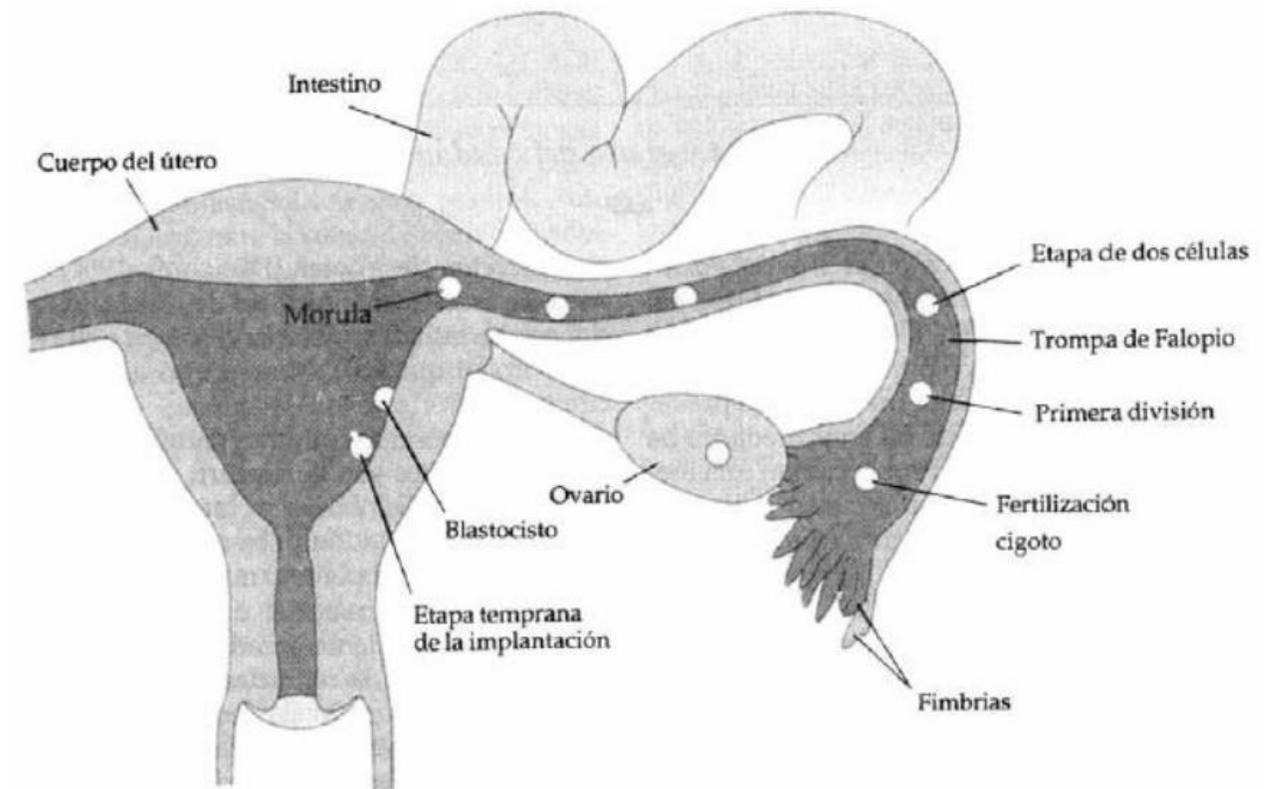
Además,

Mas o menos una semana después de la fertilización el huevo está listo para implantarse en la pared uterina. En esta etapa, muchos embarazos potenciales terminan con la imposibilidad de implantación. En aquellos que continúan, el huevo facilita la implantación secretando ciertas enzimas y produciendo unas diminutas excrecencias a modo de tentáculos (llamados vellocidades) que se implantan en el revestimiento del útero para obtener sus nutrientes de los vasos sanguíneos. Éste es el comienzo de la placenta, el órgano que deja pasar los nutrientes al feto y que elimina sus desechos, al tiempo que mantiene separadas la sangre de la madre y la del producto. La placenta y el feto después se unen mediante el cordón umbilical,

un cordón grueso de unos 50 centímetros de largo que consta de dos arterias y una vena, está unida por un extremo a la placenta y otro por el que será el ombligo del niño. El cordón umbilical no tiene células nerviosas, de modo que no hay conexión alguna entre el sistema nervioso de la madre y el del producto in útero. Observe que la placenta es el vínculo entre la madre y el feto, mientras que el cordón umbilical enlaza al feto con la placenta. (Lefrancois, 2001, pp. 94-95)

Figura 5. De cigoto a blastocito implantado

(Rice, 1997, p. 62)



El periodo germinal es el periodo de desarrollo prenatal que tiene lugar en las dos primeras semanas después de la concepción. Incluye la creación del [sic] cigoto, la división continuada de las células y la adherencia del [sic] cigoto a la pared uterina. Aproximadamente una semana después de la concepción, la diferenciación de las células ya ha empezado. En esta etapa el grupo de células, ahora llamado blastocito, consiste en una capa interna de las células que se desarrolla en el

embrión, y el trofoblasto es la capa exterior de las células que se convertirá en parte de la placenta. La implantación del blastocito a la pared uterina, tiene lugar unos 10 a 14 días después de la concepción. (Santrock, 2006, p.101)

Como es sabido, cuando se establece la circulación a través de las vellosidades cambia el sistema nutritivo del embrión, realizándose este proceso a través de la placenta. De por sí, la nidación es un acto agresivo por parte del huevo fecundado hacia la mucosa uterina. Ambos procesos, nidación y absorción de sustancias alimenticias en el torrente circulatorio materno, con los cambios psicológicos que determinan, son percibidos [...] en forma persecutoria por el inconsciente de la mujer. (Soifer, 1977, p. 26)

Por tanto, para Soifer (1977) nos explica “este periodo del 2º y 3er mes, es conocido como el periodo de peligro de aborto” (p. 27)

Es entonces que,

Es importante para el ginecólogo y el psicoterapeuta saber que un raspaje o un aborto provocado siempre significa un trauma grave para la mujer. No me refiero al daño meramente somático que le podría tener, porque un raspaje hecho por un especialista y en las circunstancias adecuadas es, evidente, hasta menos peligroso para su salud física de un embarazo llevado a término. Pero quiero recalcar que ella sufre un traumatismo psicológico. [...] Esto ocurre porque, consciente o inconscientemente, ha fantaseado durante toda su vida anterior con el hijo que algún día tendría. (Langer, 1988, p.146)

Basta para ella enterarse de su embarazo para que surjan estas fantasías y se ligen como promesas a lo que lleva dentro de sí. Se considera una criminal porque, en su inconsciente, no destruye por el raspaje el óvulo fecundado pocos días atrás, si no asesina al niño, centro de todas sus fantasías maternas. (Langer, 1988, p.146)

2.2.2. Etapa embrionaria

Como se ha dicho, aproximadamente 14 días después de la concepción el blastocito se implanta en la pared uterina. El periodo embrionario empieza al final de la segunda semana. El embrión se desarrolla a partir de una capa redonda de células en el centro del blastocito. A los 18 días, el embrión mide alrededor de 0.15875centímetros. Durante las primeras semanas, los embriones humanos

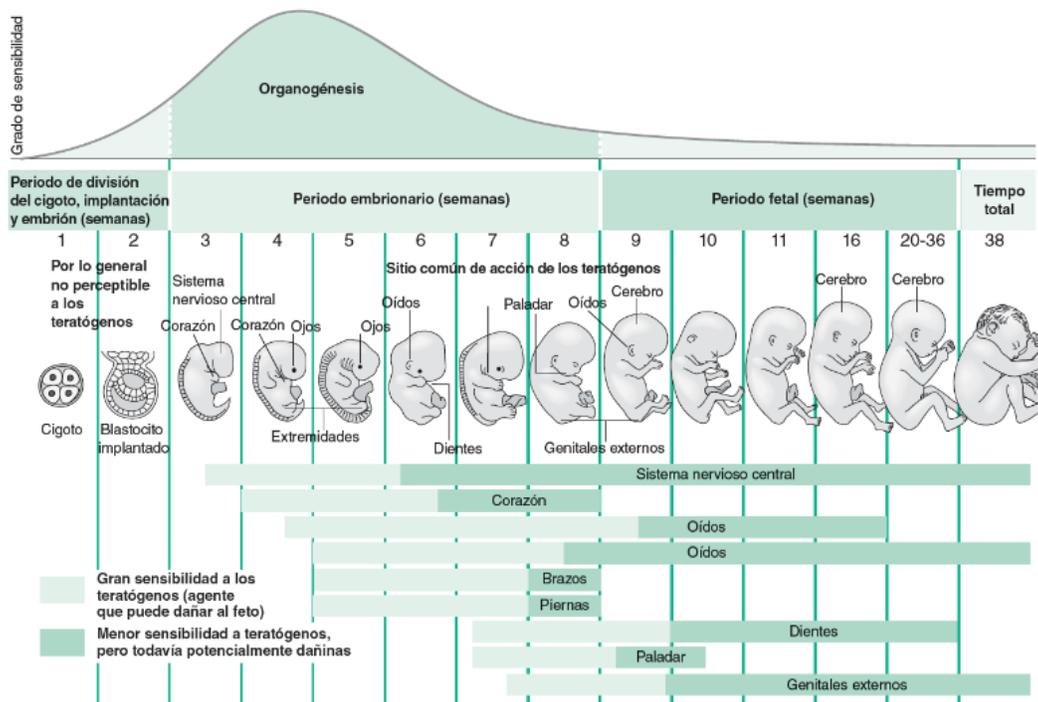
tienen un cercano parecido a los embriones de otros vertebrados. (Rice, 1997, pp.62-63)

El periodo embrionario es el periodo de desarrollo prenatal que ocurre desde la segunda a la octava semana después de la concepción. Durante el periodo embrionario, el ritmo de diferenciación de las células se intensifica, se forman sistemas de protección de las células y aparecen los órganos. Una vez que el blastocito se pega a la pared uterina, el grupo de células es llamado embrión, y se forman tres capas de células. El endodermo del embrión es la capa interna, a partir del cual se desarrollan los sistemas digestivo y respiratorio. El ectodermo es la capa más externa, que se transforma en el sistema nervioso, los receptores sensoriales y partes de la piel. El mesodermo es la capa media, que se convierte en el sistema circulatorio, los huesos, los músculos, el sistema excretor y el sistema reproductivo. Cada parte del cuerpo se desarrolla desde estas tres capas. (Santrock, 2006, pp. 101-102)

Durante la etapa embrionaria que va aproximadamente de la segunda a la octava semana, se forman con rapidez los principales aparatos y sistemas orgánicos: aparato respiratorio, aparato digestivo y sistema nervioso. Este proceso se conoce como organogénesis. Es un periodo crítico, durante el cual el embrión es más vulnerable a influencias destructivas del ambiente prenatal. Cualquier aparato o estructura que éste en desarrollo en el momento de la exposición tiene más probabilidades de resultar afectado. Por esto mismo, los defectos que ocurren en etapas posteriores del embarazo son menos graves, ya que los principales sistemas orgánicos y estructuras físicas del cuerpo están completos. El crecimiento y desarrollo del cerebro empieza durante la etapa embrionaria y continúa después del nacimiento (Papalia y Martorell, 2017, p. 72)

Figura 6. Cuando ocurren los defectos de nacimiento

(Papalia y Martorell, 2017, p. 72)



Para Soifer, es importante determinar los procesos psicológicos que acompañan a la madre en el embarazo,

La situación psicológica en el comienzo de la gestación. Por lo general, la primera sospecha de embarazo recae sobre un síntoma que produce cierta inquietud: la hipersomnía. La mujer siente que necesita dormir mucho más de lo habitual, que no le son suficientes las horas que generalmente destina a este fin y que “está con sueño” todo el día. (Soifer, 1977, p. 22)

El tratamiento psicoanalítico en estos casos revela que ha comenzado la regresión, descrita por Marie Langer. La necesidad de dormir corresponde, desde el punto de vista psicológico a esa regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto. La regresión en sí es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita. (Soifer, 1977, p. 22)

Desde el segundo mes suelen presentarse las náuseas y los vómitos, por lo general a la mañana, después de despertar. Hemos comprobado clínicamente la

coincidencia de estos síntomas con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. Con bastante frecuencia, una vez establecido el diagnóstico preciso, remiten espontáneamente. (Soifer, 1977, p. 24)

Del mismo modo,

El síntoma de la hipersomnolia al favorecer la negación de los estímulos, resulta provechoso además de construir una defensa biológica adecuada, la que proporciona al organismo una cuota mayor de reposo, necesaria para la labor que inicia. En consecuencia, conviene alentar a la embarazada incipiente a aceptar su necesidad de dormir más durante los dos primeros meses, ya que con ello resuelve varias situaciones a la vez. En cambio, el insomnio debe ser considerado como la expresión de una situación extrema de necesidad frente al embarazo. (Soifer, 1977, p. 23)

Santrock (2006) indica que “a medida que se forman las tres capas del embrión, los sistemas de apoyo para la vida de ésta maduran y se desarrollan rápidamente. Estos sistemas de apoyo incluyen la placenta, el cordón umbilical y el amnios” (p. 102).

Además,

La placenta es un sistema de apoyo que consiste de un grupo de tejidos en forma de disco en la que los pequeños vasos sanguíneos de la madre y del feto se entrelazan, pero no se unen. El cordón umbilical es un sistema de apoyo que contiene dos arterias y una vena, que conectan al feto con la placenta. Moléculas muy pequeñas oxígeno, agua, componentes alimenticios de la sangre, al igual que dióxido de carbono y residuos digestivos de la sangre del embrión, pasan de un lado a otro entre la madre y el embrión, las moléculas grandes no pueden pasar a través de la pared de la placenta, éstas incluyen los glóbulos rojos y las sustancias dañinas, como la mayoría de las bacterias, los desechos de la madre y las hormonas. Los mecanismos que rigen la transferencia de sustancias a través de la barrera placentaria son complejos y todavía no se conocen completamente. (Santrock, 2006, p.102)

Así mismo

El amnios es una bolsa o envoltura que contiene el fluido claro en la que el embrión en desarrollo flota, es otro sistema importante de apoyo para la vida. Al igual que la placenta y el cordón umbilical el amnios se desarrolla a partir de ovulo fertilizado, no

desde el propio cuerpo de la madre. El fluido amniótico proporciona un entorno donde la temperatura y la humedad son controladas y está formado a prueba de golpes. (Santrock, 2006, p. 102)

2.2.3. Etapa fetal

El feto, hacia el final de la octava semana de embarazo, que marca el comienzo del periodo fetal, la masa total del feto aun es poco impresionante. A final del tercer mes lunar (10 semanas de embarazo) alcanza una talla de 7.5 centímetros, pero solo pesa unos 25 gramos. La cabeza del feto comprende un tercio de su longitud total; esta proporción habrá cambiado a un cuarto al final del sexto mes lunar y algo menos para el nacimiento. (Lefrancois, 2001, p. 95)

Durante el tercer mes de embarazo el feto esta tan desarrollado que si sobreviene un aborto hará movimientos respiratorios y, con unos los estímulos apropiados, dará pruebas de un reflejo de succión primitivo y de reflejo de Babinski (la tendencia del bebé a extender los dedos de los pies si le hacen cosquillas en las plantas). Durante el cuarto mes lunar de gestación el feto crece a 15 centímetros y pesa aproximadamente 114 gramos. Se han comenzado a formar los huesos, todos los órganos se distinguen con claridad y acaso haya pruebas de movimientos intrauterinos (dentro del útero). (Lefrancois, 2001, p. 95)

Además,

Para el quinto mes comienza a formarse una cobertura vellosa (llamada lanugo) en la mayor parte del cuerpo del feto, esta cobertura se desprende durante el séptimo mes, pero ocasionalmente está presente al nacer. El feto pesa alrededor de 312 gramos y puede haber llegado 25 centímetros para el final de quinto mes lunar. (Lefrancois, 2001, p. 96)

En el quinto mes, el feto adquiere una fuerza suficiente para asir, lo que aumenta el número y la fuerza de sus movimientos. La madre siente los codos, las rodillas y la cabeza del feto mientras se mueve en los periodos de vigilia. (Craig y Baucum, 2009, p.53)

Así mismo,

Hacia el final del sexto mes es posible palpar (sentir mediante el tacto) al bebé a través del abdomen de la madre. El latido cardiaco ya es audible al quinto mes,

ahora es mucho más claro. Los párpados están separados, de modo que el feto puede abrir y cerrar los ojos. Tiene más o menos 30 centímetros y pesa 568 gramos. Si naciera en este momento en un hospital moderno podría sobrevivir con cuidados intensivos que compensaran la inmadurez de sus sistema digestivo y respiratorio. (Lefrancois, 2001, p. 96)

Los ojos están totalmente formados y los párpados permanecen abierto. Continúa la formación de los huesos, el cabello de la cabeza sigue creciendo y el feto comienza a enderezar su postura para que los órganos internos adopten su posición correcta. (Craig y Baucum, 2009, p.53)

Es entonces que,

En esta fase es particularmente notable el desarrollo del cerebro, cuyo tamaño se sextuplica (Moore.1988). Al comenzar el segundo trimestre, prácticamente no existen ondas cerebrales y los patrones eléctricos se parecen a los de la muerte cerebral en el adulto. Pero antes de cumplirse las 24 semanas, se observan barruntos de actividad eléctrica, lo que indica que el cerebro empieza a ser funcional. Se sientan las bases para percibir el dolor y efectuar asociaciones corticales (Kuljis, 1994). El desarrollo del cerebro permite regular otras funciones orgánicas como la respiración y el sueño. (Craig y Baucum, 2009 p.53)

El aumento de talla y peso del feto se hace más acusado en los últimos meses de esta etapa. El desarrollo del cerebro también es particularmente crucial en los tres meses finales del embarazo y proseguirá después del nacimiento, en especial durante los primero dos años. Se supone que la susceptibilidad del neonato la desnutrición se relaciona con el crecimiento neurológico en las últimas etapas del desarrollo fetal (Morgane et al. 1993) esta susceptibilidad suele manifestarse en menores puntuaciones de desarrollo durante la infancia y en un funcionamiento mental deteriorado entre los hijos de madres desnutridas. (Lefrancois, 2001, p. 96)

En este sentido,

Casi todos los cambios físicos que ocurren después del séptimo mes son cuantitativos. Ahora es cuestión de puro crecimiento: de 38 centímetros y 1180 gramos en el séptimo mes a 41 centímetros de 1816 gramos en el octavo, de 44 centímetros de 2133 gramos en el noveno mes a 50 centímetros y 3405 gramos al final de decimo. (Lefrancois, 2001, p. 96)

Considere el primer trimestre como el periodo en que se constituyen las principales estructuras y el segundo trimestre como el periodo en que maduran los órganos, sobre todo el cerebro, en preparación para la supervivencia básica. El tercer trimestre es un lapso de maduración generalizada del cerebro y de “prueba” para el sistema: el frágil feto se transforma en un bebe vigoroso y adaptable. (Craig y Baucum, 2009, p.53)

Cuando ceca de la vigésimo quinta semana, uno puede comunicarse con seres que se comportan, actúan y reaccionan a los olores, las palabras, las canciones, las emociones, resulta imposible seguir nombrándoles con una palabra biológica. Los bebés son componentes mucho antes de nacer. Están dotados de una organización neuropsicológica que los vuelve aptos, antes de cualquier experiencia, de cualquier aprendizaje, para percibir, procesar y estructurar las informaciones que llegan de su entorno. (Cyrułnik, 2008, pp.33-34)

A los siete meses el feto pesa alrededor de 1.360kgs. su sistema nervioso está lo suficientemente maduro para controlar la respiración y la deglución. Durante el séptimo mes, el cerebro se desarrolla rápidamente, formado los tejidos que se convertirán en centros localizados de varias actividades sensoriales y motoras. El feto es sensible al tacto y llega a percibir el dolor; hasta puede poseer el sentido del equilibrio. (Craig y Baucum, 2009, p.53)

Además,

Al término del octavo mes el feto pesa un poco más de dos kilos y mide alrededor de 45 centímetros. para el final del noveno mes han crecido las uñas y los extremos de los dedos de la mano y los pies. La piel se hace más suave y está cubierta por una sustancia cerosa, llamada vérnix caseosa. El bebé está listo para nacer. (Rice, 1997, p.64)

El en octavo mes el feto aumenta hasta 277 graos de peso por semana. Comienza a prepararse para vivir en el mundo exterior. Aparecen capas de gras debajo de la piel que lo protegerán contra los cambios de temperatura que enfrentará al nacer. El índice de supervivencia de los niños que nacen al octavo mes es superior a 90 por ciento en hospitales bien equipados, pero sigue habiendo riesgos. La respiración a veces es difícil; la perdida inicial de peso puede ser mayor que en el caso de los niños a término; y el control de la temperatura llega a representar un problema

porque no se han formado por completo las capas de grasa. Por tal razón, a los niños que nacen en esta etapa suelen colocarlos en incubadoras y se les brinda el mismo tipo de atención que a los que nacen antes. (Craig y Baucum, 2009, p.55)

Por otra parte,

La sensibilidad y la conducta del feto también se desarrollan con rapidez en el octavo mes. Hacia mediados de este mes, el feto abre los ojos y puede verse las manos (aunque el útero esté a oscuras). Es posible que la conciencia aparezca a las 32 semanas más o menos, pues muchos de sus circuitos nerviosos ya están perfeccionados. Los registros cerebrales muestran periodos de reposo que se parecen al sueño. (Craig y Baucum, 2009, p.55)

Durante el noveno mes, el feto presenta ciclos diarios de actividad y sueño. Se piensa que su capacidad auditiva ha alcanzado plena madurez (shatz, 1992). El feto sigue creciendo a lo largo del mes. Coloca la cabeza hacia abajo en preparación para recorrer el canal de parto. La vérnix caseosa (capa protectora parecida al queso) comienza a descamarse y por lo regular se disuelve el fino vello corporal (llamado lanugo) con que nacen algunos niños. Los anticuerpos que protegen contra enfermedades pasan de la madre al feto y complementan sus incipientes reacciones inmunológicas. (Craig y Baucum, 2009, p.55)

Entonces,

Una o dos semanas antes del nacimiento el futuro bebé desciende a medida que el útero se sitúa más abajo en la zona pélvica. Aumenta de peso a una tasa más lenta; y las células de la placenta empiezan a degenerarse. Así, en unos nueve meses más o menos, el cigoto unicelular se convierte en 10 billones de células organizadas en órganos y sistemas. El niño está listo para nacer. (Craig y Baucum, 2009, p.55)

Tabla 2. Desarrollo prenatal
(Papalia y Martorell, 2017, pp. 70-71)

Desarrollo prenatal	
Mes	Descripción
Un mes 	<p>Durante el primer mes, el crecimiento es más rápido que en cualquier otro momento del desarrollo prenatal o de la vida posnatal; el embrión alcanza un tamaño 10 000 veces mayor que el cigoto. Al final del primer mes, mide alrededor de 1.25 centímetros. La sangre fluye por sus venas y arterias, que son muy pequeñas. Tiene un corazón minúsculo, que late 65 veces por minuto. Ya tiene los rudimentos de cerebro, riñones, hígado y aparato digestivo. El cordón umbilical, la línea vital que lo une con su madre, funciona. Si se mira con atención mediante un microscopio, es posible ver las protuberancias de la cabeza que se convertirán en ojos, oídos, boca y nariz. El sexo todavía no es detectable.</p>
Siete semanas 	<p>Al final del segundo mes el embrión se convierte en feto. Mide menos de 2.5 centímetros y pesa 9 gramos aproximadamente. Su cabeza comprende la mitad de su cuerpo. Las partes del rostro están claramente desarrolladas, entre ellas la lengua y encías. Los brazos tienen manos con dedos y las piernas tienen rodilla, tobillo, pies y dedos. El feto tiene una cobertura cutánea delgada y huellas dactilares en pies y manos. Alrededor de las ocho semanas aparecen las células óseas. Los órganos sexuales están en desarrollo; el pulso es estable. El estómago produce jugos digestivos; el hígado, células sanguíneas. Los riñones eliminan el ácido úrico de la sangre. La piel es lo bastante sensible para reaccionar a la estimulación táctil.</p>
Tercer mes 	<p>Hacia finales del tercer mes, el feto pesa alrededor de 28 gramos y mide unos 7.5 centímetros. Tiene uñas, párpados (todavía cerrados), cuerdas vocales, labios y una nariz prominente. La cabeza todavía es grande (alrededor de un tercio de la longitud total) y la frente es alta. El sexo se determina con facilidad. Los aparatos y sistemas del organismo están en funcionamiento, de modo que el feto respira, aspira líquido amniótico en los pulmones y lo expulsa; ocasionalmente orina. Sus costillas vertebrales se han convertido en cartílago. El feto puede dar respuestas especializadas. Mueve las piernas, pies, pulgares y cabeza; la boca se abre y se cierra y traga. Si se toca los párpados, bizquea; si se toca la palma, la cierra parcialmente; si se toca los labios, succiona, y si se toca la planta del pie, extiende los dedos. Estos reflejos están presentes al nacer, pero desaparecen en los primeros meses de vida.</p>
Cuatro meses 	<p>El cuerpo aumenta de tamaño con respecto a la cabeza, la cual tiene ahora una cuarta parte de la longitud, la misma proporción que cuando nazca. El feto mide de 20 a 25 centímetros y pesa 170 gramos. El cordón umbilical es tan largo como el feto y seguirá creciendo junto con él. La placenta está totalmente desarrollada. La madre puede sentir que el bebé pateo, un movimiento llamado animación, que en algunas sociedades y grupos se considera el principio de la vida. Las actividades reflejas que aparecen al tercer mes son más energéticas porque aumenta el desarrollo muscular.</p>

<p>Cinco meses</p> 	<p>El feto, que ahora pesa de 340 a 450 gramos y mide alrededor de 30 centímetros, comienza a dar signos de personalidad individual. Tiene ritmos definidos de vigilia y sueño, adopta posición favorita en el útero (su postura) y es más activo: pateo, se estira, se retuerce y tiene hipo. Si se pone la oreja contra el abdomen de la madre, puede oírse el corazón de feto. Las glándulas sudoríparas y sebáceas funcionan. El aparato respiratorio todavía no es capaz de sostener la vida fuera del vientre; un bebé nacido a esta edad no sobrevive. Comienzan a crecer vellos ásperos como cejas y pestañas, vello fino en la cabeza, a la vez que una pelusa, llamada lanugo, cubre el cuerpo.</p>
<p>Seis meses</p> 	<p>El ritmo de crecimiento fetal disminuye un poco: al término del sexto mes el feto mide 35.5 centímetros y pesa medio kilo. Tiene acumulación de grasa bajo la piel; los ojos están completos: se abren y se cierran y miran a todas direcciones. Pueden oír y cerrar con fuerza el puño. Un feto nacido a comienzos del sexto mes tiene pocas posibilidades de sobrevivir, porque el aparato respiratorio no ha madurado. Sin embargo, con los adelantos médicos es más viable que sobreviva si nace hacia el final del mes.</p>
<p>Siete meses</p> 	<p>Al terminar el séptimo mes, el feto, de unos 40 centímetros y de 1.3 a 2.2 kilos, tiene reflejos bien desarrollados. Lloro, respira y traga y puede chuparse el dedo. El lanugo desaparece en esta época (o permanece hasta poco después de nacer). El pelo de la cabeza sigue creciendo. Las posibilidades de que sobreviva un feto que pesa por lo menos kilo y medio son bastante buenas, siempre que reciba atención médica intensiva. Es probable que tenga que quedarse en una incubadora hasta que alcance un peso de 2 kilos.</p>
<p>Ocho meses</p> 	<p>El feto de ocho meses mide de 46 a 50 centímetros y pesa entre 2.3 y 3.2 kilos. Su morada le queda estrecha, así que estorba sus movimientos. Durante este mes y el siguiente, se desarrolla una capa de grasa en todo su cuerpo, para que pueda ajustarse a las variaciones de temperatura fuera del vientre.</p>
<p>Nueve meses</p> 	<p>Alrededor de una semana antes de nacer, el feto deja de crecer. Alcanzo un peso promedio de 3.5 kilos y una longitud de uso 50 centímetros, aunque los niños tienden a ser algo más grandes y pesados que las niñas. Surgen nuevas acumulaciones de grasa, los aparatos del sistema orgánicos operan mejor, el pulso se acentúa y se expelen más desechos por el cordón umbilical. El color rojizo de la piel comienza a desvanecerse. Al nacer, el feto habrá pasado en el vientre alrededor de 266 días, aunque es normal estimar la edad gestacional en 280 días, porque los médicos fechan el embarazo a partir de la última menstruación de la madre.</p>

2.3. Alimentación y enfermedades de la gestante e influencias ambientales.

Durante el embarazo, los requerimientos energéticos de la madre cambian, de modo que entonces necesita entre 10 y 15 por ciento más calorías. Los cambios

metabólicos concomitantes incluyen un aumento en la síntesis de las proteínas, importante para la formación de la placenta y el ensanchamiento del útero; una reducción en el consumo de carbohidratos, cuyo objeto es proporcionar suficiente glucosa al feto, y mayor acumulación de grasa para satisfacer los requerimientos energéticos de la madre (Chez y Chervenak, 1990; citados en Lefrancois, 2001, p. 105)

La gestante no solo debe aumentar su ingesta de proteínas, sino que también necesita de más minerales (por ejemplo, calcio, magnesio, hierro y zinc) y vitaminas importantes (principalmente B6, D Y E). Los requerimientos dietéticos de las gestantes son superiores en un 25 a un 50 por ciento comparados con los de las que no están embarazadas. (Recommended dietar y Allowances, 1980; citado en Lefrancois, 2001, p.105)

Según Craig y Baucum (2009) afirma que “si la mujer empieza el embarazo sano y de buenas condiciones físicas, si consume una dieta balanceada en proteínas y en calcio y si aumenta unos 11.3 kilogramos, tendrá mayores probabilidades de dar a luz a un niño saludable. (p. 57)

Es por eso que,

La desnutrición fetal puede deberse a una dieta mal balanceada de la madre y a deficiencia de vitaminas, proteínas u otras sustancias, lo mismo que problemas en el proceso digestivo o del metabolismo global. Los síntomas son notorios de la desnutrición fetal son bajo peso al nacer, tamaño más pequeño de la cabeza y tamaño general menor que el de recién nacidos que han parecido el mismo tiempo en el seno materno (Metcoff y otros, 1981; Simopoulos, 1983: citado en Craig y Baucum, 2009, p.57).

El desarrollo del feto depende completamente de su madre para la nutrición, que proviene de la sangre materna. El estatus nutricional está determinado por la ingesta total de calorías de la madre y también por los niveles apropiados de proteínas, vitaminas y minerales. La nutrición de la madre influye incluso de su habilidad para la reproducción. En circunstancias extremas de malnutrición, las mujeres dejan de menstruar, por tanto, impide la concepción. Los niños de madres mal nutridas son más propensos a sufrir malformaciones. (Santrock, 2006, p. 112)

Por lo anterior es que,

Los investigadores también han descubierto que el sobrepeso antes y durante el embarazo puede ser un factor de riesgo para el feto y para el niño. En dos estudios recientes se afirma que las mujeres obesas tienen un riesgo significativo de muerte fetal tarde en el embarazo, aunque el riesgo de parto prematuro es menor entre estas mujeres. (Santrock, 2006, p. 112)

Un aspecto de la nutrición maternal es importante para el normal desarrollo prenatal es el ácido fólico, un complejo de vitamina B (Cleves y otros 2004). La carencia del ácido fólico está relacionada con defectos en el tubo neuronal, como la espina bífida en el recién nacido (Evans y otros, 2004; Faber y otros, 2004). El zumo de naranja y las espinacas son algunos de los alimentos ricos en ácido fólico (Santrock, 2006, p. 112)

Es por eso que,

Es importante identificar a comienzos del embarazo, para que pueda tratarse. Las mujeres desnutridas toman complementos dietéticos mientras están embarazadas tienen hijos más grandes, sanos, activos y alertas (J.L Brown,1987; Vuori et al., 1979); y las mujeres con poco zinc que toman complementos del elemento tienen menos probabilidades de alumbrar hijos con poco peso al nacer y circunferencia craneal pequeña (Hess y King, 2009; citado en Papalia y Martorell, 2017, p.76)

Craig (1997) pregunta con respecto a la alimentación de la madre “¿Cómo afecta al feto la duración de un periodo de enfermedad o desnutrición?”. (p. 58)

Por lo que responde,

La investigación con animales ha demostrado que la madre puede proteger al feto contra los efectos de la desnutrición a corto plazo, utilizando sus propias reservas almacenadas. También llega a proteger sus propios tejidos contra efectos serios y prolongados. Al parecer, tanto la madre como el feto están en condiciones de recuperarse de una desnutrición moderada (Jones y Crnic, 1986). Por tanto, si una madre bien alimentada pasa por un periodo de desnutrición durante su embarazo, es posible que los efectos no duren mucho tiempo, siempre que el niño reciba una buena dieta y cuidadores responsables (Stein y Susser, 1976). Asimismo, en caso de que la desnutrición fetal haya sido relativamente breve, a veces puede

compensarse con programas de nutrición infantil o con programas combinados de salud, nutrición y cuidado del niño. (Craig y Baucum, 2009, p. 58)

Por otra parte, Rice (1997), puntualiza que “después de la concepción, el ambiente en el que crece el feto es crucial para un desarrollo saludable, por lo que ahora nos concentramos en el ambiente al que es expuesta la mujer embarazada”. (p.79)

Se llama teratógeno a cualquier sustancia que cruza la barrera placentaria, daña al embrión o feto y ocasiona defectos congénitos. El momento en que tiene lugar la exposición a los teratógenos es particularmente importante, porque existe un periodo crítico en que se desarrollan los órganos y partes del cuerpo y durante el cual resulta más dañina la exposición a los teratógenos. (Rice, 1997, p. 79)

Puntualizaremos ahora distintos tipos de productos químicos y sus efectos que tienen relación con las anomalías del feto en el embarazo,

Los fármacos:

Alguna vez se pensó que la placenta protege al feto contra los medicamentos que la madre consume durante el embarazo, hasta principios de la década de 1960, cuando se prohibió el uso de un tranquilizante llamado talidomida, después de que se encontró que había ocasionado la atrofia o falta de extremidades, deformidades faciales graves y órganos defectuosos en 12 000 bebés. (Papalia y Martorell, 2017, p.76)

Entre las medicinas que pueden ser dañinas durante el embarazo destacan el antibiótico tetraciclina, ciertos barbitúricos, opiáceos y otros depresores del sistema nervioso central; como el metotrexato y Acutane – una medicina que se receta para el acné grave –; los medicamentos para tratar la epilepsia; y varios fármacos antipsicóticos. (Papalia y Martorell, 2017, p.76)

Por esta razón Rice (1997) señala que “en la actualidad los medicamentos que las mujeres embarazadas no tomen ningún medicamento, ni siquiera aspirina, sin aprobación médica. La lista de fármacos dañinos sigue creciendo, e incluso drogas y medicamentos de uso y abuso frecuentes”. (p.79)

Los narcóticos, sedantes y analgésicos son depresores del sistema nervioso central. Entre éstos se incluyen la heroína y otras formas de narcóticos, los barbitúricos, la aspirina y otras sustancias. Si la madre es adicta a la heroína, el bebé también

nacerá con la adicción. Grandes dosis de aspirina pueden ocasionar sangrados antes y después del parto. (Rice, 1997, p.79)

El alcohol.

La exposición prenatal al alcohol es la causa más común de retraso mental y la principal causa prevenible de defectos de nacimiento [...]. El síndrome de alcoholismo fetal (SAF) se caracteriza por la combinación de retraso del nacimiento, malformaciones del rostro y el cuerpo, y trastornos del sistema nervioso central. Se calcula que el síndrome de alcoholismo fetal y otras condiciones relacionadas con el alcohol, menos graves, ocurren en casi uno de 100 nacimientos (Sokol, Delaney-Black y Nordstrom, 2003; citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 77).

Mientras que para Rice, (1997), “es una causa de preocupación, [...] el consumo de uno o dos tragos al día incrementa sustancialmente el riesgo de malformaciones en el desarrollo, así como retardo físico y mental” (Mills, Graubard, Harley, Rhoades y Berendes, 1984; citado en Rice, 1997, p.79)

La nicotina,

Es ciertamente un factor que influye en el bajo peso neonatal, el peso promedio al nacimiento de infantes de madres que fuman durante el embarazo es 170 gramos menor al de los niños de madres no fumadoras. El retardo en el crecimiento ocurre cuando las madres fuman cinco o más cigarrillos al día (Nieburg, Marks, McLaren y Remington, 1985). Además, hay un incremento en la incidencia de abortos espontáneos, nacimientos prematuros, muertes en el parto y muertes neonatales, así como el riesgo de placenta previa (Edwards, 1992; Rid, 1992; citado en Rice, 1997, p.79).

En este sentido, Papalia y Martorell, (2017) mencionan que,

Fumar durante el embarazo también aumenta el riesgo de aborto, retraso del crecimiento, muerte del feto, microcefalia, muerte del lactante, cólico (llanto prolongado sin control ni causa aparente), trastorno de hipercinesia (motivo excesivo) y problemas respiratorios, neurológicos, cognoscitivos y conductuales a largo plazo (AAP Committee on Substance Abuse, 2001; DiFranza et al., 2004; Froehlich et al., 2009; Hoyert, Mathews et al., 2006; Linner et al., 2005; Martin, Hamilton et al., 2007; Shah, Sullivan y Carter, 2006; Smith et al., 2006; citado en Papalia y Martorell, 2017, pp. 77-78).

La Marihuana.

El uso de marihuana ha sido asociado con el nacimiento prematuro y bajo peso neonatal (Fries, Watkinson y Willan, 1984). Lester y Dreher (1989) han catalogado a la marihuana como teratógeno conductual porque afecta el funcionamiento de los niños después del nacimiento. Estos autores encontraron que fumar marihuana durante el embarazo afecta el llanto del bebé recién nacido, lo que sugiere participación de las vías respiratorias. (Rice, 1997, p.79)

Mientras que para Papalia y Martorell (2017) nos mencionan que,

En dos estudios longitudinales, el consumo prenatal de marihuana se asoció con deterioro de la atención, impulsividad y dificultades para ejercitar las habilidades visuales y perceptivas después de los tres años, lo que indica que la droga afecta el funcionamiento de los lóbulos frontales cerebrales (Fried y Smith, 2001; citado en Papalia y Martorell, 2017, p.78).

Del mismo modo Craig, (1997), hace referencia a que “[...] los resultados de una serie de estudios realizados [arrojó que] los recién nacidos que fueron expuestos a la [sic] mariguana antes del nacimiento muestran un llanto relativamente agudo y se comportan en forma parecida a la de los niños que sufren una abstinencia moderada a los narcóticos. En conclusión, al parecer las dosis elevadas de [sic] mariguana afectan el sistema nervioso central, y por ende, el control neurológico del niño (Lester y Dreher, 1989, citado en Craig y Baucum. 2009, p.64)

La cocaína.

El consumo de cocaína durante el embarazo se ha relacionado con aborto espontáneo, crecimiento demorado, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer, microcefalia, defectos congénitos y deterioro del desarrollo neurológico (Bunikowski, et al., 1998; Chiriboga, Brust, Bateman y Hauser, 1999; Macmillan et al., 2001; March of Dimes Birth Defects Foundation, 2004^a; Scher, Richardson y Day, 2000; Shankaran et al., 2004; citado en Papalia y Martorell, 2017, p.78).

Mientras tanto Rice, (1997) escribe que,

El uso de cocaína puede producir abortos espontáneos, muerte neonatal, malformaciones en el bebé o el síndrome de muerte súbita del lactante (Bignol,

Fuchs, Diaz, Stone y Gromisch, 1987; Chasnoff,, Burns, Schnoll, y Burns, 1985; citado en Rice, 1997, p. 79)

Por otra parte, para Craig y Baucum (2009), describe que,

Los primeros estudios sobre la exposición a la cocaína durante el periodo prenatal revelaron ciertos efectos negativos (Madden y otros, 1986), y algunas embarazadas, sumergidas en un falso sentido de seguridad, consumían cocaína para facilitar el trabajo de parto. Pero investigaciones más exhaustivas han demostrado que el feto está expuesto a un daño grave. Las mujeres que la consumen sufren más complicaciones durante el trabajo de parto y sus hijos presentan un gran riesgo de ser prematuros, sufrir retraso de crecimiento, retraso mental e incluso la muerte por hemorragia (Beteman y otros, 1993; citado en Craig y Baucum, 2009, p, 65)

Los bebés tienden a sonreír menos, son más difíciles de consolar, succionan y buscan el pecho materno con menos intensidad que los niños normales (Phillips y otros, 1996). A muchos hijos de madres que consumen la droga les resulta difícil lograr el control motor, orientarse hacia los estímulos visuales o hacia los sonidos y regular de manera normal la marcha y el sueño. (Craig y Baucum, 2009, p, 65)

2.4. Evaluación prenatal

Santrock (2006) informa que, “Los científicos han desarrollado varios test para determinar si un feto se está desarrollando normalmente, entre ellos la amniocentesis, la ecografía, la biopsia de un corion y el análisis de sangre de la madre” (p. 83).

La amniocentesis es el procedimiento prenatal en el que se extrae una muestra del líquido amniótico con una jeringuilla y se analiza para descubrir si el feto está sufriendo una anomalía metabólica o cromosómica. El líquido amniótico se encuentra dentro del amnios, un saco fino y membranoso en el que se encuentra el embrión. La amniocentesis se realiza entre las 12 y 16 semanas de embarazo. Cuanto más tarde se realice la amniocentesis mejor será el potencial del diagnóstico (Welch, Blessed y Lacoste, 2003). Sin embargo, cuanto antes se realice, más útil será para determinar cómo será el embarazo (Pinnett y otros, 2004). Existe un pequeño riesgo de aborto al realizar la amniocentesis. Aproximadamente de 200 a 300 mujeres tienen un aborto después de una amniocentesis. (Santrock, 2006, p. 83)

Mientras que,

La ecografía es un procedimiento médico prenatal en el que se utilizan ondas de alta frecuencia sobre el abdomen de la mujer embarazada. El eco de los sonidos se transforma en una representación visual de las estructuras internas del feto. Esta técnica ha sido capaz de detectar alteraciones como la microcefalia, una forma de retraso mental que implica un cerebro anormalmente pequeño, al igual que dar pistas sobre el sexo del bebé (bahado- Singh y otros 2003). A menudo se utilizan las ecografías junto a la amniocentesis para determinar la localización exacta del feto dentro del abdomen de la madre. Cuando se hacen ecografías más de cinco veces, aumenta el riesgo de un recién nacido de bajo peso. (Santrock, 2006, p.83)

A medida que los científicos han investigado como evaluar la forma más precisa y segura del estado prenatal, se han ido desarrollando nuevos test. La biopsia de corion es un procedimiento médico prenatal en el que se toma una pequeña muestra del tejido de la placenta (el órgano vascular que vincula al feto con el útero de la madre) entre la octava y la decimoprimer semana de embarazo (Zoppi y otros, 2001). El diagnóstico tarda aproximadamente 10 días. La biopsia de corion permite tomar una decisión sobre la interrupción del embarazo casi al final del primer trimestre., cuando el aborto es más seguro y menos traumático que después de la amniocentesis, entre la semana 12 y 16 del embarazo. La biopsia de corion tiene un riesgo de aborto un mayor que la amniocentesis y está ligada al riesgo de deformidades de las extremidades (Papp y Papp, 2003). Ambas técnicas proporcionan una información valiosa sobre la presencia de defectos congénitos, pero también traen consigo la difícil cuestión para los padres sobre si debe llevar a cabo un aborto si se confirma la presencia de dichas alteraciones. (Santrock. 2006, pp. 83-84)

Por otra parte,

El análisis de sangre de la madre identifica los embarazos que tienen un riesgo más alto de alteraciones en el nacimiento como la espina bífida (un defecto fatídico en la medula espinal) y el síndrome de Down (Erdem y otros, 2002). Cuando se empezaron a realizar estos test en los años ochenta, sólo se medía la alfa-feroproteína (AFP). Este test se denomina ahora triple-screening porque en la actualidad mide tres sustancias en la sangre de la madre: la alfa-feroproteína, el estriol y la gonadotropina crónica humana. Este test se realiza entre la 16 a 18

semanas de embarazo. Cuando el resultado del triple- screening es normal si siguiente paso suele ser una ecografía, si ésta no proporciona una explicación de la anomalía de los resultados del test, se suele realizar una amniocentesis. (Santrock, 2006, p. 84)

Tabla 3. Técnicas de evaluación prenatal
(Papalia y Martorell, 2017, p.83)

Técnicas de evaluación prenatal			
Técnica	Descripción	Usos y Ventajas	Riesgos y notas
Ultrasonido (sonograma), sonoembriología	Ondas sonoras de alta frecuencia dirigidas al abdomen de la madre producen una imagen del feto en el útero. La sonoembriología usa sondas transvaginales de alta frecuencia y procesamiento de imágenes digitales para producir una imagen del embrión en el útero.	Vigilar el crecimiento, movimientos, posición y forma del feto; evaluar el volumen del líquido amniótico; calcular la edad gestacional; detectar embarazos múltiples. Detectar anomalías estructurales graves o muerte fetal. Guiar la amniocentesis y el muestreo del vello coriónico. Diagnosticar trastornos ligados al sexo. Por sonoembriología pueden detectarse defectos inusuales en la etapa de desarrollo embrionario.	En muchos lugares se practica de rutina. Se usa para determinar el sexo del neonato.
Embrioscopia, fetoscopia	Un visor diminuto se inserta en el abdomen de la madre para ver el embrión o feto. Es auxiliar en el diagnóstico de trastornos genéticos no cromosómicos.	Puede orientar las transfusiones sanguíneas fetales y los trasplantes de médula ósea.	Es más arriesgada que otros procedimientos de diagnóstico.
Amniocentesis	Se toma una muestra del líquido amniótico con una guía ultrasónica y se analiza. Se usa principalmente para obtener y examinar células fetales.	Se pueden detectar trastornos cromosómicos y ciertos defectos genéticos o multifactoriales; más de 99% de exactitud. En general se practica a mujeres de más de 35 años; se recomienda si los posibles padres saben que son portadores de la enfermedad de Tay-Sachs o anemia falciforme o si tienen antecedentes familiares de síndrome de	Por lo general no se realiza antes de las 15 semanas de gestación. Los resultados tardan de 1 a 2 semanas. Agrega un pequeño riesgo (0.5 a 1%) de pérdida o lesión fetal; la amniocentesis precoz (entre la undécima y decimotercera

		Down, espina bífida o distrofia muscular. Sirve para diagnosticar trastornos ligados al sexo.	semanas de gestación) es más arriesgada y no se recomienda.
Muestreo de vello coriónico	Se toma de la placenta y se analizan tejidos de vello coriónico (proyecciones a modo de pelo de la membrana que rodea al feto).	Diagnóstico temprano de defectos y trastornos de nacimiento. Se realiza entre la décima y duodécima semana de gestación; da resultados acertados dentro del margen de una semana.	No debe realizarse antes de la décima semana de gestación. En algunos estudios se señala el aumento de 1 a 4% del riesgo de pérdida fetal que con amniocentesis.
Diagnóstico genético antes de la implantación	Después de la fertilización <i>in vitro</i> , se toma una muestra celular del blastocito y se analiza.	Puede prevenir la transmisión de defectos o predisposiciones genéticas que se sabe que aquejan a la familia; un blastocito defectuoso no se implanta en el útero.	No se conocen riesgos.
Muestreo del cordón umbilical (cordocentesis o muestreo de sangre fetal)	Se inserta una aguja, guiada por un ultrasonido, en los vasos sanguíneos del cordón umbilical.	Permite tomar ADN fetal para realizar medidas diagnósticas, incluyendo evaluación de trastornos e infecciones hemáticas, y medidas terapéuticas como trasfusión de sangre.	Pérdida fetal o aborto en 1 a 2% de los casos; mayor riesgo de hemorragia del cordón umbilical o estrés fetal.
Pruebas de sangre de la madre	Se analiza una muestra de sangre de la mujer para detectar alfa fetoproteína.	Puede indicar defectos en la formación del cerebro o la médula (anencefalia o espina bífida); también pronostica síndrome de Down y otras anomalías. Permite la vigilancia de embarazos en riesgo de bajo peso al nacer o mortinato.	No se sabe de riesgos, pero es posible que dé falsos negativos. Se necesita ultrasonido o amniocentesis para confirmar las condiciones que se sospechan.

2.5. Parto

La mujer que pare no es una mujer enferma; el parto es un proceso fisiológico y no una enfermedad. Por tanto, la atención de la mujer en el parto y de su hijo recién nacido debe realizarse desde una perspectiva diferente a la que se aplica en el cuidado de las personas de otras zonas de ingreso de los hospitales (Manual de Lactancia Materna, 2009, p. 5)

Aunque parezca sorprendente, las causas que dan inicio al proceso de parto son hoy tan misteriosas como siempre lo han sido. Hipócrates, que escribió más de 400 años antes de cristo, pensaba que lo sabía. “El niño inicia todo el proceso – informaba a sus lectores–. Cuando ha crecido bastante ya no dispone de suficientes nutrimentos, así que se agita; pateo y mueve los brazos y rompe las membranas que lo envuelven. Y entonces se esfuerza en salir, con la cabeza por delante porque es más pesada que la parte inferior (Lefrancois, 2001, p.107)

Así mismo,

El trabajo de parto es un buen término para denominar el proceso de nacimiento, un acontecimiento difícil para la madre y para el bebé. Lo que incita el trabajo de parto es una sucesión de cambios uterinos, cervicales y otros, llamado parición. La parición es el acto o proceso de dar a luz y generalmente comienza unas dos semanas antes del parto, cuando las contracciones de estrógeno se elevan de manera abrupta, lo que estimula las contracciones del útero y hace que el cuello de la matriz sea más flexible. (Papalia y Martorell, 2017, p. 89)

Además,

Entre los métodos de parto están el medicinal, natural y preparado, y la cesárea. La Academia Americana de Pediatría recomienda que se tome la menor cantidad de medicinas posibles durante el parto, aunque es la madre o el personal médico que la atiende los que deben decidir qué tipo de fármaco son necesarios. (Santrock, 2006, p.119)

Es entonces que,

El verdadero trabajo de parto es de naturaleza rítmica: recurre a intervalos fijos, con contracciones uterinas, que por lo general aparecen con lapsos de aproximadamente 15 a 20 minutos para luego disminuir a intervalos de tres a cuatro minutos cuando el parto está en proceso. Además, la duración total de cada contracción se incrementa de menos de medio minuto a más de uno. (Rice, 1998, p.100)

Rice (1998) señala que “la expulsión del tapón mucoso, o descarga del tapón mucoso que sella el cuello del útero puede preceder al inicio del parto hasta por 72 horas. En otros momentos, es una indicación de que ha empezado el trabajo de parto” (p.100).

En ocasiones, el primer signo de la inminencia del parto es la rotura del saco amniótico (la bolsa de aguas), seguida por la filtración de goteo de líquido acuoso de la vagina. En la octava parte de todos embarazos, especialmente en los primeros, las membranas amnióticas se rompen antes de que empiece el parto. Cuando esto sucede, el parto tendrá lugar de seis a 24 horas más tarde si la mujer se encuentra a unos cuantos días de término. Si no está cerca del término, los doctores intentan demorar el parto hasta que los pulmones del feto hayan madurado. (Rice, 1998, pp.100-101)

Las contracciones uterinas que expulsan al feto comienzan hacia los 266 días de la concepción, con rigidez del útero. En ocasiones, una mujer puede sentir contracciones falsas (las contracciones de Braxton- Hicks) en los últimos meses del embarazo o incluso ya en el último trimestre, cuando los músculos del útero se tensan hasta dos minutos. En comparación con las contracciones de Braxton- Hicks, que son leves e irregulares, las verdaderas contracciones del trabajo de parto son más frecuentes, rítmicas y dolorosas, y aumentan su frecuencia y su intensidad. (Papalia y Martorell, 2017, p. 89)

Santrock (2006) y Rice (1998) explican las fases del nacimiento de un bebé:

El proceso real del trabajo de parto se produce en tres fases; la primera, y más larga, es la etapa de dilatación, durante el cual la fuerza de los músculos uterinos que empujan al bebé gradualmente va abriendo la boca del cuello uterino (cérvix) que aumenta su diámetro o de menos de dos a 10 centímetros (Rice, 1998, p.102)

Para una mujer primeriza la primera fase dura una media de 12 a 24 horas, es la más larga la de tres. En la primera fase, las contracciones uterinas ocurren cada 15 o 20 minutos al principio y duran casi un minuto. Estas contracciones hacen que el cuello del útero de la mujer, la apertura hacia el canal de parto se expanda y se abra. A medida que esta fase avanza, las contracciones son más seguidas apareciendo cada 2/5 minutos y su intensidad también aumenta. al final de la primera fase, las contracciones dilatan el cuello de útero hasta abrirlo unos 2cm, para que el bebé pueda moverse del útero al canal de parto. (Santrock, 2006, p.117)

Además,

La segunda fase del nacimiento comienza cuando la cabeza del bebé empieza moverse por el cuello del útero y en el canal del parto y termina cuando el bebé

emerge completamente del cuerpo de la madre. En el primer parto esta fase dura aproximadamente una hora y media. Con cada contracción la madre empuja con fuerza para que el bebé salga. En el momento en que la cabeza del bebé está fuera del cuerpo de la madre las contracciones son casi cada minuto y duran aproximadamente un minuto. (Santrock, 2006, p.117)

Santrock (2006) señala que, “el alumbramiento es la tercera fase, el momento cuando la placenta, el cordón umbilical y otras membranas se separan y se expulsan. Esta fase final es la más corta de las tres, dura sólo unos minutos” (p, 117).

En el parto normal la cabeza del bebé sale primero, mientras que el cuerpo rota para que salga primero el hombro y luego el otro, lo que permite que el resto del cuerpo del bebé salga sin dificultad. La nariz, boca y faringe del bebé son aspiradas con una jeringuilla para eliminar el moco y fluidos y ayudar a establecer la respiración. (Rice, 1998, p.103)

Figura 7. Las tres etapas del parto.

(Papalia y Martorell, 2017, p.89)

Las tres etapas del parto

a) En la primera etapa del trabajo de parto, una sucesión de contracciones cada vez más fuertes dilatan el cuello del útero, que es la apertura del vientre materno. b) En la segunda etapa, el bebé desciende hacia el canal de parto y sale por la vagina. c) En la breve tercera etapa, el útero expulsa la placenta y el cordón umbilical. Finalmente, se corta el cordón.



Al cordón umbilical se le colocan dos grapas, se corta entre ellas, y se ata. Normalmente, los obstetras recomiendan que se realicen una episiotomía en casi todas las madres primerizas o en aquéllas a las que se les ha practicado previamente. La episiotomía consiste en una incisión quirúrgica para prevenir dilataciones o desgarres del perineo. Resulta sencillo coserla después del nacimiento y sana más fácilmente que un desgarro. (Rice, 1998. p.103)

Evaluación de la salud y la conducta neonatal

Craig y Baucum (2009) menciona que, “ha nacido un nuevo miembro de la familia, y todos quieren saber cuánto pesa u cómo es. ¿Cómo son los neonatos y cómo reaccionan ante el nacimiento?” (p.69)

Al nacer el niño promedio a término pesa entre 2.5 y 4.3 kilogramos y mide 48 y 56 centímetros. Es posible que su piel todavía esté cubierta por la vérnix caseosa y el lanugo (que se desprenden en el primer mes de vida). (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

La cabeza parece proporcionada y demasiado larga por un proceso de deformación que ocurre para facilitar el parto. Las placas blandas y óseas del cráneo, conectadas sólo por unas superficies cartilaginosas fontanelas, se comprimen en el canal de parto para permitir el paso de la cabeza. En virtud de que las fontanelas aún no se endurecen ni se amalgaman al cráneo. Los genitales externos pueden parecer agrandados por la presencia de las hormonas que llegaron al niño antes del nacimiento. (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

Craig y Baucum (2009) por otra parte; realiza una pregunta que pocos se hacen, y es que pocos se enfocan en este proceso del nacimiento por lo que parte preguntando ¿Es traumático el nacimiento?

Responde, prescindiendo de si el nacimiento es “traumático” o de si, como propuso Freud, se relaciona con la ansiedad del adulto, el nacimiento sí es una transición radical del ambiente protegido y seguro del útero al ambiente externo, mucho menos seguro y más duro. Como se le proporcionarán ya oxígeno ni nutrientes cuando los necesite, el recién nacido debe respirar por sí mismo, aprender a comunicar sus necesidades y deseos en un mundo social que quizá no le muestre sensibilidad. (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

El nacimiento es un acontecimiento sumamente estresante para el recién nacido. Pero el niño a término está preparado para enfrentar el estrés (Gunnar, 1989). En los últimos momentos del nacimiento, aumenta mucho la secreción de adrenalina y noradrenalina, hormonas que contrarrestan el estrés. La adrenalina también contribuye a compensar cualquier deficiencia inicial de oxígeno y prepara al recién nacido para respirar por los pulmones. Las primeras respiraciones son difíciles porque el líquido amniótico presente en los pulmones debe ser expulsado y es

necesario llenar millones de diminutas bolsas de aire en los pulmones. Pese a ello, en unos cuantos minutos la mayoría de los niños respiran normalmente. (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

Por lo anterior es que pregunta

¿Y el sufrimiento? El recién nacido tiene niveles relativamente elevados de un analgésico natural denominado betaendorfina, que circula por la sangre. Junto con las hormonas estimulantes, el analgésico hace que los bebés estén muy alertas y receptivos poco después del nacimiento. (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

Por lo anterior es que Craig y Baucum (2009), nos habla de un periodo de ajuste,

A pesar de su aspecto indefenso, los niños a término son criaturas corpulentas que empiezan a adaptarse a su nueva vida: el cuerpo de su madre ya no hace todo por ellos y empiezan a funcionar como individuos independientes. Hay cuatro áreas decisivas de ajuste físico: respiración, circulación sanguínea, digestión y regulación de la temperatura. (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

Con las primeras respiraciones, los pulmones se llenan de aire y empiezan a funcionar como el órgano principal del aparato respiratorio. En los primeros días después del nacimiento, los neonatos pasan por periodos de tos y de estornudos. A menudo los padres se sienten alarmados, pero tales manifestaciones sirven para eliminar el moco y el líquido amniótico de las vías respiratorias. La respiración marca también un cambio importante en el sistema circulatorio. El corazón ya no necesita bombear sangre a la placenta para obtener oxígeno. Se cierra entonces una válvula en el corazón de niño y se canaliza el flujo de sangre hacia los pulmones. La transición de la circulación fetal a la circulación independiente y al sistema respiratorio comienza inmediatamente después del nacimiento y tarda varios días. La anoxia (ausencia de oxígeno) puede causar daño cerebral permanente si se prolonga varios minutos al momento de nacer. (Craig y Baucum, 2009, p, 69)

Es entonces que,

Antes del nacimiento, la placenta suministra nutrientes, pero ahora el sistema digestivo del neonato debe empezar a funcionar. Esta transición es mas larga y lenta que los cambios tan drásticos de la respiración y la circulación que ocurren justo después del nacimiento el sistema de regulación de la temperatura también se ajustan al ambiente de manera gradual. En el interior de útero, la piel del niño se

mantenía a una temperatura constante. Después del nacimiento su propio metabolismo deberá protegerlo incluso contra alteraciones pequeñas de la temperatura externa. Por tal razón salvo que se encuentre en una incubadora, debe abrigarse con cuidado para conservarlo caliente en los primeros días y semanas de vida. Poco a poco podrá mantener una temperatura corporal constante, con ayuda de una capa de grasa que va acumulándose durante las primeras semanas. (Craig y Baucum, 2009, pp. 69-70)

Por lo anterior, ahora es indispensable explicar la escala de Apgar con la que se evalúa a los bebés minutos después de su nacimiento,

Después del nacimiento, el médico evaluará el estado de salud del recién nacido. El método más común en el sistema desarrollado por Virginia Apgar en 1952 al que se conoce como escala de Apgar. El sistema ha designado valores para diversos signos neonatales y permite un diagnóstico rápido y tentativo de problemas importantes (Apgar, 1953). El neonato es evaluado al minuto y a los 5 minutos del nacimiento. (Rice, 1997, p, 106)

Tabla 4. Escala de Apgar

(Rice, 1997, p.107)

<p>La escala de Apgar, desarrollada en 1952 por la doctora Virginia Apgar, es un índice del estado de salud del niño recién nacido. El sistema de calificación fue desarrollado para predecir la supervivencia, comparar diversos métodos de resucitación, evaluar ciertas prácticas obstétricas (como inducir el parto, la anestesia de la madre y las intervenciones cesáreas) y asegurar una observación más cercana del niño durante los primeros minutos de vida.</p> <p>Se eligieron cinco signos de condición física del bebé para la medición: : tasa cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta refleja (la respuesta a la prueba respiratoria y a la estimulación de la piel del pie) y el color. Cada signo recibe u puntaje de 0, 1, o 2, como se muestra en la tabla.</p>			
Signo	0	1	2
Tasa cardiaca	Ausente	Baja (por debajo de 100)	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, hipoventilación	Buen llanto, fuerte
Tono muscular	Laxo	Cierta flexión de las extremidades	Buena flexión
Respuesta refleja	Sin respuesta	Hace muecas	Tose o estornuda
Respuesta al catéter en la fosa de la nariz) la prueba se realiza después de que la faringe ha sido limpiada)	↓	↓	↓
Palmada tangencial en el pie	No hay respuesta	Hace muecas	Llanto o retira el pie
Color	Azul, pálido	El cuerpo rosa, las extremidades azules	Piel saludable sin decoloración

El puntaje obtenido en la escala de Apgar es la suma de las cinco calificaciones y va de 0 a 10, donde 10 es el puntaje óptimo. Un puntaje de 0 puede indicar muerte neonatal; un puntaje de 1 a 3 indica que el infante está muy débil; de 4 a 6, moderadamente débil, y de 7 a 10, en condición buena o excelente. La evaluación se hace al minuto y a los cinco minutos. La primera indica la condición al nacimiento, la segunda combina la condición al nacimiento con los resultados de los cuidados proporcionados durante los primeros cinco minutos.

Hay cinco signos de la condición física del bebé en la escala de Apgar: tasa cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta refleja (la respuesta a la prueba respiratoria y a la estimulación de la piel del pie) y color. [...] El puntaje máximo en suma de las cinco escalas es 10, y es raro encontrarlo. Un puntaje de 0 puede indicar muerte neonatal; de 4 a 6, moderadamente débil; y de 7 a 10 en buena condición. (Rice.1997, pp. 106-107)

Por otro lado, los niños también tienen la oportunidad de realizarse el Tamiz neonatal, prueba que en México es gratuita se sea derechohabiente o no de alguna dependencia, prueba que se realiza una semana posterior al nacimiento.

Los defectos al nacimiento son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. Algunos de estos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; esta última acción permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y, al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida. En los últimos años, los logros obtenidos en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal han tenido gran trascendencia, y se orientan a proporcionar la detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas que colocan en riesgo al binomio madre-hijo, así como a plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia. (Gobierno del Estado de México, 2018, primer párrafo)

En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz las acciones encaminadas a la detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de estos trastornos del nacimiento se apegan a la NOM 034, en esta Norma Oficial Mexicana se incluyen los principales defectos prevenibles o susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener un impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años. Una de las acciones encaminadas a la detección oportuna de estas enfermedades es la toma y análisis de sangre del recién nacido conocido como

tamiz neonatal, que busca alteraciones en la concentración de hormonas tiroideas del menor. (Gobierno del Estado de México, 2018, tercer párrafo)

El Tamiz Neonatal es un estudio que debe realizarse a todos los niños recién nacidos para detectar alteraciones del metabolismo que los hace distintos a los demás. Detecta el hipotiroidismo congénito, que es una de las enfermedades endocrinas más frecuentes de la niñez (causa de retraso mental). El hipotiroidismo congénito se caracteriza por presentar insuficiencia en la síntesis de hormonas tiroideas por la alteración primaria de la glándula tiroidea, es uno de los trastornos que tienen efectos devastadores en el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños. (Gobierno del Estado de México, 2018, quinto párrafo)

El tamiz neonatal se debe realizar a todos los niños y niñas recién nacidos, idealmente entre el tercero y el quinto día después del nacimiento. La prueba consiste en obtener unas gotas de sangre de los recién nacidos, a través de una punción en el talón y recolectarlas en un papel especial (papel filtro específico), el cual se manda analizar al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. La prueba es gratuita. Si no se realiza esta prueba y el hipotiroidismo no es detectado ni tratado desde los primeros días del nacimiento entonces habrá daños neurológicos irreversibles caracterizados con retraso mental. El tratamiento es en la mayoría de los casos a largo plazo o indefinido. (Gobierno del Estado de México, 2018, séptimo párrafo)

Por otro lado;

Para Papalia y Martorell (2017) señalan que “el método usual, que ya hemos descrito, es el parto vaginal. La cesárea es una alternativa que consiste en sacar al bebé del útero a través de una incisión en el abdomen de la madre” (p. 90).

Además,

La operación se recomienda cuando el trabajo de parto avanza con demasiada lentitud, cuando parece que el feto está en problemas o cuando la madre tiene una hemorragia vaginal. Se debe practicar una cesárea cuando el feto se presenta de nalgas (con los pies o el trasero por delante), atravesando (en sentido transversal en el útero) o si la cabeza es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. (Papalia y Martorell, 2017, p. 90)

Es entonces que,

Ecker y Frigoletto (2007: citados en Papalia y Martorell 2017) puntualizan que “el parto por cesárea implica graves riesgos para la madre, como hemorragia, infección, daño en los órganos pélvicos y dolor posoperatorio, además de que incrementan las posibilidades de sufrir problemas en embarazos futuros” (p. 90).

Por tal motivo,

Hay tres tipos de fármacos básicos que se usan durante el parto: analgésicos, anestesia y oxitocinas. Los analgésicos se utilizan para paliar el dolor. Los analgésicos incluyen los tranquilizantes, los barbitúricos y los narcóticos (como el demerol). La anestesia se utiliza al final de la primera fase del parto y durante la expulsión del bebé para reducir la sensibilidad en un área del cuerpo o para evitar la conciencia. Existe la tendencia a no utilizar anestesia general en un parto normal porque puede transmitirse al feto a través de la placenta. Sin embargo, la anestesia epidural no atraviesa la placenta. (Santrock, 2006, p.119)

La anestesia epidural es un anestésico local que adormece el cuerpo de la mujer de cintura para abajo. Aunque este procedimiento no está considerado como relativamente seguro, ha sido criticado recientemente por estar asociado con fiebre, un parto más largo y un crecimiento en el riesgo de cesárea (Ransjo -Arvidson y otros, 2001, citado en Santrock 2006, p.119) Las oxitocinas son hormonas sintéticas que se utilizan para estimular las contracciones del parto. El pitocín es la oxitocina más usada. (Santrock, 2006, p.119)

También se priva al bebé de importantes beneficios del nacimiento normal: la oleada de hormonas que limpia los pulmones de exceso de líquido, moviliza los nutrientes acumulados para alimentar a las células y envía sangre al corazón y al encéfalo. (Lagercrantz y Slotkin, 1986; citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 90)

Por otra parte,

El parto por cesárea puede influir de forma negativa en la lactancia, que, a su vez, tiene efecto en la vinculación de la madre con su bebé. El parto vaginal estimula también la liberación de oxitocina, una hormona involucrada en las contracciones uterinas que estimula la conducta materna en animales. Hay indicios que la oxitocina puede tener efectos similares en los humanos (Swain et al, 2008; citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 90)

No hay duda de que los partos por cesárea han salvado la vida de muchas madres e hijos y ahorrado mucho dolor y sufrimiento, pero el rápido aumento en la proporción de nacimientos por cesárea en relación con los partos naturales es objeto de algunas preocupaciones. Es evidente que buena parte de ese aumento se debe a las grandes mejoras en la capacidad de los médicos de vigilar al feto antes del nacimiento y durante el parto, y que además este asociado con mayores índices de supervivencia del feto. (Iffy et al., 1994; citado en Lefrancois, 2001, p.111)

Craig y Baucum, (2009) realizan una pregunta importante para responder y es que ¿Por qué constituye un problema la tasa tan elevada de cesáreas si se trata de un procedimiento de relativa seguridad? (p.74)

Estos mismos autores destacan tres puntos importantes,

En primer lugar, es una cirugía abdominal mayor y exige un periodo de recuperación mucho más largo que el parto normal. En segundo lugar, es costosa y genera más problemas a los padres y a sus agentes de seguro médico. En tercer lugar, algunos de los defensores del consumidor observan que el notable incremento del porcentaje de cesáreas se debe a la generalización de algunas técnicas médicas que parecen interrumpir el proceso natural del trabajo de parto. La utilización de monitores fetales y administración sistemática de cuatro o cinco medicamentos, entre ellos los analgésicos o fármacos que lo inducen, crean en realidad situaciones que hacen necesario el parto quirúrgico (Craig y Baucum, 2009, p. 74).

Por ultimo y quizá lo más importante, la relación psicológica a este tipo de parto puede ser negativa en extremo. Muchas madres dicen que se sienten molestas y decepcionadas, sobre todo las que recibieron anestesia general en vez de local y “se perdieron del acontecimiento”. Varios estudios indican que algunas mujeres manifestaron desaliento y hasta enojo, posponen la elección del nombre de su hijo, obtienen clasificaciones más bajas en las pruebas de autoestima después de dar a luz y les cuesta mucho amamantarlo (Craig y Baucum, 2009, p. 74).

2.5.1 Clasificación del proceso de parto

Para Lefrancois (2001) existe una clasificación de los partos, los cuales son,

El estado físico del niño se clasifica de acuerdo con el tiempo de gestación y por su peso. Un feto nacido antes de la vigésima semana y que pese menos de 500 gramos

se llama aborto espontáneo (o simplemente aborto). Un feto alumbrado entre la vigésima semana y la vigesimoctava y con 500 a 999 gramos de peso es un nacimiento inmaduro. En alguna época los productos inmaduros morían inevitablemente. Todavía sucede con la mayoría, casi todos de fallas respiratorias; pero con los métodos actuales sobrevive un número cada vez mayor, algunos nacidos hasta con cuatro meses de adelanto y con menos de 750 gramos. (Lefrancois, 2001, p.112)

El parto de un bebé de 29 a 36 semanas se denomina nacimiento prematuro, siempre que el niño pese entre 1000 y 2499 gramos. Las complicaciones son más comunes si el niño pesa menos de 1500 gramos. Hace unas décadas sólo sobrevivía 20 por ciento de los niños prematuros de entre 1000 y 1500 gramos. Ahora sobreviven entre 90 y 95 por ciento. (Lefrancois, 2001, p.112)

Por lo que para Lefrancois, 2001, “Un nacimiento maduro ocurre entre la semana 37 y la 42 y da por resultado un bebé que pesa más de 2500 gramos. Los partos que pasan el término se llaman nacimientos posmaduros” (p. 112).

2.6. Puerperio

El periodo posparto es el período después del nacimiento o el parto. Es el tiempo en el que el cuerpo de la mujer se adapta, física y psicológicamente, al proceso de la maternidad. Dura aproximadamente seis semanas o hasta que el cuerpo haya completado su adaptación y haya vuelto a la situación anterior al embarazo. Algunos profesionales médicos se refieren al periodo posparto como el «cuarto trimestre». Aunque el tiempo del período posparto no tiene necesariamente que cubrir los tres meses, la terminología el «cuarto trimestre» demuestra la idea de la comunidad y la importancia de los primeros meses después del parto de la madre. (Santrock, 2006, pp.126-127)

Además,

El periodo posparto está influenciado por lo que le precedió. Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer se adapta gradualmente a los cambios físicos, sin embargo, ahora se ve forzado a responder rápidamente. El método de parto y las circunstancias que lo rodean afectan a la rapidez con la que el cuerpo de la mujer se reajusta durante el periodo posparto. (Santrock, 2006, p.127)

El periodo posparto implica una gran cantidad de ajustes y adaptaciones (Krystal,2004; Plackslin, 2000). La madre tiene que recuperarse del parto, tiene que aprender a cuidar al bebé, necesita aprender a ser madre —como su marido, una pareja, los abuelos, hermanos o amigos— necesitan proporcionarle ayuda y apoyo. (Santrock, 2006, p.127)

Luego entonces,

El puerperio, también llamado cuarentena o postparto, se considera en lo general como la etapa que va desde el final del parto y hasta la aparición de la primera menstruación. En términos de número de días o semanas puede variar. Sin embargo, se considera que el puerperio dura el tiempo que el organismo de la mujer requiere para recuperarse progresivamente a condiciones similares a como estaba, en términos físicos y emocionales, antes del embarazo. El puerperio también puede tomarse como el proceso de naturaleza anatómica mediante el cual el organismo materno de manera progresiva retorna en forma casi total a la condición es previa a su gestación. El puerperio comienza después del parto, se trata del periodo que transcurre hasta que la mujer se recupera después de un parto o cesárea. Dura aproximadamente 40 días o 6 semanas, por eso también se le llama cuarentena. (Chávez Morales, 2022, p. 29)

Por su parte Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey y Sheffield (2015) señalan que,

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas. A pesar de ser mucho menos complejo que el embarazo, el puerperio tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser graves. (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey y Sheffield, 2015, Capítulo 36 p.1)

Mientras que, para Bezares, Sanz, y Jiménez (2009),

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia. (Bezares, Sanz, y Jiménez, 2009, p. 170)

Por tanto, la Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2/1993 (2018) indica que clínicamente, el puerperio puede dividirse en dos períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto (parto normal).
- Puerperio temprano: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día). (p.10)

Mientras que, para otros autores, el puerperio se extiende a otras dos etapas, siendo estas,

- Puerperio alejado: se extiende hasta el día 40 posterior al parto.
- Puerperio tardío: es el periodo que se extiende hasta los 364 días después del parto. (Hospital Privado Universitario de Córdoba, 2023, tercer párrafo)

Durante el embarazo, el cuerpo de una mujer sufre grandes cambios para poder dar cabida a un bebé que llevo a cabo durante 9 meses, por tanto, una vez que éste esta fuera, todo debe regresar a la normalidad, es entonces que el desajuste emocional como fisiológico necesitan tiempo para poder adaptarse.

Por lo anterior es que,

El cuerpo de una mujer pasa por numerosos ajustes físicos en los primeros días y semanas después del parto. Puede que ella tenga una gran cantidad de energía o que se sienta exhausta y se deprima. La mayoría de las madres primerizas se sienten cansadas y necesitan descansar. Aunque estos cambios hormonales. La fatiga, puede minar la sensación de bienestar y confianza de la madre sobre su habilidad para arreglárselas con el nuevo bebé y la nueva vida familiar. (Santrock, 2006, p. 127)

La involución es el proceso según el cual el útero vuelve a su tamaño anterior al embarazo cinco o seis semanas después del parto. Inmediatamente después del parto, el útero pesa de un kilo a un kilo y medio. Después de cinco o seis semanas,

el útero pesa de unos 50 a 100 gramos. La lactancia ayuda a que el útero se contraiga de una forma más rápida. (Santrock, 2006, p. 127)

Después del parto, el cuerpo de la mujer experimenta cambios repentinos y enormes en la producción de hormonas. Cuando se expulsa la placenta los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen considerablemente y permanecen bajos hasta que los ovarios empiezan a producir hormonas de nuevo. La mujer vuelve a menstruar probablemente en cuatro u ocho semanas si no está dando pecho. Si está dando el pecho al bebé puede que no tenga menstruación en varios meses o incluso un año o más, aunque se puede producir ovulación. Los primeros periodos menstruales después del parto pueden ser más abundantes de lo habitual, pero pronto se vuelve a la normalidad. (Santrock, 2006, p. 127)

2.6.1 Lactancia materna.

La lactancia materna, en efecto, no sólo alimenta al lactante, sino que le proporciona la oportunidad de disfrutar de una íntima relación física con la madre, de mantener con ella un contacto sensorial pudiendo sentir el calor y el olor de su cuerpo. Mientras se está alimentando, el niño fija su mirada en el rostro materno, y con la mano apoyada en su pecho va acompañando el ritmo de succión. Este reconocimiento que efectúa a través de los sentidos le proporciona seguridad y confianza. También la madre, al participar como agente activo en la nutrición de su hijo, siente que éste depende de forma parte directamente de ella como un antes del nacimiento, cuando se estaba formando en su vientre. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p.75)

“Nadie puede discutir por todo ello que la lactancia materna es en principio la más aconsejable a pesar de que las leches artificiales han alcanzado en los últimos años un óptimo nivel de calidad”. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p.75)

Es entonces que,

La leche materna no es la misma ni en cantidad ni en calidad a lo largo de toda la lactancia. Es una relación tan conjuntada la que existe entre los dos organismos que la madre tiene más cantidad de leche en los periodos en que más necesita el hijo, y también la composición de la misma va variando para adecuarse a las necesidades que presenta el lactante. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p.75)

La leche materna contiene anticuerpos (defensas) que le protegen frente a enfermedades infecciosas (catarros, otitis, neumonías, diarreas, etc.), incluso frente a futuras enfermedades (obesidad, asma o alergia), disminuye el riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante y favorece el desarrollo intelectual. Es la mejor manera de proporcionar los nutrientes y la protección inmunitaria durante los primeros meses de vida. Además, es gratuita, se presenta caliente, higiénica y a punto de consumir, es el alimento ecológico por excelencia. Dar de mamar transmite al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad. (Gobierno de La Rioja, 2014, p. 5)

Se estima que,

En 2015, sólo 30.8% de los niños menores de 6 meses recibió lactancia materna exclusiva. La lactancia impacta de manera directa en la salud tanto de los niños y niñas como de sus madres, ya que la leche materna es el alimento perfecto para todo recién nacido al aportarle los nutrientes necesarios que favorecen el desarrollo de su sistema inmunológico. (Unicef, 2018, segundo párrafo)

Dado el alto porcentaje de madres de niñas y niños menores de dos años que han estado expuestas a la publicidad de fórmulas lácteas y su impacto en el bajo nivel de lactancia exclusiva, uno de los desafíos en México continúa siendo el garantizar el cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. (Unicef, 2018, tercer párrafo)

Por otra parte,

La madre que amamanta tiene menor riesgo de padecer trastornos o alteraciones asociadas al posparto (depresión, anemia, etc.) y además ayuda a que la recuperación sea más fisiológica y rápida: el útero vuelve antes a la normalidad, disminuye la pérdida de sangre durante los días posteriores al parto y favorece la recuperación del peso. A largo plazo, reduce el riesgo de padecer osteoporosis e incluso cáncer de mama y de ovario. (Gobierno de La Rioja, 2014, p. 5)

Casi todos los alimentos pueden modificar el sabor de la leche, pero es recomendable consumirlos, así el bebé se acostumbra a nuevos sabores y cuando tengan que tomarlos no le resultarán “desconocidos”. Si la dieta es variada y

equilibrada es suficiente y no se necesita tomar suplementos de calcio, vitaminas y/o minerales. (Gobierno de La Rioja, 2014, p. 21)

Gobierno de La Rioja (2014) menciona que, “Los medicamentos llegan a la leche materna y pueden ser perjudiciales para el bebé. Evitar la automedicación y ante la duda preguntar a un profesional sanitario. En internet hay información actualizada sobre compatibilidad de medicamentos y otros productos” (p. 22).

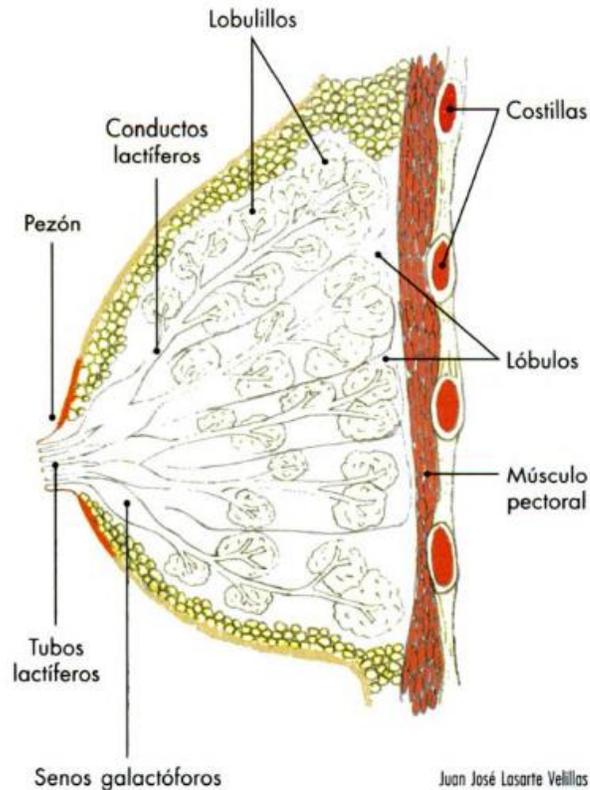
Por esta razón,

Durante el embarazo, la mama, al prepararse para la lactancia, sufre una proliferación espectacular en la porción de tejido glandular. La porción distal de cada conducto crece y se ramifica. Los fondos de saco de cada conductillo se diferencian en alvéolos, modificándose el epitelio típico de los conductos por epitelio secretor. El extremo final de los conductos se organiza en unidades lobulillares, formadas por un ramillete de alvéolos que vacían su producción en un conducto terminal. Se reduce el tejido conectivo y adiposo que son invadidos por células plasmáticas. Linfocitos y eosinófilos; esta invasión de células plasmáticas alrededor de los alvéolos es fundamental en la producción de inmunoglobulinas que después pasaran a la leche. En definitiva, se deja paso a todas las estructuras encargadas de la producción, mantenimiento y eyección láctea. (Asociación Española de Pediatría, 2009, p 58)

Durante el embarazo y la lactancia, la areola incrementa su tamaño y el grado de pigmentación aumenta. el tejido del pezón es eréctil y se alarga con el estímulo. Bajo la piel fina y pigmentada de areola y pezón hay poca grasa, pero abundante tejido muscular y conectivo, dispuesto en una malla de fibras radiales y circulares. La misión de esta malla compleja es disimular la superficie de areola y pezón en reposo y asegurar la protractilidad necesaria durante la succión, lo que permite adaptarse a la boca del lactante, alongándose hasta drenar la leche en la base de la lengua. (Asociación Española de Pediatría, 2009, pp. 56-57)

Figura 8. Representación esquemática de la mama.

(Asociación Española de Pediatría, 2009. p 56)



Por esta razón,

La estructura circular, además, funciona como un sistema de cierre al paso de la leche cuando no hay succión. Cuando el pecho está muy lleno, areola y pezón pueden distenderse hasta aplanarse y hacer difícil la distensión necesaria para una correcta succión, hacer más difícil el agarre y dificultar la lactancia. Por ello es aconsejable asegurar el vaciado frecuente de las mamás. (Asociación Española de Pediatría, 2009, p 57)

Se puede señalar que,

En nuestro ambiente latino todavía se espera que una mujer amamante a su hijo. Pero muchos fracasan en esta tarea, explican que no tenían bastante leche o que ésta no era bastante fuerte o que tuvieron que destetar al niño por fisuras dolorosas de los pezones causadas por succión. Desde el punto de vista puramente fisiológico, la producción de la leche materna depende de una interacción adecuada de diversas

hormonas. Pero cuando un proceso biológico cualquiera tropieza con dificultades tan frecuentes, es evidente que en su origen debe intervenir factores psíquicos. (Langer, 1988, p. 216)

En lo concerniente a la lactancia, hace tiempo que también médicos y profanos, ajenos al psicoanálisis, reconocieron la gran influencia que ejercen los factores psíquicos sobre el proceso. Las creencias populares siempre han afirmado que el estado psíquico de la nodriza tiene gran influencia sobre la producción de la leche. Los médicos, por lo general, tienen frente a este problema el mismo concepto dualista que adoptan ante otros trastornos hormonales, sosteniendo que la causa de la disfunción puede erradicar tanto en lo somático como en lo psíquico, pero sin advertir que realmente lo hormonal y lo psíquico son dos aspectos del mismo proceso. (Langer, 1988, p. 216)

La dermis de la areola y el pezón contiene abundante tejido vascular, terminaciones nerviosas libres y corpúsculos sensitivos. Las terminaciones sensitivas recogen los estímulos que provocan respuestas neuro-hormonales que dan lugar a los reflejos de eyección y producción láctea (Asociación Española de Pediatría, 2009, p 57)

En el Libro Winnicott para principiantes, que escriben Smalinsky Ripesi y Merle en 2010, retoman la obra de Donald Woods Winnicott, el cual ilustran la relación entre la madre y a su hijo en diferentes momentos, he aquí un fragmento:

Winnicott ilustra esta función de la madre suficientemente buena con el modelo de la primera experiencia oral del bebé con el pecho materno. En esos primeros encuentros del niño con la madre, ésta coloca su pecho en el momento y lugar indicados como para que el bebé tenga la sensación de haberlo creado (y no de que se le ha dado). Se trata de la intuición natural de presentar el pecho unos momentos antes de que dicha necesidad se haya desamarrado en voracidad desesperada, pero nunca antes de que el bebé empiece a inquietarse por el despertar perturbador de una necesidad que moviliza un gesto espontáneo de búsqueda. (Smalinsky Ripesi y Merle, 2010, p. 59)

El encuentro con el pecho ilustra cómo la madre va introduciendo al bebé en la experiencia de tomar contacto -y tratar- con "otro ser humano". En el ritmo de sus presencias- ausencias, sus ánimos y desánimos, etc., la madre va introduciendo a su hijo en la complejidad de un intercambio con otro de quien depende. La teta es

el primer objeto de un intercambio simbólico en el que “alguien” da algo a “alguien” que recibe. (Smalinsky Ripesi y Merle, 2010, p.59)

En los primeros intercambios con el bebé, la donación del pecho sólo ocurre si la madre lo ofrece -únicamente- cuando ese pecho deja de ser suyo y pasa a ser la creación de su hijo. Es decir, que la madre sólo “tiene” un pecho “para dar” cuando un bebé puede crearlo. Pero, al mismo tiempo, el bebé sólo se siente dueño de un pecho si admite que puede crearlo únicamente cuando se lo dan... el objeto transicional es un límite a la omnipotencia tanto del bebé como de la madre: ambos lo poseen, pero ninguno de los dos puede dominarlo, sólo así pueden vivir juntos una experiencia de intercambio. (Smalinsky Ripesi y Merle, 2010, p. 69).

En esa “primera mamada hipotética” que describe Winnicott, es engañoso ver a una madre dar un pecho “que le pertenece” a un bebé que lo recibe pasivamente. Para que ese intercambio funcione (sosteniendo la ilusión de que alguien “da” y otro “recibe”), se deben dar ciertas condiciones: que ese “objeto” que circula entre ellos no está en entero control y dominio de ninguno de los dos. (Smalinsky Ripesi y Merle, 2010, p. 69).

Pero entonces la Dra. Langer (1988) lanza la siguiente pregunta ¿Cuáles son las razones inconscientes que llevan al impedimento del desarrollo hormonal de la lactancia?

Respondiendo así:

Los más frecuentes son fácilmente subdivisibles en dos grupos. 1º) trastornos causados en la mujer por el rechazo de la maternidad, por su deseo de permanecer en una actitud receptiva e infantil; 2º) los que se originan por la persistencia de tendencias agresivas infantiles dirigidas hacia la propia madre. Ambos casos tienen como base común la insatisfacción oral de estas mujeres. Si han sufrido tales frustraciones, y si más tarde no logran considerar al niño como parte de su propia persona, se niegan inconscientemente a darle lo que ellas mismas no han recibido. (Langer,1988, p.217)

Por otra parte,

La leche materna constituye el alimento natural e ideal para niñas y niños recién nacidos y lactantes. Sus características nutricionales brindan un crecimiento armónico, si se administra como único nutriente, a libre demanda, durante los primeros 6 meses de vida y, luego de esta edad, complementada con alimentos

adecuados, oportunos y seguros. (Salazar, Scarlet, Chávez, Mervin, Delgado, Xiomara, & Eudis Rubio, Thamara Pacheco, 2009, octavo párrafo)

La lactancia materna, además de ser la fuente nutritiva del infante en los primeros meses de vida, tiene el inmenso poder de evitar la morbi-mortalidad infantil, en especial por enfermedades diarreicas, gracias a su elevado contenido de elementos defensivos bioactivos, los cuales intervienen en la protección contra la invasión de agentes patógenos. (Salazar, Scarlet, Chávez, Mervin, Delgado, Xiomara, & Eudis Rubio, Thamara Pacheco, 2009, noveno párrafo)

La leche humana, más allá de ser un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modifica su composición y volumen). Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: pre-calostro, calostro, leche de transición, leche madura y de pre-término. (Salazar, Scarlet, Chávez, Mervin, Delgado, Xiomara, & Eudis Rubio, Thamara Pacheco, 2009, décimo párrafo)

- a.- Pre-calostro: Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. Composición: exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa.
- b.- Calostro: Se produce durante los 4 días siguientes al parto, es de escaso volumen y alta densidad (2-20 ml/toma). (Salazar, Scarlet, Chávez, Mervin, Delgado, Xiomara, & Eudis Rubio, Thamara Pacheco, 2009, décimo primer párrafo)

Hasta que se produce la denominada “subida de la leche”, el bebé puesto al pecho adecuadamente, al menos 8 veces cada 24 horas, toma el alimento “fabricado” para sus primeros días de vida, el calostro, que cubre todas sus necesidades. Su aspecto es más viscoso que la leche, contiene más proteínas, sales minerales y menos grasas que la leche definitiva. Por su alto contenido en anticuerpos es especialmente beneficioso para protegerle de infecciones. Su composición especial es de gran ayuda para mejorar la digestión del alimento y ayuda a la expulsión de las primeras deposiciones (meconio). (Gobierno de La Rioja, 2014, p. 5)

A partir del 4^o día y hasta el 10^o-15^o día el calostro va transformándose en la llamada “leche de transición”, y a partir de entonces la leche alcanza la composición de “leche madura”. Conviene saber que la “leche madura” varía su composición a lo largo del

día, incluso durante la misma toma. La naturaleza es sabia y estos cambios fisiológicos que ocurren en la leche se adaptan a las necesidades del bebé. (Gobierno de La Rioja, 2014, p. 5)

Al principio de la toma la leche es más ligera (para ir adaptando al aparato digestivo) y al final más rica en grasas, por tanto, es la que más sacia. Por este motivo no conviene mirar al reloj para saber si “ha terminado su toma o no”, eso sólo lo sabe el bebé y lo demostrará soltándose del pecho espontáneamente. (Gobierno de La Rioja, 2014, p. 6)

Hay ventajas biológicas en la leche del humano. Los estudios que comparan las cualidades nutritivas y la composición bioquímica de la leche materna con las de la leche de vaca claramente indican que cada una de las especies tiene la leche que más conviene para su propia prole (Ziai, Janeway y Cooke, 1969). Un investigador opina que el contenido tan excesivamente elevado de sodio que tienen las fórmulas comerciales para lactantes es el responsable en parte de la mayor frecuencia de presión sanguínea alta (hipertensión) desde la Segunda Guerra Mundial (Guthrie, 1968). El contenido de sodio de la leche materna es notablemente menor que el de la leche de vaca y el de las fórmulas comerciales para lactantes. (Fitzgerald, Strommen, McKinney, 1981, pp. 72- 73)

No obstante, las pruebas en favor de las ventajas de la ventaja biológica de la leche humana sobre la leche de vaca deben revisarse con una perspectiva total. Varios estudios sobre el contenido de la leche materna han encontrado valores demasiado elevados de diversas [sic] sustancias (por ejemplo, analgésicos y anestésicos) que ninguna madre de administrar en buena gana a ningún lactante. Se han aislado bastante más de un centenar de [sic] sustancias en las muestras de leche materna humana. (Fitzgerald, Strommen, McKinney, 1981, p. 73)

Cuando las condiciones culturales permiten alternativas aceptables de la alimentación con pecho. Sufre frecuencia parece estar regulada todavía por otros factores, como la clase social, nivel de educación y manías sociales del momento. En general, se puede decir que sabemos menos de lo que se supone de las consecuencias que tienen los métodos alimentarios, a pesar de la importancia que tiene para el niño la experiencia de la alimentación durante su desarrollo temprano. (Fitzgerald, Strommen, McKinney, 1981, pp. 73- 74)

En este sentido, los autores Fitzgerald, Strommen, McKinney, (1981), mencionan que, “la evidencia que la calidad de la interacción lactante-custodio difiere como función del estilo alimentario tan temprano como desde los primeros 10 días de vida” (p 74).

3. Parentalidad y desarrollo temprano del niño

3.1. Parentalidad

*"Un padre no es el que da la vida,
eso sería demasiado fácil,
un padre es el que da el amor."
- Denis Lord.*

El desafío fundamental de la parentalidad o marentalidad es contribuir al bienestar infantil a través de la producción de buenos tratos para los hijos y las hijas. Los buenos tratos infantiles, así como los malos tratos, son una producción social (Barudy, 1998, 2000; Barudy y Dantagnan, 2005). En el caso de los buenos tratos, los diferentes niveles interactúan para favorecer el desarrollo sano de todos los niños y niñas de una comunidad por la satisfacción de sus necesidades y el respeto de sus derechos. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 33)

Al conjunto de competencias que hacen posible el «milagro» del desarrollo infantil lo denominaremos con el nombre genérico de «parentalidad». Pero para reconocer el hecho social e histórico de que han sido las madres las que la gran mayoría de las veces siguen asumiendo este trabajo, también utilizaremos el término de «marentalidad». (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 33)

Es entonces que

El desafío de la función parental implica poder satisfacer las múltiples necesidades de sus hijos (alimentación, cuidados corporales, protección, necesidades cognitivas, emocionales, socioculturales, etcétera). Pero debido a que estas necesidades son evolutivas, los padres deben poseer una plasticidad estructural que les permita adaptarse a los cambios de las necesidades de sus hijos. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 33)

A finales de los años 70 en Francia Serge Lebovici, psicoanalista francés, plantea el concepto de Parentalidad y dice: "La parentalidad es el proceso psicológico de convertirse en padre o madre de su hijo y supone un trabajo que cada persona realiza en su interior día a día..." (Diario de la vida judía de México y el mundo, 2019, tercer párrafo)

Existen dos tipos de parentalidades: la biológica, que responde a la capacidad innata que posee el ser humano para procrear, y la social que hace referencia las habilidades que padres y madres adquieren a través de su historia de vida y desempeñan mediante conductas que tienen como cualidad brindar protección para favorecer la supervivencia, con la facilitación de herramientas y el acceso a escenarios que lo nutran (Barudy, 2010; Gallego, 2012; citados en Martínez Licona, García Rodrigo, y Collazo Martínez, 2017 p. 55)

Barudy y Dantagnan (2010) indican que “la parentalidad o marentalidad es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano” (p. 34).

Es de interés conocer que, dentro del campo de la medicina, hace que se comprenda que,

La maternidad es la función reproductiva de la mujer que comprende la gestación y el embarazo. La ley general de la salud considera la maternidad como el embarazo, parto y puerperio. La gravidez se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del niño o niña que, medicamente se conoce como parto, aunque también se llama alumbramiento. Es costumbre popular decir que la madre se alivia, expresión incorrecta, porque la maternidad no es una enfermedad. (Kurczyn Villalobos, 2004, p. 122)

A lo largo del embarazo, la gestante va experimentando el surgimiento de la maternidad como algo que acontece físicamente en su propio cuerpo, y aunque a menudo fantasea acerca del hijo, en ningún momento deja de estar en contacto directo con el hecho real. Muy a diferencia de esto, hasta el momento del nacimiento, el futuro padre únicamente cuenta con su imaginación y con la relación que comparte con la mujer para poder empezar a sentirse como tal. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p. 21)

Si bien es cierto, existen hombres que se implican en los cuidados y en la educación de sus hijos o hijas, entre otras cosas, porque la naturaleza les ha dado recursos para hacerlo, aceptando incluso que las mujeres están biológicamente mejor dotadas para las tareas que hemos denominado «maternaje». Esto no anula la validez de seguir denunciando la injusticia existente aún en la cultura y en la

organización social donde se sigue defendiendo de una forma explícita y a menudo encubierta, que la responsabilidad de la crianza de los hijos es una obligación de las mujeres. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, p. 38)

Tradicionalmente, se nos ha enseñado siempre que el instinto materno es una dimensión que sólo existe con la femineidad, es decir, por completo ajena a la esencia de lo masculino. Muy alejadas de ello, por el contrario, se hallan las conclusiones a que la antropóloga Margaret Mead ha podido llegar en el transcurso de sus trabajos de investigación; según estas, la capacidad para asumir el papel de madre existe en el hombre y está perfectamente desarrollada en él, en aquellas culturas en las que no se le excluye del parto ni de los cuidados del recién nacido. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, pp. 22-24)

Ahora entonces,

Los cambios culturales resultantes de los movimientos feministas han permitido a muchos hombres sacudirse de los condicionantes patriarcales y mostrar que ellos pueden ser también buenos cuidadores y tratar bien a sus hijos e hijas, sin perder el carácter específico de su función. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, pp. 39-40)

Por otra parte,

El rol de padre en la crianza sigue evolucionando a medida que son cada vez más las madres que trabajan fuera de casa. Pese a ello persisten algunas diferencias tradicionales en la interacción de ambos con los hijos [...]. Los padres son más físicos y espontáneos. El juego con sus hijos se da en ciclos, con puntos culminantes de emoción y de atención seguidos de periodos de actividad mínima. En cambio, las madres hacen participar a sus hijos en juegos sutiles, que cambian de manera gradual, o inician otros ordinarios como el juego de palmaditas. (Craig y Baucum, 1997, p.183)

Los juegos de todo el mundo suelen emitir respuestas semejantes al ambiente social; poco a poco establecen relaciones de apego con cuidadores primarios. Aunque la secuencia de desarrollo de estas relaciones es bastante uniforme de una cultura a otra, los detalles varían muchísimo según las personalidades de los padres las prácticas de crianza, el temperamento y la personalidad del niño. (Craig y Baucum, 1997, p. 174)

¿Cómo evaluamos la calidad de la relación entre niño y cuidador primario? [...] En las culturas occidentales los investigadores se han concretado en la seguridad del apego la responsabilidad de la madre y sus efectos en el niño en las relaciones mutuas con los cuidadores primarios y en los apegos múltiples en comparación con los exclusivos. (Craig y Baucum, 1997, p. 174)

A los padres les gustan los juegos originales, fuertes e impredecibles que a los niños les parecen muy emocionantes (Lamb y Lamb, 1976). Pero esta práctica cambia cuando el padre es el cuidador primario o único. Entonces se ve obligado a comportarse más como la madre tradicional (Field, 1978). Son sorprendentes los resultados de las investigaciones recientes: los padres de mayor edad suelen comportarse más como la madre cuando juegan con sus hijos; en cambio, los padres más jóvenes tienden a adoptar más el rol tradicional de "padre" (Neville y Parke, 1997; citados en Craig y Baucum, 1997, p. 183).

Los hombres tienen también una estructura orgánica que les permite implicarse en los cuidados de sus crías. No obstante, y a pesar de lo que se ha avanzado, la cultura patriarcal sigue teniendo más fuerza que para la mayoría de los hombres que los condicionantes orgánicos. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, p. 39)

En la distribución de papeles que rige en nuestra estructura social, el embarazo y el parto han quedado asignados con absoluto carácter exclusivo al círculo de la mujer. La primera vez que el padre ve a su hijo lo recibe limpio y vestido ya, como recién llegado - y no como nacido- de un remoto lugar. Así suele ser el primer contacto real entre los dos seres. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p. 22)

Es en entonces que el padre,

Cuando percibe en el cuerpo de la futura madre los movimientos fetales, toma conciencia plena de la gravidez y con ello entra en un periodo de ansiedad que puede dar lugar a reacciones diversas. Las respuestas conscientes, no obstante, se mueven siempre entre dos extremos opuestos: el rechazo a la mujer por su aspecto físico o su inestabilidad emotiva actual, o una actitud exageradamente protectora y complaciente. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p. 21)

A través de un camino distinto, los especialistas médicos y los psicólogos han llegado en años recientes a una similar conclusión: la presencia del padre en el acto de alumbramiento aporta seguridad a la mujer, le ayuda a tener un parto más

relajado y natural, en beneficio propio y del niño, y es deseable en todos los restantes aspectos para los tres. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p. 24)

El hecho de poder participar en el nacimiento de su hijo da mayor profundidad a su sentido de la paternidad y más fuerza a los lazos afectivos que le unen a la madre y al recién nacido. Sin embargo, no puede llegar a ello como por mágica consecuencia de este momento, sin duda crucial, sino como resultado de una serie anterior de experiencias compartidas a lo largo del embarazo. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p. 24)

Es entonces que,

En nuestra época, tanto por factores internos como sociales, los deseos maternales de la mujer chocan más que nunca con sus necesidades, deseos y ambiciones personales. Sin embargo, la mujer que renuncie del todo a la maternidad generalmente no será feliz ni capaz del pleno goce sexual. Hasta que la sociedad no venga en su ayuda, toda mujer deberá encontrar la forma más adecuada para ella que le permita, sin prescindir de sus intereses generales ni reprimir su erotismo, realizar parte de sus instintos maternales y satisfacer en una sublimación adecuada sus restantes fuerzas procreativas. Podrá así recuperar sus frustraciones infantiles y sentir haberse realizado plenamente en sus facultades psicobiológicas como individuo y como mujer. (Langer, 1988, p. 131)

Es entonces que, para Winnicott,

La capacidad de matraje de la madre implica el enfrentarse con un importante margen de dudas e incertidumbre -inevitables- en el cuidado de su bebé. Durante esta etapa, es relevante la función del padre para atender y cuidar que la madre tenga un entorno no perturbador para realizar con tranquilidad su tarea. La madre atiende diversas y exigentes necesidades de su hijo, que se encuentra en estado de dependencia absoluta (la dependencia es "absoluta", porque le bebe no tiene la menor conciencia de dicho estado). El bebé, para Winnicott, es una suerte de ser potencial, que necesita del sostén materno para ir encontrando distintas formas de realización: un determinado carácter, distintas modalidades de entretenerse, de relacionarse con sus objetos, etcétera. (Smalinsky, Ripesi y Merle, 2010, p. 43)

Winnicott asigna a la madre, sea cual sea su estilo personal para llevarlas a cabo, tres funciones maternas básicas y primordiales: sostén, manejo y presentación objetal. Cada una de estas tres funciones permiten un logro madurativo del bebé que lo lleva de un estado de extrema dependencia a otro de progresiva independencia respecto de la atención materna. Por supuesto, la independencia afectiva siempre es relativa y la madurez implica cómo cada individuo tramita y se hace cargo, responsablemente, de la dependencia inevitable que siempre gravita en todo vínculo. (Smalinsky, Ripesi y Merle, 2010, p. 44)

Mientras que,

“Madre suficientemente buena” Winnicott llama de este modo, o “madre de dedicación corriente”, a una madre que es, simplemente, una mujer “común y corriente”, en conexión con su hijo, que va aprendiendo de la propia experiencia de la maternidad, sin estar pendiente de libros especializados o del saber de otras mujeres. Lleva adelante la tarea del maternaje partiendo desde su propio gesto espontáneo. Hay un importante respaldo para su tarea en lo que le aporta la tradición cultural del medio en que vive, pero esto no debe anular nunca su propio criterio e iniciativa. (Smalinsky, Ripesi y Merle, 2010, p. 43)

De todas especies mamíferas, los bebés humanos son los que nacen más inmaduros y necesitan que sus madres y sus padres se ocupen de ellos durante largos periodos. Si estos no tienen las capacidades necesarias, sólo el cuidado de otros animales de la manada, de la tribu o de la comunidad en el caso de los humanos, puede evitar el deterioro del bebé o incluso la muerte. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 31).

Los elementos inconscientes que se despiertan también en él [hombre] guardan relación, según el análisis de distintos autores, con las reminiscencias edípicas hacia el embarazo de la propia madre y con el sentimiento de quedar excluido del de su propia pareja. Si este sentimiento no es percibido y resuelto conscientemente, puede manifestarse como rechazo o indiferencia o bien a través de síntomas psicósomáticos: insomnio, náuseas, reumatismo, aumento de peso, malestar o fuertes dolores en los riñones, etc. Es una reacción que se ha identificado como el proceso de adquisición del amor paterno, y que en sus formas más exageradas se compara con una costumbre ancestral que los antropólogos conocen con el nombre de covada. (Enciclopedia para la integración familiar, 1987, p.21)

Es entonces que,

La relación temprana entre un niño y aquel adulto que ejerce de cuidador primario marca el futuro desarrollo de la persona. En esta relación, se instalan los cimientos afectivos y sociales sobre los que se construirán la personalidad del individuo, su futura salud mental y, muy especialmente, sus capacidades para establecer nuevas relaciones seguras a lo largo de la adultez. (Pitillas y Berástegui, 2018, pp. 43-44)

Por lo tanto,

El bienestar infantil es, sobre todo, la consecuencia de los esfuerzos y recursos coordinados que una comunidad pone al servicio del desarrollo integral de todos sus niños y niñas. El aporte de los padres o de sus sustitutos es fundamental, pero sólo es una parte de las dinámicas que lo hacen posible. Por lo tanto, el bienestar infantil es la consecuencia del predominio de experiencias de buen trato que un niño o niña tiene derecho a conocer para desarrollarse sana y felizmente. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 33).

El desarrollo emocional del pequeño bebé, al abrigo de los cuidados maternos, avanza desde un estado de tranquilidad no perturbada – que Winnicott llama “continuidad existencial”- hacia estados del bebé en los que éste, a partir de una exploración activa del entorno, hace un descubrimiento espontáneo y pausado del mundo. Con los cuidados maternos, el bebé no se ve obligado a tener que reaccionar a estímulos que él no puede ni prever ni manejar. Son los cuidados los que permiten que sea el bebé mismo el que salda al encuentro del mundo antes que el mundo lo impacte con sus estímulos. (Smalinsky, Ripesi y Merle, 2010, p. 42)

Un componente esencial en la relación entre los padres y el bebé es el contacto físico inicial, la existencia de un contacto estrecho, específicamente físico, entre los padres y el recién nacido poco después del nacimiento. Algunos médicos creen que este período posterior al nacimiento es crítico en el desarrollo. Durante este tiempo, los padres y el niño necesitan un vínculo emocional importante que proporcione la base para el desarrollo óptimo en los años posteriores. (Kennell y McGrath, 1999, citados en Santrock, 2006, p. 127)

Es entonces que,

A pesar de su relativa inmadurez, el bebé humano dispone de una serie de capacidades para buscar, establecer para buscar, establecer y mantener relaciones

con figuras que pueden cuidarlo y protegerlo. El llanto, la sonrisa, los gorjeos, los movimientos de las extremidades e incluso algunos de sus rasgos fisionómicos (Hrdy, 2009), ayudan al bebé a asegurarse la disponibilidad y el cuidado de una serie de adultos, de entre los cuales los padres biológicos suelen mostrar una especial tendencia a verse eficazmente convocados a esta vinculación. Hablamos del sistema de apego para designar el conjunto de tendencias y recursos que el niño despliega para lograr ese objetivo esencial. (Pitillas y Berástegui, 2018, p. 45)

Luego, Pitillas y Berástegui (2018) en su libro, primera alianza; introducen una pregunta fundamental, que todos los que alguna vez han sido padres se hacen ¿en qué consiste ser un buen padre? A la cual responde,

No existe una respuesta definitiva, universal para esta cuestión, aunque existen prácticas de cuidado universales (tales como acunar al niño) la pregunta respecto a cuándo y cuánta intensidad deben darse las respuestas de los padres sigue y probablemente siempre seguirá abierta. No existe un catálogo preestablecido de conductas parentales adecuadas que sea independiente del contexto y de la ocasión. (Pitillas y Berástegui, 2018, pp. 61-62)

Ahora entonces, ¿cuáles son las finalidades de la parentalidad?

Barudy y Dantagnan (2010) aluden a que, “cualquier adulto que ejerza la parentalidad social, sea padre biológico, padre sustituto, cuidador o educador de un hogar infantil tiene que asegurar los siguientes objetivos para que esta parentalidad sea considerada competente” (p. 37).

1.- El aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación.

Esta función se refiere no sólo a una alimentación con el aporte de los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y prevenir la desnutrición, sino también al aporte de las experiencias sensoriales, emocionales y afectivas que permitan a los hijos, por un lado, construir lo que se conoce como un apego seguro y, por otro, percibir el mundo familiar y social como un campo seguro. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 37)

Por lo tanto,

La capacidad de apego: tiene relación con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que tiene los padres o cuidadores para apegarse a los niños y

responder a sus necesidades. La teoría del apego de Bowlby (1998) ha puesto de manifiesto que, en los primeros años de vida, la relación cercana del bebé con sus padres o sustitutos paternos, que lo cuidan, responden a sus necesidades afectivas y lo estimulan, constituyen la fuente de recursos fundamental para el desarrollo de una seguridad de base y una personalidad sana. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 50)

Los intercambios sensoriales como las sensaciones emocionales entre los padres y sus bebés, incluso aquellas que resultan de la vida intrauterina (Barudy, 1993), permiten el desarrollo de una impronta adecuada. Este proceso es común con otras especies y corresponde al proceso mediante el cual una cría y su progenitor se reconocen como parte del mismo mundo sensorial, lo que despierta emociones placenteras y seguras cuando están juntos, y desagradables y dolorosas cuando uno de los dos desaparece o daña al otro. (Barudy y Dantagnan, 2010, pp. 37-38)

Por otra parte,

La maduración del cerebro depende del logro de la finalidad nutritiva, tanto alimentación como afectiva de la paternidad social. esto es lo que permite, o no, al niño o la niña desarrollar neurológicamente una sensibilidad singular del mundo que percibe. Para hacer efectivo el reconocimiento mutuo de la impronta y desarrollar un apego seguro es preciso que los canales de comunicación sensorial, emocional, y más tarde, los verbales no sean en ningún caso obturados, pervertidos o violentados; de lo contrario, se quiebra el normal proceso de familiarización. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 39)

2.- Los aportes educativos.

Cuanto más experiencias de buenos tratos hayan conocido los padres, más modelos de y herramientas positivas y eficaces tendrán para ejercer una influencia educativa competente y normalmente positiva sobre sus hijos. La función educativa está conectada de modo muy estrecho con la nutritiva, los padres en especial la madre competente, es capaz de traducir los llantos y los gestos de su bebé como indicadores de necesidades y responde para satisfacerlas, está al mismo tiempo introduciendo un proceso que se traducirá en el desarrollo de las capacidades de autocontrol y conductual. (Barudy y Dantagnan, 2010, pp. 40-41)

3.- Los aportes socializadores.

El tercer objetivo de unas competencias parentales adecuadas tiene relación, por una parte, con la «contribución de los padres a la construcción del concepto de sí mismo o identidad de sus hijos» y, por otra parte, corresponde a la «facilitación de experiencias relacionales que sirven como modelos de aprendizaje para vivir de una forma respetuosa, adaptada y armónica en la sociedad» (Barudy y Dantagnan, 2007). Este proceso se inicia también con los cuidados y la efectividad de las improntas parentales que marcan la memoria infantil. Es a partir de ellas que el niño inicia el viaje de la construcción de su concepto de sí mismo, ya sea como un niño bien tratado o lo contrario. (Barudy y Dantagnan, 2010, pp. 44-45)

4.- Los aportes protectores.

La necesidad de proteger a las crías por largos períodos es una de las características que también distingue a la especie humana de otras especies. Su desarrollo inacabado en el momento de nacer y la inmadurez, en especial, del cerebro y del sistema nervioso, explican la dependencia que los recién nacidos y los bebés tienen de las capacidades cuidadoras y protectoras de sus padres. La función protectora se aplica en dos niveles. El primero corresponde a proteger a los hijos de los contextos externos, familiares y sociales, que pueden dañarles directamente o alterar su proceso de maduración, crecimiento y desarrollo. El segundo corresponde a protegerlos de los riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y desarrollo. Por ello, esta función protectora tiene una estrecha relación con las otras funciones, en especial, la cuidadora y la educativa. (Barudy y Dantagnan, 2010, pp. 47-48)

5.- Los aportes protectores la promoción de la resiliencia.

La resiliencia corresponde a un conjunto de capacidades para hacer frente a los desafíos de la existencia, incluyendo experiencias con contenido traumático, manteniendo un proceso sano de desarrollo. En nuestras prácticas hemos denominado a esta capacidad resiliencia primaria, para distinguirla de aquella que emerge en niños y jóvenes que no han conocido una parentalidad adecuada, pero, no obstante, logran salir adelante en la vida, gracias a la efectividad y al apoyo social que les han brindado adultos de sus entornos. Además, estos adultos les han brindado la posibilidad de resignificar sus experiencias, entre otras, las de los malos

tratos producidos por las incompetencias de sus progenitores. A este fenómeno le hemos denominado resiliencia secundaria. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 48)

En resumen, el buen despliegue de las competencias parentales permite la estructuración de contextos sanos, donde los niños sujetos activos, creativos y experimentadores, es decir, permiten y facilitan un contexto de aprendizaje, experimentación y evaluación de la realidad desde las capacidades que el niño va formando. (Barudy y Dantagnan, 2010, pp. 48-49)

Como ya hemos señalado antes, la parentalidad social corresponde a la capacidad práctica que posee un adulto, ya sea madre o un padre biológico, acogedores o adoptivos, para atender las necesidades de sus hijos e hijas. Se trata no sólo de nutrirlos o cuidarlos, sino además de brindarles la protección, la educación y la socialización necesarias para que se desarrollen como personas sanas, buenas y solidarias y puedan, a su vez ser padres y madres educados y competentes. (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 87)

El papel de la madre para crear en su hijo una capacidad para manejar el afecto difícil y tolerar la frustración está ligado al desarrollo de un mundo interno- objeto y un sentido del yo. La habilidad de la madre para identificar los estados afectivos de su niño y responder con empatía a sus sentimientos proporciona una función continente que permite un proceso de dar y ser, que a su vez influye en la capacidad del niño de ser paciente y tener seguridad. (Magagna y Juárez, 2012, pp. 129-130)

Generalmente los padres intentan ser lo mejor que pueden. Quieren que sus hijos se desarrollen normalmente y que tengan todas las oportunidades que pueden darles. Los padres aprenden de sus habilidades para hacerlo a partir de lo que han experimentado como hijos con sus propios padres, ya sea imitando o ajustando esas interacciones. Hay otras influencias en el estilo de ser padre en los medios masivos de comunicación y por la familia y los amigos. (Magagna y Juárez, 2012, p. 130)

Es entonces qué,

Algunos padres buscan oportunidades de aprendizaje para desarrollar habilidades particulares los mismos bebés traen consigo su propia personalidad y aptitudes para las innumerables interacciones que le dan forma a su capacidad de tolerar los sobresaltos de la vida.

El trabajo de los padres supone resolver problemas, elegir opciones, ofrecer oportunidades que ayuden al crecimiento físico de sus hijos y su desarrollo como personas. Desempeñar esta tarea supone tomar decisiones, que resultan más complicadas a medida que el «picante» es mayor. (Pinto, 2007, p. 148)

Los padres no pueden darse por vencidos y ser padres sólo cuando los vientos están a favor. Alejarse del problema no es la solución, evitar el conflicto no es arreglarlo, no hacer nada es dejar la puerta a algo peor. Volver al problema, tener un pensamiento alternativo, no darnos por vencidos, es parte de la victoria. (Pinto, 2007, p. 151)

Es cierto que los padres tienden a sentir rechazo por sus hijos cuando éstos, de alguna manera, les decepcionan. Pero este rechazo debe ser reprimido a favor de algo mucho más importante: el afecto incondicional que necesitan los hijos. Es el afecto lo que puede hacerles cambiar, es el arma más importante, para los padres y para los hijos. (Pinto, 2007, p. 154)

Los niños no son motores a los que se les pueden cambiar piezas cuando «pican», ni por un capricho que se pueda devolver si no estamos satisfechos. Los niños se parecen más a una casa en construcción, lleva su tiempo, y cuanto más bonita es la casa, más tarda en construirse. Y en esa casa, los padres son los arquitectos. (Pinto, 2007, p. 153)

3.2. Desarrollo temprano

Nada es permanente, salvo el cambio.

-Heráclito, fragmento (s. VI, a. C)

El desarrollo es un proceso continuo y global que empieza en la concepción y termina hasta la muerte. El desarrollo infantil abarca el crecimiento e implica la organización de los órganos y sistemas, así como la adquisición de habilidades y la capacidad de adaptarse más fácilmente al medio ambiente. Al mismo tiempo que el niño crece físicamente, se desarrolla afectiva, social e intelectualmente. (Anastasi y Urbina, 1998, Epstein, 2005; citado en, Ampudia Rueda, Santaella Hidalgo, Eguía Malo, 2009, p. 9)

Éste es un proceso de cambios relacionados con la edad, cualitativos, ordenados, acumulativos y direccionales, llevan una reorganización conductual la cual prepara al niño a enfrentar patrones nuevos más complejos. Los cambios producidos con el tiempo en la estructura, el pensamiento y la conducta de una persona son el resultado de influencias biológicas y ambientales. En este sentido, existen periodos sensibles u óptimos en que se realizan eficaz y adecuadamente ciertos tipos de aprendizaje y desarrollo. (Craig, 2001; Sroufe, 2007; citados en Ampudia Rueda, Santaella Hidalgo, Eguía Malo, 2009, p. 9)

Algunos procesos del desarrollo, entre los que se cuentan el crecimiento durante el periodo prenatal o el inicio de la pubertad son esencialmente biológicos otros dependen sobre todo de la experiencia. La adquisición de los patrones el habla y el acento del barrio donde crecemos o donde aprendemos un idioma mientras vivimos en otro país son ejemplos de un desarrollo influido principalmente por la existencia personal. (Craig y Baucum, 1997, p. 6)

Para Papalia y Martorell (2017)

Desde el momento de la concepción, los seres humanos emprendemos un proceso de cambio que continua durante toda la vida. Una célula única se convierte en una persona que vive, respira, camina y habla, y que se mueve por un mundo cambiante al que influye y que, a su vez, lo influye. Los bebés crecen y se transforman en niños, que siguen creciendo hasta convertirse en adultos. Aunque todos somos individuos y seguimos nuestra propia trayectoria, compartimos un legado especial, muchas vivencias en común y amplios patrones del desarrollo. (Papalia y Martorell, 2017, p. 3)

Sin embargo, la mayor parte del desarrollo a lo largo de la vida proviene de la interacción entre la biología y las experiencias. No podemos clasificarlo de manera absoluta como biológico o como producto de la experiencia pues consiste más bien en la interacción dinámica y permanente entre los dos conjuntos básicos de causas. (Craig y Baucum, 1997, p. 6)

El desarrollo se presenta a lo largo del ciclo de vida. Además de ser continuo, el proceso de desarrollo es ordenado, y cada logro, por pequeño que sea, es un prerrequisito de otro de mayor complejidad. Por esta razón, los niños pasan por diferentes etapas de desarrollo, cada uno de los cuales presenta particularidades

propias. Se puede hablar de etapas como periodos diferenciados y significativos, donde se pasa de manera gradual de uno a otro y con frecuencia hay fluctuación entre ellos. (Craig, 2001; citado en, Ampudia Rueda, Santaella Hidalgo, Eguía Malo, 2009, p. 9)

Lefrancois (2001) menciona que,

Las ideas más actuales sobre el desarrollo en el ciclo de vida reconocen la importancia de los cambios que ocurren en todas las edades de la existencia. De hecho, como apuntan Lerner y sus colaboradores (1992), la noción del ciclo de vida está arraigada en la postura de que los cambios que ocurren en la etapa adulta son equivalentes a la magnitud a los que acontecen en los periodos anteriores del desarrollo. Por tanto, la característica más importante de la noción del ciclo vital del desarrollo humano es la aceptación de que tanto niños como adultos son organismos que evolucionan toda la vida, que el desarrollo no se detiene con el comienzo de la etapa adulta. (Lefrancois, 2001, pp. 4-5)

Éste es un proceso de cambios,

Conforme avanza el desarrollo, ¿se van agregando conductas y capacidades de manera que se acumulan gradualmente comportamientos, habilidades y el conocimiento del mundo circundante? o bien ¿el desarrollo se realiza por etapas cualitativamente distintas, de modo que aprendemos de repente formas nuevas de interpretar nuestro mundo? (Craig y Baucum, 1997, p. 8)

Cuando el campo de la psicología del desarrollo surgió como una disciplina científica, la mayoría de los científicos se concentraron en el desarrollo de los lactantes y de los niños. El crecimiento y el desarrollo son más evidentes en estas etapas debido al rápido ritmo de los cambios. Sin embargo, cuando el campo se desarrolló, quedó claro que incluía más que la infancia y la niñez. Ahora, los investigadores del desarrollo consideran que el desarrollo del ciclo vital es un proceso “desde la cuna hasta la tumba”, es decir que dura toda la vida. (Papalia y Martorell, 2017, p. 3)

Para Santrock (2006),

El desarrollo es un patrón de evolución o cambio que comienza en la concepción y continúa a través de todo el curso de la vida. La mayor parte del desarrollo implica

crecimiento, a pesar de que también contiene una decadencia, como es el caso del envejecimiento y la muerte. (Santrock, 2006, p. 5)

El acercamiento tradicional al estudio del desarrollo hace hincapié en los grandes cambios que se producen desde el nacimiento a la adolescencia (especialmente durante la infancia), los pequeños o nulos durante la madurez y el declive durante la vejez. Por el contrario, el acercamiento del ciclo vital hace hincapié en los cambios del desarrollo durante la edad adulta al igual que durante la infancia (Birren y Schaie, 2001; Nussbaum y Coupland, 2004; Overton 2003; citados en Santrock, 2006, p. 6)

Tabla 8. Cinco perspectivas sobre el estudio del desarrollo humano
(Papalia y Martorell, 2017, p. 24)

Cinco perspectivas sobre el estudio del desarrollo humano.					
Perspectiva	Teorías importantes	Premisas	Por etapas	Causa principal	Individuo activo/reactivo
Psicoanalítica	Teoría psicosexual de Freud	La conducta está controlada por poderosos impulsos inconscientes.	Sí	Factores innatos modificados por la experiencia.	Reactivo
	Teoría psicosocial de Erickson	La sociedad influye en la personalidad, que se desarrolla a través de una sucesión de crisis.		Interacción de factores innatos y de la experiencia.	Activo
De aprendizaje	Conductismo o teoría tradicional del aprendizaje (Pavlov, Skinner, Watson)	Las personas reaccionan; el ambiente controla la conducta.	No	Experiencia	Reactivo
	Teoría del aprendizaje social (cognoscitiva social, Bandura)	Los niños aprenden en un contexto social por observación e imitación de modelos; son activos y contribuyen al aprendizaje.		Experiencia modificada por factores innatos.	Activo y reactivo

Cognoscitiva	<p>Teoría de las etapas cognoscitivas de Piaget</p> <p>Teoría Sociocultural de Vygotsky</p> <p>Teoría del procesamiento de la información</p>	<p>Entre la infancia y la adolescencia, ocurren cambios cualitativos del pensamiento. Los niños son activos indicadores del desarrollo.</p> <p>Las interacciones sociales son el centro del desarrollo cognoscitivo.</p> <p>Los seres humanos son procesadores de símbolos.</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No</p>	<p>Interacción de factores innatos y de la experiencia.</p> <p>Experiencia</p> <p>Interacción de factores innatos y de la experiencia</p>	Activo
Contextual	Teoría biotecnológica de Bronfenbrenner	El desarrollo ocurre por la interacción entre una persona en crecimiento y cinco sistemas circundantes de influencias contextuales al cronosistema.	No	Interacción de factores innatos y de la experiencia	Activo
Evolutiva / Sociobiológica	Psicología evolutiva; teoría del apego de Bowlby	Los seres humanos poseen mecanismos de adaptación para sobrevivir; se destacan los periodos críticos o sensibles; son importantes las bases evolutivas y biológicas de la conducta y la predisposición al aprendizaje.	No	Interacción de factores innatos y de la experiencia	Activo y reactivo (varían según el teórico)

Mientras que para Rice (1997),

Para facilitar el estudio, el ciclo vital puede dividirse en tres grandes periodos de desarrollo: infantil, adolescente y adulto. El primero y el último se subdividen además en subetapas. El desarrollo infantil incluye el periodo prenatal, la infancia, la niñez temprana y la niñez intermedia. El desarrollo adulto incluye la juventud, la edad madura, y la vejez. El marco de referencia del desarrollo incluye los siguientes periodos y divisiones cronológicas. (Rice, 1997, pp. 5-6)

Desarrollo infantil

Periodo prenatal: de la concepción al nacimiento.

Infancia: de los dos primeros años.

Niñez temprana: de los 3 a los 5 años.

Niñez intermedia: de los 6 a los 11 años.

Desarrollo adolescente: de los 12 a los 19 años.

Desarrollo adulto:

Juventud: los veinte y los treinta.

Edad madura: los cuarenta y los cincuenta.

Vejez: de 60 en adelante. (Rice, 1997, p. 6)

Algunos cambios son sin duda graduales y acumulativos, y dan por resultado una organización y un funcionamiento cada vez mayores. Por ejemplo, en el desarrollo motor, el niño primero mueve los brazos y las piernas de manera aleatoria, y luego empieza a alcanzar y sujetar objetos con un propósito. Más tarde, adquiere y perfecciona poco a poco la capacidad de usar símbolos, en especial las palabras hasta que aprende a leer y manejar conceptos numéricos; por último, accede al pensamiento de nivel superior. (Craig y Baucum, 1997, p. 8)

Rice (1997) señala que,

El desarrollo humano es un proceso complejo que generalmente se divide en cuatro dimensiones básicas. Desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. Aunque cada dimensión subraya un aspecto particular del desarrollo, hay una interdependencia considerable entre las áreas. Al describir estas cuatro áreas, el

desarrollo humano se ha convertido en una ciencia multidisciplinaria que toma elementos de la biología, la fisiología, la medicina, la educación, la psicología, la sociología, la antropología (Baltes, 1987). De cada una de esas disciplinas toma el conocimiento más actualizado para aplicarlo al estudio del desarrollo humano (Hinde, 1992; citado en Rice, 1997, pp. 9-10)

Tabla 5. Las dimensiones del desarrollo humano

(Rice, 1997, p.10)

Desarrollo humano			
Desarrollo físico	Desarrollo cognoscitivo	Desarrollo emocional	Desarrollo social
Incluye las bases genéticas del desarrollo, el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo; los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales; se relaciona además con temas como el cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de las drogas y el funcionamiento sexual.	El desarrollo cognoscitivo incluye todos los cambios en el proceso intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación. Incluye influencias tanto hereditarias como ambientales en el proceso de desarrollo.	El desarrollo emocional se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor y el afecto, y una variedad de emociones, sentimientos y temperamentos. Incluye el desarrollo del concepto de uno mismo y de la autonomía y un análisis del estrés, las perturbaciones y la conducta de representación.	El desarrollo social hace hincapié en el proceso de socialización, el desarrollo moral y las relaciones con los pares y los miembros de la familia. Discute el matrimonio, la paternidad, el trabajo, así como los roles vocacionales y el empleo.

Los teóricos que destacan el desarrollo activo, a menudo llamados “organísmicos” sostienen que participamos activamente en nuestro desarrollo. Los individuos buscan interactuar con otras personas y también con los sucesos, al hacerlo cambian actúan sobre los objetos y sucesos modificándolos también mientras piensan en lo que experimentan e intentan interpretarlo y entenderlo. La curiosidad y el deseo de conocer y comprender son parte esencial del desarrollo. (Craig y Baucum, 1997, p. 10)

Los teóricos para quienes el desarrollo es un proceso pasivo, conocidos como “mecanicistas” piensan que el hombre reacciona de manera pasiva ante los

fenómenos de su ambiente. Desde este punto de vista, se cree que el hombre se cree que al hombre lo mueven sus pulsiones y motivaciones internas, junto con los incentivos externos que ofrecen otras personas y el ambiente en general. El desarrollo lo determinan sobre todo los premios y castigos que nos forman y modelan. Advierta que, en este contexto, el verbo determinar significa también que todo cuanto sabemos o hacemos se basa en las condiciones presentes o pasadas. (Craig y Baucum, 1997, p. 10)

Por lo que ahora Craig y Baucum (2009) lanzan la siguiente pregunta, ¿Cuál es entonces la perspectiva correcta?

A lo que responden, que

La respuesta es ambas. La mayor parte del tiempo enfrentamos activamente el mundo en toda su complejidad y elaboramos una idea personal de él que nos orienta. Sin embargo, a menudo no nos queda otra opción que reaccionar a lo que nos ofrece el mundo físico y social. En otras palabras, nuestra mente interactúa con las fuerzas de la sociedad y de la naturaleza, interacción que determina lo que hacemos y lo que llegamos a ser. (Craig y Baucum, 1997, p. 10)

Es entonces que para Lefrancois (2001) “entre los conceptos importantes en el estudio del ciclo vital se encuentran el crecimiento, la maduración, el aprendizaje. Dicho de otra manera, desarrollarse es crecer, madurar y aprender” (p. 5).

El crecimiento se refiere por lo común a los cambios físicos, como el aumento de estatura o el alargamiento de la nariz. Los cambios que definen el crecimiento son principalmente cuantitativos: consisten en la adición más que en la transformación. (Lefrancois, 2001, p. 5)

La maduración como término biológico, más que como sustantivo vago y general, describe cambios que son relativamente independientes del ambiente pero que están muy relacionados con la herencia, como los cambios sexuales de la adolescencia. Ahora bien, en casi todos los aspectos del desarrollo humano, la maduración y el aprendizaje interactúan. Por ejemplo, para aprender a caminar no sólo es necesario que la fuerza física y la coordinación muscular del niño hayan madurado lo suficiente, sino también que tenga las oportunidades de aprender las diversas destrezas que se requieren. (Lefrancois, 2001, pp. 5-6)

Lefrancois, (2001) menciona que “el aprendizaje se define como los cambios relativamente permanentes que se deben a la experiencia (como un piquete de abeja o ir a la escuela), más que simplemente a la maduración o el crecimiento” (p. 6).

Lefrancois, (2001) “en resumen, el desarrollo describe el proceso gradual y de toda la vida por el que nos adaptamos a nuestro ambiente. Como para adaptarnos a nuestro ambiente, éstos son los aspectos básicos del desarrollo” (p. 6).

La meta de la psicología del desarrollo durante el ciclo vital es ayudarnos a llevar una vida significativa y productiva. Entre más sepamos sobre cómo y por qué crecemos y cambiamos y más control ejerzamos sobre el proceso, mayor será nuestra influencia positiva sobre la vida de nuestros niños, nuestros adolescentes y nuestra propia vida. Así que la meta personal del estudio del desarrollo durante el ciclo vital es la autoevaluación y la mejoría de uno mismo. (Heckhausen y Krueger, 1993; citado en Rice, 1997, p. 5)

Tabla 6. Temas del estudio del ciclo de vida
(Lefrancois, 2001, p. 5)

TEMAS	SIGNIFICADO
1.- El desarrollo es continuo.	Los adultos al igual que los niños, se desarrollan y cambian.
2.- La madurez es relativa.	Como el cambio es continuo, la persona que nunca llega a una etapa final de madurez completa en la que no ocurran más cambios.
3.- La niñez es más que inmadurez	Las características de la niñez son importantes por derecho propio y no deben ser vistas simplemente como precursoras de formas más “adultas” de pensamiento.
4.- El desarrollo se da en un contexto	Las relaciones cambiantes del individuo con el ambiente social tienen mucho que ver con los resultados del desarrollo.
5.- las influencias del desarrollo son bidireccionales.	No sólo los individuos están profundamente influidos por su ambiente social, sino que a su vez afectan aspectos significativos del ambiente.

Tabla 7. Definiciones del desarrollo humano

(Lefrancois, 2001, p. 5)

Psicología	Ciencia que estudia el pensamiento y el comportamiento humano.
Psicología del desarrollo	División de la psicología que se ocupa de los cambios que ocurren con el tiempo y de los procesos e influencias que explican estos cambios.
El desarrollo comprende: Conocimiento Maduración Aprendizaje	Cambios físicos, principalmente cuantitativos. Cambios que se manifiestan de forma natural, relativamente independientes del medio (por ejemplo, los cambios de la adolescencia que llevan a la madurez sexual). Cambios relativamente permanentes en la conducta que son el resultado de la experiencia (y no de la maduración, la fatiga o los fármacos).

3.3 Apego

Apego es el sentimiento que une al padre y a su hijo; es el vínculo emocional que existe entre ellos, el deseo de mantenerse en contacto por medio de la cercanía física, de tocarse, mirarse, sonreírse, escucharse o hablarse (Pipp y Harmon, 1987). Los niños que han desarrollado un apego cercano hacia sus padres corren hacia ellos cuando se sienten asustados; cuando se sienten molestos buscan el consuelo de sus brazos, y obtienen placer y seguridad del solo hecho de estar cerca de ellos, de poder verlos o de comunicarse con ellos. (Rice, 1997, p. 232)

Consideremos el apego como un vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través del proceso relacional para la cría es primeramente sensorial durante la vida intrauterina (reconocimiento del olor, la voz y el tacto de los progenitores), pero que apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente es impregna según la reacción afectiva del adulto, que puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida - sobre todo infantiles- de la madre y secundariamente del padre. (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 165)

Todos los infantes necesitan formar un vínculo emocional seguro hacia alguien, la madre, el padre, otro miembro de la familia o un cuidador sustituto (Bowlby, 1982). Para sentirse emocionalmente seguros, los niños necesitan una relación cálida, cariñosa y estable con un adulto responsivo del que puedan depender (Kochanska, 1991; citado en Rice, 1997, p. 232)

El apego no surge de forma repentina, sino que se desarrolla en una serie de fases, pasando de una preferencia general del bebé por los seres humanos a una asociación con los cuidadores primarios. A continuación, exponemos las cuatro fases basadas en la conceptualización de Bowlby: (Santrock, 2006, p.218)

- Fase 1: Del nacimiento a los 2 meses. Los niños dirigen su apego de forma instintiva a las figuras humanas. Los extraños, los hermanos y los padres provocan igualmente una sonrisa o llanto por parte del bebé.
- Fase 2: De los 2 a los 7 meses. El apego se centra en una figura, normalmente la del cuidador primario, a medida que el bebé aprende gradualmente a distinguir la gente conocida de la desconocida.
- Fase 3: De los 7 a los 24 meses. Se desarrolla el apego específico. Con mayores habilidades locomotoras, los bebés buscan activamente tener contacto con los cuidadores habituales, como la madre o el padre.
- Fase 4: De los 24 meses en adelante. Se forma una relación en la que el niño se da cuenta de los sentimientos, objetivos y planes de otros y comienza a tener en cuenta esto para llevar a cabo sus propias acciones. (Santrock, 2006, p.218)

Por lo anterior,

El apego es lo que producen los lazos invisibles que crean las vivencias de familiaridad, caracterizada ésta por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. En otras palabras, el apego une a padres e hijos en el espacio y en el tiempo, lo que se manifiesta sobre todo durante la infancia por la tendencia a mantener una proximidad física, siendo su expresión subjetiva, cuando este apego es sano, la sensación de seguridad (Bowlby, J.,1973; Bowlby, J.,1998; citado en Barudy y Dantagnan, 2005, pp. 165-166)

La importancia funcional o de adaptación de la socialización recíproca parece estar en que ayuda a establecer una relación muy especial entre los padres y el preescolar. Históricamente, a esta relación se le venía llamando dependencia; más

recientemente se ha dado en llamarla apego. (Fitzgerald, Strommen y McKinney, 1981, p. 243)

El concepto de apego supone algo más que la mera dependencia. Supone un vínculo social y emocional recíproco entre el lactante y la persona que cuida de él. Sin embargo, la naturaleza de la relación del apego tiene que ir cambiando durante las diversas etapas del desarrollo. En último término, el lactante y su custodio tiene que irse alejando el uno al otro: tiene que cambiar la naturaleza del vínculo social y emocional que se forma en la infancia y la primera niñez. (Fitzgerald, Strommen, McKinney, 1981, p. 243)

Por lo tanto,

El establecimiento del apego permite no sólo que el niño discrimine a partir de un momento de su desarrollo familiares y extraños, sino también que disponga de una representación interna de sus figuras de apego, como disponibles, pero separada de sí mismo, pudiendo evocarlas en cualquier circunstancia. (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 166)

Es entonces que Erick Erickson (1963, 1968) sugería que “la piedra angular de una personalidad vital” se forma en la infancia a medida que el niño interactúa con los padres u otras personas encargadas de su cuidado. Esta piedra angular es la base de la confianza en la medida que los infantes aprenden que pueden confiar en las personas que los cuidan habrán de satisfacer sus necesidades de subsistencia, protección, bienestar y afecto. Si estas necesidades no son cumplidas los niños se vuelven desconfiados e inseguros. (Rice, 1997, p. 241)

La primera la primera etapa del desarrollo psicosocial que identificó Erikson es confianza básica versus desconfianza básica. Esta etapa inicia durante la lactancia y continua hasta alrededor de 18 meses de edad. En estos primeros meses, los bebés desarrollan un sentido de confiabilidad de las personas y objetos de su mundo. Necesitan desarrollar un equilibrio entre la confianza (que les permite fomentar relaciones íntimas) y la desconfianza (que les permite protegerse). Si predomina la confianza como debería, los niños desarrollan la virtud, o fortaleza, de la esperanza: la creencia de que pueden satisfacer sus necesidades y cumplir sus deseos (Erikson, 1982). Si predomina la desconfianza, los niños percibirán al mundo

como hostil e impredecible y tendrán dificultades para formar relaciones. (Papalia, Olds y Feldman, 2009, p. 245).

Confianza básica versus desconfianza básica, así denominada por Erikson. La primera etapa ocurre cuando nos encontramos más desamparados y dependientes de los demás para satisfacer nuestras necesidades físicas y emocionales. Cuando los bebés comienzan su vida, desarrollan un sentimiento de relativa confianza y desconfianza hacia el mundo que los rodea. Sus experiencias con la madre son cruciales para el equilibrio entre seguridad e inseguridad. El desarrollo de un sentido intenso de confianza básica “no sólo implica que uno haya aprendido a confiar en el continuo y constante apoyo de otros, sino también que uno puede confiar en sí mismo y en las capacidades de los propios órganos para satisfacer las necesidades” (Erikson, 1963, p.248) Si la madre es sensible y responde, la sensación de seguridad del lactante incrementa y las frustraciones del hambre y la incomodidad se hacen tolerables. (Frager y Fadiman, 2010, p. 180; citado en Majluf Mendoza 2021, pp. 47-48)

La sensación de confianza procede no tanto del alivio del hambre o las demostraciones de afecto, sino de la calidad del cuidado materno. Las madres que se sienten seguras de su habilidad para cuidar a sus bebés y confían en que crecerán como niños sanos, comunican estos sentimientos y suscitan en los pequeños la sensación de confianza en sí mismos y en el mundo. (Frager y Fadiman, 2010, p. 180; citado en Majluf Mendoza 2021, p. 48)

Margaret Mahler, una psicóloga clínica, recalca la importancia de la acción madre e hijo (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Del nacimiento de los 2 meses, los infantes pasan por una fase autista durante la cual sólo tienen conciencia de la madre como agente que satisface sus necesidades básicas. De los 2 a los 5 meses, entran en la segunda fase, simbólica, durante la cual establece en dependencia de la madre y constituyen una base sólida para el crecimiento e independencia posteriores. Las madres que son sensibles y responsivas fomentan una relación simbiótica con sus hijos. Una madre y menos sensible puede frustrar la necesidad del niño de fundirse con ella lo que ocasiona inseguridad por consiguiente la tarea psicossocial básica es construir la confianza y seguridad por medio de la dependencia y la satisfacción de necesidades. (Rice, 1997, p. 241)

El elemento crítico para desarrollar la confianza es el cuidado sensible, responsivo y consistente. Erikson consideraba que la situación alimenticia era el entorno para establecer la mezcla correcta de confianza y desconfianza. ¿El bebé puede contar con que se le alimente cuando tiene hambre y, por consiguiente, puede confiar en su madre como representante del mundo? La confianza permite que la madre del lactante no permanezca a la vista, debido a que “se ha convertido en una certeza interna, así como en una predictibilidad externa” (Erikson, 1950, p. 247). En Cathy Bateson, esta confianza interna posiblemente formó las bases sólidas para los periodos más difíciles del futuro. (Papalia, Olds y Feldman, 2009, pp. 245-246)

El psicólogo Harry Frederick Harlow (1958), quien realizó múltiples experimentos sobre las necesidades de dependencia, aislamiento social y separación materna;

Diseñó un experimento en el que dos madres sustitutas, construidas con un armazón de metal, una de ellas envuelta en un paño suave, fueron colocadas dentro de las jaulas de monos Rhesus. Cada una estaba equipada con un biberón conectado a una mamila que sobresalía de la región pectoral y de una fuente luminosa colocada tras el cuerpo para proporcionar calor al infante. A cada madre se le asignó un grupo de sujetos al que deberían alimentar. Los monos asignados a la madre metálica se alimentaban, pero pasaban cada vez menos tiempo en contacto con ella, hasta que permanecían todo el tiempo entre periodos de alimentación sobre la madre de paño, algunos sujetos buscaban alimentarse de la madre metálica, mientras permanecían en contacto con la otra. En contraste, los individuos alimentados por la madre cubierta pasaban largos periodos con ella y pocas veces se acercaban a la otra figura. En otros experimentos, los monos buscaban siempre el contacto de la madre de paño cuando un objeto extraño era colocado dentro de la jaula. (Ribes Iñesta, 2002, p. 127)

Estas investigaciones muestran que la función de nutrición no es un factor que por sí solo promueva las conductas de apego, sino que la estimulación táctil y el contacto físico son fundamentales para su adquisición. Pareciera que la ausencia de una madre verdadera también tuvo efectos negativos sobre la maduración social y afectiva de los monos; de acuerdo con las observaciones de Harlow, aunque los monos criados con la madre de paño no manifestaron problemas durante la infancia, su desarrollo mostraba cierto retardo al compararseles con monos criados con sus madres. Cuando eran reunidos con otros monos, los ignoraban y pasaban mucho

tiempo golpeándose y abrazándose a sí mismos, al momento en que las hembras del experimento tuvieron crías se comportaron como madres negligentes y abusivas (Harlow, 1962; Sackett, 1965; citado en Ribes Iñesta, 2002, p. 127).

Dichas conductas atípicas pueden ser atribuibles al hecho de que las madres reales promueven el desarrollo de la autonomía, disminuyendo de forma progresiva el tiempo que los infantes pasan en sus brazos; además, el contacto con la madre verdadera promueve el desarrollo y la diferenciación de expresiones faciales y corporales que podrían facilitar la interacción social posterior. (Ribes Iñesta, 2002, p. 127)

Figura 9. Experimento clásico de Harry Harlow con monos Rhesus.

(Papalia, Olds y Feldman, 2009, p. 149)



El apego es, por lo tanto, fundamental para el establecimiento de la seguridad de base: a partir de ahí el niño llegará a ser una persona capaz de vincularse y aprender de la relación con los demás. La calidad de apego también influirá en la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como el desarrollo de su empatía, la modulación de sus impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia y el desarrollo de sus capacidades de dar y recibir. (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 166)

Es entonces que Barudy y Dagnantan (2005), reconocen que “un apego sano y seguro permitirá además la formación de una conciencia ética y el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles como las separaciones que acarrearán las pérdidas y rupturas” (p.166).

Pero entonces ¿qué se necesita para que el infante desarrolle confianza y seguridad?

Para que la confianza y la seguridad puedan desarrollarse es necesario cumplir una serie de requisitos. Uno de ellos es que los niños reciban alimentos adecuados de manera regular. Un niño crónicamente también hambriento se convierte en un niño ansioso (Valenzuela, 1990; citado en Rice, 1997, p. 241).

Un segundo requisito para el desarrollo de la confianza y la seguridad es que los bebés puedan succionar lo suficiente. La mayoría necesita además de sus requerimientos nutricionales, succionar varias horas al día. Como succionar es una fuente de bienestar y seguridad emocional, los momentos en que se le alimenta deben ser una experiencia relajada, sin prisas, que le brinda el bebé una amplia oportunidad de succionar. La mayoría de los bebés pueden vaciar el pecho de la madre en poco tiempo, pero luego continúan mamando por un tiempo. Un chupón puede ser una forma útil de cumplir las necesidades emocionales de los niños. (Rice, 1997, pp. 241-242)

Otra necesidad emocional importante recibir caricias y contacto físico (Anisfeld, Casper, Nozyce y Cunningham, 1990). Los niños tienen la necesidad emocional de recibir cariño, de ser tocados y acariciados; necesitan calidez, escuchar el sonido de una voz agradable y ver la imagen de una cara feliz (Herman y McHale, 1993; MacDonald. 1992; citado en Rice, 1997, p. 242)

El requisito más importante para el desarrollo de la confianza y la seguridad de los niños es que los padres les demuestren que los aman es necesario que los padres transmitan mediante sus actitudes, palabras y hechos que aman a sus hijos. También es importante que los padres sean sensibles y responsables a las necesidades de sus niños. (Rice, 1997, p. 242)

Es importante examinar los mecanismos por los que se establece el apego, pues éste es esencial para el desarrollo psicosocial global. Mary Ainsworth (1983) define este tipo de conductas como aquellas que favorecen ante todo la cercanía con una

persona determinada. Entre estos comportamientos figuran las siguientes señales (llanto, sonrisas, vocalizaciones), orientación (mirada, movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). El apego es mutuo y recíproco, es decir funciona con ambas direcciones y consiste en compartir experiencias de un modo cooperativo (Kochanska. 1997). Así, el apego del niño con el cuidador se relaciona con el apego de éste con aquel. (Craig y Baucum, 2009, p.169)

Aunque el apego al cuidador se intensifica durante la mitad del primer año. ¿es posible que algunos bebés tengan una experiencia de apego más positiva que otros? Mary Ainsworth (1979) así lo cree. Ainsworth creó la reacción ante extraños (situación extraña), una medida de observación del apego de los niños que requiere que el niño pase por una serie de presentaciones, separaciones y reencuentros con el cuidador y con un adulto extraño en un orden determinado. (Santrock, 2006, p. 218)

Mientras que, para Papalia y Martorell, (2017),

El estudio del apego, está en duda con el etólogo John Bowlby (1951), pionero en las investigaciones sobre la formación de vínculos afectivos entre animales. A partir de su conocimiento respecto del trabajo original de Harlow con monos Rhesus, el cual demostraba la importancia del contacto confortable más que la de alimento, y a partir de observaciones de niños con trastornos en una clínica psicoanalítica de Londres. Bowlby se convenció de la importancia del vínculo entre la madre y el bebé, y advirtió que no es bueno separarlos sin procurar un buen cuidado sustituto. (Papalia y Martorell, 2017, p. 172)

Mary Ainsworth, quien fuera alumna de Bowlby al inicio de 1950, continuo con el estudio del apego en bebés africanos en Uganda por medio de la observación naturalista en sus hogares (Ainsworth,1967). Más tarde Ainsworth creó la situación extraña, una técnica de laboratorio que ahora es clásica, que fue diseñada para evaluar los patrones de apego entre un infante y un adulto. Por lo general el adulto es la madre (aunque también han participado otros adultos) y el bebé tiene entre 10 y 24 meses de edad. (Papalia y Martorell, 2017, p. 172)

Ainsworth cree que el apego seguro durante el primer año de vida proporciona una base importante para el desarrollo psicológico posterior. Los niños con apego seguro

se alejan de la madre con libertad, pero con miradas periódicas observan el lugar donde ella se encuentra. Los niños con apego seguro responden de manera positiva al ser tomados en brazos por otros, y, cuando se les baja, se alejan libremente para jugar. Por el contrario, un niño con apego inseguro evita a la madre o es ambivalente con ella, tiene miedo de los extraños y se angustia por separaciones pequeñas y rutinarias. (Santrock, 2006, p. 220)

Utilizando la teoría de la reacción ante extraños los investigadores esperan que sus observaciones les proporcionen información sobre las motivaciones del niño para estar cerca del cuidador y el grado por el cual la presencia del cuidador y el grado por el cual la presencia del cuidador proporciona al niño seguridad y confianza. Basándose en como los bebés responden en una situación extraña, se describen el apego seguro y el apego inseguro (existen tres tipos de apego inseguro) hacia el cuidador. (Santrock, 2006, p. 218)

- Los bebés con apego seguro utilizan al cuidador como una base segura desde la que exploran el entorno. En presencia del cuidador, los bebés con apego seguro exploran la habitación y examinan los juguetes que hay en ella. Cuando el cuidador se marcha, los bebés pueden protestar suavemente, y cuando el cuidador regresa estos bebés reestablecen una interacción positiva con él, quizá sonriendo o subiéndose a su regazo. Después, a menudo vuelven a jugar con los juguetes de la habitación. (Santrock, 2006, p. 219)
- Los bebés con apego inseguro evitante muestran inseguridad evitando a la madre. En la situación extraña, estos niños tienen poca interacción con el cuidador, a menudo se muestran angustiados y lloran cuando éste sale de la habitación y no reestablecen contacto con el cuidador cuando vuelve, incluso pueden darle la espalda. Si el contacto se establece, el niño suele agacharse y mirar hacia otro lado. (Santrock, 2006, p. 219)
- Los bebés con apego inseguro resistente suelen aferrarse al cuidador y luego resistirse pegándole para que no se le acerque, dándole patadas o empujándolo. En la situación extraña estos niños a menudo se aferran ansiosamente al cuidador y no exploran la habitación de juegos. Cuando el cuidador sale, a menudo lloran fuertemente y lo empujan si éste vuelve para calmarlos.
- Los bebés con apego desorganizado están desorientados o perturbados. En la situación extraña, estos bebés pueden parecer aturdidos, confusos y temerosos.

Para ser clasificado como desorganizado, un niño debe mostrar fuertes patrones de evasión y resistencia o ciertos comportamientos como miedo extremo al cuidador. (Santrock, 2006, p. 219)

Tabla 9. La situación extraña de Ainsworth

(Santrock, 2006, p. 219)

Episodio	Personas presentes	Duración del episodio	Descripción del lugar
1	Cuidador, bebé y observador	30 segundos	El observador introduce al cuidador y al bebé en una habitación experimental, después se va. (La habitación contiene muchos juguetes apetecibles)
2	Cuidador y bebé	3 minutos	El cuidador no participa cuando el bebé está explorando, si es necesario se estimula el juego después de 2 minutos
3	Extraño, cuidador y bebé	3 minutos	Entra el extraño. Primer minuto: el extraño esta en silencio. Segundo minuto: el extraño conversa con el cuidador. Tercer minuto: el extraño se acerca al bebé. Después del tercer minuto: el extraño se va repentinamente.
4	Extraño y bebé	3 minutos o menos	Primer episodio de separación. El comportamiento del extraño se adapta al bebé
5	Cuidador y bebé	3 minutos o más	Primer episodio de reencuentro. El cuidador saluda y/o tranquiliza al bebé, después intenta que el bebé vuelva a jugar. El cuidador se va diciendo «adiós»
6	Bebé solo	3 minutos o menos	Segundo episodio de separación
7	Extraño y bebé	3 minutos o menos	Continuación de la segunda separación. El extraño entra y adapta su comportamiento al del bebé
8	Cuidador y bebé	3 minutos	Segundo episodio de reencuentro. El cuidador entra, saluda al bebé y lo coge en brazos. Mientras el extraño abandona la habitación

Del mismo modo,

Los niños pueden desarrollar apegos cercanos hacia más de una persona (Fox, Kimberly y Schafer, 1991; Goossens y van Ijzendoorn, 1990). La mayor parte de los estudios sobre el tema muestran que los niños pequeños pueden y a menudo lo hacen apeгarse por igual a su madre y a su padre (Dickstein y Parke, 1998, La Rossa, 1988; Ricks, 1985), lo que representa dos apeгos significativos. Posteriormente, si en el hogar están presentes otros familiares como los abuelos u

otros niños mayores, también pueden desarrollarse apegos hacia esas personas. Los antropólogos han recalcado el hecho de que en algunas sociedades es común que los niños sean cuidados por varias personas, y que esos niños disfrutaran de relaciones interpersonales saludables con todos los miembros de la familia. (Rice, 1997, p. 233)

El hecho de que los niños puedan formar apegos múltiples no significa que las personas que se encargan de su cuidado puedan cambiar constantemente la estabilidad del cuidado se ha brindado por uno de los padres un familiar o una niñera es uno de los elementos más importantes para el mantenimiento de la seguridad emocional para el niño que ha formado un apego cercano con alguien resulta perturbador que éste se aleje y sea reemplazado por otro y luego por otro más. (Rice, 1997, p. 233)

La exploración del ambiente – y esto implica el jugar con sus pares o librarse de diversas actividades con ellas- se considera un tercer componente fundamental, antitético al comportamiento del apego. Cuando un individuo (independientemente de su edad) se siente seguro, tiende a alejarse de su figura de apego para explorar. Cuando se siente alarmado angustiado, fatigado o incómodo tiene la necesidad de acercarse. Se trata aquí del esquema característico de la interacción entre el niño(a) y el padre-madre, lo que denominamos la exploración a partir de una base segura. (Lebovici y Well-halpern 2006, p. 131)

Sólo cuando sabe que su padre-madre va a permanecer accesible y va a responder a su llamado, un niño(a) sano se siente bastante seguro para la exploración. Al principio sus exploraciones son limitadas, tanto en el tiempo como en el espacio. A partir de la edad de dos y medio a tres años, un niño(a) que se siente seguro tiene la suficiente confianza como para aumentar la distancia y el tiempo de alejamiento, primero durante medio día y luego por días enteros. Cuando entra a la adolescencia, sus excursiones se extienden a semanas o meses, pero una residencia segura sigue siendo indispensable para una salud mental y el mejor funcionamiento posible. (Lebovici y Well-halpern 2006, p. 131).

De esta manera, la teoría del apego tiende un puente entre las esferas afectiva y cognitiva. En efecto, Ainsworth (1978) con el paradigma experimental de la «situación extraña» y el concepto de «base tranquilizadora», mostró que el niño se

lanza a explorar su medio físico en cuanto se siente seguro y confortable junto a sus padres. (Cyrulnik y Anaut, 2016, p. 76)

Si bien al principio de la vida la seguridad del apego supone una proximidad, un contacto físico con la figura de apego, una serie de autores (Bowlby, 2002; Ainsworth, 1978; Winnicott, 1969; Stern, 1992) recalcan que el bebé necesita sobre todo una proximidad psicológica por parte de su madre. (Cyrulnik y Anaut, 2016, p. 76)

Así mismo,

El desapego no significa una conducta determinada aislada, ni un conjunto de modalidades de conducta. Es una estructuración muy parecida a “organización”, “adaptación”, “inteligencia”, e inclusive también “aprendizaje”. Conceptualmente el apego es un vínculo social y emocional, un aspecto de la adaptación, que tiene por objeto garantizar la supervivencia de la especie (Bowlby, 1969). Por lo tanto, el desapego es la ruptura de este vínculo o por lo menos el cambio de su naturaleza. (Fitzgerald, Strommen, McKinney, 1981, p. 243)

Es entonces que ahora se retomaran diferentes teorías que hablan del apego y cuan importante es conocerlas para poder tener conocimiento fiel desde distintas perspectivas.

La teoría etiológica

La noción fundamental es que el bebé viene el mundo equipado con un conjunto de señales y respuestas hacia otras que forman lo que Bowlby llamaba “el comportamiento de apego”. El bebé avisa la necesidad de ayuda o de contacto llorando, hace ruidos, sonriendo, etc. y luego mantiene el contacto con la persona que la atiende “apegándosele”, reteniéndola o siguiéndola, si el bebé ya gatea o camina. Bowlby cree que la primera infancia las acciones del bebé son provocadas por varias señales fijas como la separación o la amenaza. (Bee, 1978, p. 232)

La teoría del aprendizaje social

La madre satisface una y otra vez las necesidades del niño y gradualmente ella ha sido asociada a tantas veces a cosas buenas como el cambiar pañales, el baño y la comida viene a ser “una cosa agradable”, así que el estar cerca de la madre es un hecho que refuerza al niño. Una vez que el bebé ha empezado a mostrar varios tipos de comportamiento asociados al apego y a la dependencia, como el “apegarse”,

busca ser alzado y pedir ayuda o atención la madre puede reforzar estos comportamientos directamente ayudando por consiguiente a mantenerlos. (Bee, 1978, p. 232)

El grado de dependencia del niño depende presumiblemente de la de la frecuencia del esfuerzo, aunque como lo había señalado, la relación no es sencilla. El bebé que da repetidamente señales para llamar la atención llorando, pero a quién no se le responde sino después de un rato de llanto puede ser un niño más “pegajoso”, más dependiente que el niño que obtiene una respuesta inmediata. (Bee, 1978, p. 232)

La teoría de desarrollo cognoscitivo

El niño no puede mostrar apego hasta que no haya discriminado a su madre de las otras personas y hasta tanto no sea no posea cierta persistencia del objeto. Claro está en efecto, que las primeras señales de un solo efecto se manifiestan en el momento en que el niño adquiere aparentemente las habilidades cognitivas necesarias. (Bee, 1978, p. 234)

La teoría psicoanalítica

Sigmund Freud, al igual que los etólogos, dió énfasis a la cualidad instintiva del apego. El bebé, según Freud, viene al mundo equipado con varios grupos de instintos, incluyendo uno de los que tiene ver qué ver con la propia conservación: (la respiración, el hambre y similares) y otro que tiene que ver con la gratificación sexual. El instinto sexual, en conjunto, está dirigido a varios objetos en una secuencia fija durante la vida del individuo y en cada etapa de energía sexual (la cual Freud llama lívido) está concentrada en una sola parte del cuerpo, en una sola zona erógena. (Bee, 1978, pp. 234-235)

Para Fogel y otros (1997; citados en Craig y Baucum, 2009) es importante mencionar que, “las conductas de apego de la madre y el hijo evolucionan de forma gradual y constituyen un sistema dinámico en el cual las acciones del pequeño influyen de manera recíproca en las de ella y a la inversa” (p. 171).

Es así que,

El doctor Edward Tronick, profesor de la Universidad de Harvard, en 1978 realiza diversos experimentos en donde descubre la importancia de interactuar con el bebé, dicho experimento muestra la importancia de la interacción ya que juega con su bienestar

emocional. Retomado del video de la plataforma You Tube, donde se puede observar dicho experimento y nos explica detalladamente el proceso:

Explica el Dr. Edward Tronick:

Los bebés de esta edad son extremadamente sensibles a las emociones y a la reactividad de las interacciones sociales que les llegan del mundo que los rodea, es algo que empezamos a estudiar hace 34 años, cuando la gente no pensaba que los infantes podían interactuar socialmente, el experimento de “la cara quieta” se trata de que la madre se siente y juega con su bebé, de 1 año de edad, saluda al bebé, el bebé saluda de vuelta, éste bebé empezó a apuntar a diferentes lugares de la sala, y la madre trata de que juegue con ella. Trabajan para coordinar sus emociones y sus interacciones, lo que quieren hacer en su mundo, y eso es lo que realmente el bebé está acostumbrado. (Llévame cerca - Escuela de portabebés, 2017, 26 de febrero, 0’02”)

Después, nosotros le pedimos a la madre no responderle al bebé, el bebé rápidamente se da cuenta de esto y ella usa todas sus habilidades para tratar de recuperar a la madre, le sonrío a la madre, apunta, porque sabe que mamá mirará a donde apunta, la bebé levanta sus manos y las pone al frente de ella, y se pregunta ¿Qué pasa? Hace ese chillido a la madre, como diciendo ¡vamos! ¿Qué pasa?; incluso en estos dos minutos en los que donde no tiene la reacción normal, reacciona a las emociones negativas, mira a otro lado, siente la tensión de ello, incluso pueden perder la compostura que experimentan. [la madre le habla a la bebé diciendo: ¡aquí estoy!, estoy contigo ¡oh sí!]. (Llévame cerca - Escuela de portabebés, 2017, 26 de febrero, 1’01”)

Es parecido al bueno, el malo y el feo; el bueno es lo normal que pasa, que todos hacemos con nuestros hijos; lo malo es cuando algo pasa, pero el bebé lo puede vencer, después de la cara quieta, vuelven a jugar, lo feo es cuando no le das al bebé ninguna opción de volver a lo bueno. no lo puede arreglar, y está atrapado en lo malo. (Llévame cerca - Escuela de portabebés, 2017, 26 de febrero, 2’16”)

Es entonces que,

Un hito en el establecimiento de las relaciones de apego en la aparición de la ansiedad ante los extraños y la ansiedad ante la separación. Ni los pediatras ni los psicólogos trazan una distinción clara entre ambas y las designan simplemente

como “la ansiedad de los siete meses”, porque a Menudo aparecen en forma repentina a esa edad. Los niños que antes sonreían, eran afables, amistosos y receptivos con los extraños de pronto empiezan a temerles y a rechazarlos. Además, muestran una angustia extrema, así sea por un momento, al quedarse solos en un lugar extraño. Muchos no sufren una intensa ansiedad ante los extraños ni ante la separación, pero en quienes sí la padecen las reacciones se prolongan en lo que resta del primer año de vida y durante gran parte del segundo. (Craig y Baucum, 2009, p.173)

Diferentes investigaciones apuntan que lo que impulsa a las madres a dar prioridad al cuidado y al buen trato a sus crías tiene relación con la capacidad del organismo femenino de producir un conjunto de hormonas, siendo la oxitocina la más conocida (Nelson, Panksepp y otros autores citados por Taylor, 2002; citado en Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, pp. 24-25).

Pero, por otra parte,

Al explorar lo que diferenciaba a las madres que producían buenos tratos de aquéllas que tenían dificultades para hacerlo, midiendo las tasas hormonales como la oxitocina, la prolactina, la vasopresina y los péptidos opioides endógenos (Taylor, 2002; Swaab, 2004), se encuentran significativamente elevadas en la sangre durante el embarazo, el parto, la lactancia y en los primeros meses del ejercicio de la maternidad bien tratante. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, p. 25)

La vinculación afectiva de las madres con sus hijos o hijas y el apego de éstos hacia sus progenitores es una de estas relaciones interpersonales fundamentales. La existencia de estos «circuitos hormonales asociativos» es una garantía de la vivencia de las madres y de sus hijos de estar unidos por un apego intenso que diferentes investigaciones muestran; cuando estas interacciones participan en lo que se conoce como apego seguro, garantizan el desarrollo sano del cerebro y de la mente infantil, lo que conllevará al desarrollo de una personalidad adulta sana. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, p. 25)

En lo esencial, el apego consiste en lo siguiente: el bebé desde que nace, busca una conexión estable y segura con una persona capaz de protegerlo. Una de las primeras evidencias sobre la que Bowlby construye esta premisa es el patrón de respuestas que aparecen en el niño cuando sus adultos de referencia se alejan: el

niño protesta energéticamente para lograr la vuelta de su madre. Si tiene éxito, la protesta. Si, por el contrario, la separación con respecto a la madre se extiende por períodos prolongados de tiempo o se hace una crónica, la protesta puede evolucionar hacia la desesperación y el desapego (cuadros infantiles que recuerdan mucho a la depresión adulta). La madre, concluye Bowlby, es fundamental para el niño. (Pitillas y Berástegui, 2018, p. 44)

Además, Pitillas y Berástegui, (2018) mencionan que “el papel de las hormonas no sólo se limita a facilitar la vinculación emocional, ellas juegan un papel fundamental frente a situaciones amenazantes o de peligro provenientes del entorno en que se requiere protección y cuidados de todo tipo” (p. 26).

Por lo tanto,

Oxitocina, a esta hormona se le conoce mejor por su contribución al parto, pues lo desencadena, así como la producción de la leche materna con la cual la madre alimenta la bebé. Hay evidencias que esta hormona contribuye a estimular las sensaciones agradables que acompañan a la madre después del sufrimiento del parto. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, p. 26)

Así mismo,

Otras hormonas implicadas en la conducta maternal como el estrógeno y la progesterona actúan juntas para resaltar la receptibilidad materna durante el embarazo, preparando a las madres para la maternidad después del parto. La noradrenalina, la serotonina y el cortisol también se elevan. El hecho de que varias sustancias secretadas por el cuerpo humano se ocupen de lo mismo es una indicación que la naturaleza asegura la existencia de los procesos fundamentales para la vida y la maternidad; los cuidados y el buen trato de las crías son un ejemplo. (Barudy, Dantagnan, Comas, y Vergara, 2014, p. 27)

Para cuando un niño cumple los tres años, su cerebro ha formado 1.000 billones de conexiones, aproximadamente dos veces más de la que tenemos los adultos. Algunas de las células del cerebro, que se llaman neuronas, ya están vinculadas a otras células antes del nacimiento. Controlan el latido del corazón del bebé, su respiración, sus reflejos, y regulan todas las funciones esenciales para su supervivencia. El resto de las conexiones del cerebro están esperando ser «conectadas». (Silberg, 2000, p. 9)

Las conexiones que las neuronas establecen entre sí se llama sinapsis. Mientras que diferentes partes del cerebro se desarrollan a ritmos distintos, investigación tras investigación han demostrado que el período cumbre de producción de sinapsis ocurre entre el nacimiento y los diez años. Durante este tiempo, las ramificaciones receptoras de las células nerviosas, que se llaman dendritas, están creciendo y expandiéndose para formar billones y billones de sinapsis. (Silberg, 2000, p. 9)

Una célula puede conectarse a otras 10.000 células más. El peso del cerebro se triplica hasta alcanzar casi su tamaño de adulto. Los periodos de producción acelerada de sinapsis en determinadas partes del cerebro parecen corresponderse con el desarrollo de comportamientos vinculados con dichas partes. Los científicos creen que los estímulos que reciben los bebés y los niños pequeños determinan que sinapsis se forman en el cerebro, es decir, qué circuitos son los que se establecen. (Silberg, 2000, p. 9)

Por el momento es bastante decir que lo que se cree esencial para la salud mental es que un infante y un niño pequeño deberían experimentar una relación afectuosa, íntima y continua con su madre (o sustituto materno permanente, alguien que le dé cariño constante), en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. Los psiquiatras infantiles y muchos otros han concluido que esta relación compleja rica y satisfactoria con la madre en los primeros años, matizada de muchas maneras por las relaciones con el padre y los hermanos, es la base del desarrollo de carácter y de la salud mental. (Bowlby, 1965, p. 13)

La situación genérica en que un niño carece de esta relación se llama "privación de madre" (o privación materna). Este es un término general que abarca un buen número de diversas situaciones. Así pues, un niño puede hallarse privado, aunque viva en el seno de su hogar, si su madre (o sustituto materno permanente) es incapaz de darle cariño y el cuidado que necesitan los niños pequeños. Asimismo, si por cualquier motivo se aleja del cuidado de su madre. Esta privación será relativamente leve si el niño pasa después a manos de alguien a quien haya aprendido a conocer y en quien confíe. Pero será grave si la madre sustituta, aunque sea amorosa, le resulte totalmente extraña. No obstante, todos estos arreglos le dan a un niño cierta satisfacción y, por lo tanto, son ejemplos de "privación parcial". (Bowlby, 1965, pp.13-14)

Pueden compararse con la casi “completa privación” que todavía es frecuente en instituciones, guarderías residenciales y hospitales donde a menudo un niño no cuenta con una persona que lo cuide de una manera individual y con la que pueda sentirse seguro. (Bowlby, 1965, p. 14)

Naturalmente, existen otras maneras además de la privación ya sea por separación o por franco rechazo, en que las relaciones padre y madre-hijo puedan verse afectadas. Las más comunes son a) una actitud de rechazo inconsciente oculta tras otra de amor; b) una excesiva demanda de amor y seguridad por parte de una madre y c) la obtención inconsciente de satisfacción por parte de una madre con respecto al comportamiento de su hijo, aunque crea que lo está culpando. (Bowlby, 1965, pp. 14-15)

Sin duda alguna y en circunstancias normales es el vínculo más importante del primero durante estos años es ella quien lo alimenta y lo baña quien lo mantiene activo y lo conforta esa su madre a quien se dirige cuando algo lo aqueja para el niño pequeño el padre es una figura secundaria y su valor aumenta sólo cuando el niño empieza a valerse por sí mismo. (Bowlby, 1965, p. 15)

Por otra parte, Bick, a partir de sus estudios, infirió que los infantes muy pequeños viven un estado de no integración, y sienten cómo las partes de su cuerpo y su personalidad se sostienen por una frágil piel que los cubre. A partir de la experiencia compartida de mente- cuerpo (psicosoma) con la madre, que proporciona *rêverie* materna y contención mental (Bion, 1962; 1967), es como el infante siente contención en su mente y cuerpo. La internalización de esta experiencia de contención crea un espacio psíquico dentro de la mente del bebé en donde él puede pensar, primero acerca de sí mismo en relación con su mamá y luego en relación con otros. (Magagna y Juárez, 2012, p. 216)

Para decirlo de otro modo, el bebé internaliza la contención de la madre, una mente pensante, que le sirve como precursora de su relación con otros objetos de amor. Las estructuras psíquicas de la personalidad del bebé se reformarán a partir de sus experiencias tempranas en relación con otros. (Magagna y Juárez, 2012, p. 216)

La demostración de que la experiencia de privación de madre en los primeros años tiene un efecto adverso sobre el crecimiento de la personalidad constituye un

desafío a la acción ¿de qué manera puede evitarse esta privación para que los niños crezcan mentalmente sanos? (Bowlby, 1965, p. 71)

Un niño necesita ser objeto de placer y orgullo de su madre; una madre necesita sentir una prolongación de su propia personalidad en la de su hijo: cada uno tiene necesidad de identificarse íntimamente con el otro. El cuidado materno que se prodiga a un niño no es algo que pueda disponerse mediante una rutina; es una relación humana viva que altera los caracteres de ambas partes. (Bowlby, 1965, p. 71)

El cuidado materno no puede considerarse en términos de horas por día, sino únicamente en relación al gozo de la mutua compañía que experimentan madre e hijo. Este gozo e identificación íntima de sentimientos es posible para ambas partes sólo si la relación es continua. Ya se ha insistido mucho en la necesidad de continuidad para el crecimiento de la personalidad de un niño. Así mismo, debe recordarse que la continuidad es necesaria para el desenvolvimiento de una madre. Así como un niño necesita sentir que pertenece a su madre, ésta necesita sentir que pertenece a su hijo, y solo cuando tiene la satisfacción de este sentimiento puede dedicarse por entero a él. (Bowlby, 1965, p. 71)

El amor materno que necesita un niño pequeño puede encontrarse mucho más fácilmente dentro de la familia que fuera de ellas. La atención que las madres y los padres habitualmente dan a sus hijos se considera tan natural que se olvide su grandeza. En ninguna otra relación se ponen los seres humanos tan limitada y continuamente a disposición de otros. (Bowlby, 1965, pp. 71-72)

Cualquier adulto de referencia debería saber que, todos y cada uno de los días, hay que mostrarle al niño que se le acepta incondicionalmente, pase lo que pase. Sólo con eso se puede estar cerca de él, darle la seguridad que necesita, hacerle un constructor de su vida. (Pinto, 2007, p. 153)

A lo largo del proceso evolutivo hay momentos clave en los que se presentan situaciones propicias para internalizar diferentes aspectos que nos fortalecen y nos pueden proveer de distintos elementos de resiliencia. En la medida que estos elementos van apareciendo y se interrelacionan, vamos desarrollando un estilo de relación diferente, los estilos de apego. (Madariaga Orbea, 2014, p. 212)

Es precisamente durante los primeros años de la infancia donde encontramos momentos madurativos concretos en los que se fraguan estos elementos. Utilizaremos el paradigma del apego como un modelo integrador del desarrollo evolutivo que nos facilita las claves para entender y propiciar la resiliencia. (Madariaga Orbea, 2014, p. 212)

Cronológicamente, el primer elemento que podemos internalizar es la figura de referencia. El periodo propicio, o ventana de oportunidad, para interiorizar esta experiencia surge con la aparición del apego selectivo alrededor de los siete meses de vida y se consolida hacia los dieciocho meses. (Madariaga Orbea, 2014, p. 212)

El siguiente elemento de resiliencia tiene su momento propicio de internalización aproximadamente cuando los bebés empiezan a caminar. Al tener mayor autonomía comienza la exploración y la búsqueda de límites, ahí aprenden a gestionar los límites y a planificar estrategias se encuentran en un contexto predecible que les ofrece una frustración estructurante. Aunque los plazos dejan de ser concretos, cuando esto ocurre durante el siguiente año y medio internalizan el límite, que pasa a ser un límite interno que les permite la autorregulación. (Madariaga Orbea, 2014, p. 213)

El tercer momento se produce en torno a los tres años. los niños desarrollan el lenguaje emocional y pueden interactuar como sus iguales comunicándose de un modo diferente gracias a la empatía. Si viven la experiencia de sentirse entendidos y reconocidos por las figuras significativas pueden dar el salto a ponerse en la situación del otro, capacidad que se complementa a los cuatro años al comprender que el otro tiene una mente diferente a la propia en circunstancias diferentes, lo cual puede fomentar la reciprocidad. (Madariaga Orbea, 2014, p. 213)

De esta manera, a partir de los cuatro años se observan los apegos desorganizados que se dividen en dos grupos, los controlados y los desapegados. Los controladores. La están formados por los apegos cuidadores, complacientes y punitivos (Cassidy y Marvin, 1990) que no han podido satisfacer su necesidad de certidumbre o comunicación. Los desapegados están formados por los apegos inhibidos e indiscriminados (Zeanah, 1996) que no han podido satisfacer casi ninguna, o ninguna, de sus necesidades básicas de seguridad, certidumbre y comunicación. (Madariaga Orbea, 2014, pp. 213-214)

La reformulación de la propuesta categorial de los apegos en una propuesta descriptiva, en base a las necesidades y potencialidades, que nos permite una mejor comprensión y capacidad de actuación sobre el proceso resiliente la propuesta queda organizada de la siguiente manera. (Madariaga Orbea, 2014, p. 214)

Tabla 10. Propuesta Categorical de los apegos.

(Madariaga Orbea, 2014, p. 214)

Necesidades	Potencialidades	Actitudes
Seguridad	Vincular	Permanencia
Certidumbre	Normativa	Predecibilidad
Comunicación	Emocional	Empatía

La necesidad de seguridad es satisfecha de manera resiliente mediante la vinculación, que a su vez se logra a través de la permanencia de las figuras de referencia. La necesidad de certidumbre es satisfecha de manera resiliente por unas normas coherentes y consistentes que proporcionan la predecibilidad. La necesidad de comunicación es satisfecha de manera resiliente gracias a las emociones por medio de la empatía y la reciprocidad. Saber que elemento o elementos se ven afectados en cada tipo de apego nos permite aspirar a personalizar la atención en cada caso. (Madariaga Orbea, 2014, p. 214)

Éstas son tres claves de apego (permanencia, predicibilidad y empatía) sobre las que incidir en busca de la respuesta resiliente a las necesidades del menor, bien sea en su momento madurativo propicio, fomentando la resiliencia primaria, o bien sea posteriormente promoviendo la resiliencia secundaria. (Madariaga Orbea, 2014, p. 214)

Como decíamos, en el caso de la resiliencia secundaria las adaptaciones harán que una persona tenga que tener muy buenas razones para salir de su zona de seguridad. Eso puede ocurrir como consecuencia de una crisis sobrevenida en la edad adulta por un fracaso sentimental, personal o familiar que fuerza al cuestionamiento personal. Pero también puede ocurrir por una crisis de resiliencia inducida por una persona tutora de resiliencia, una persona que le haga ver que no está tan bien y que el esfuerzo merece la pena (elementos internos de resiliencia). (Madariaga Orbea, 2014, pp. 214-215)

Tabla 11. Potencialidades de resiliencia

(Madariaga Orbea, 2014, p. 215)

POTENCIALIDADES			APEGOS
Vincular -7/8 meses→	Normativa -12/30 meses→	Emocional -30/48 meses →	
Permanencia	Predecibilidad	Empatía	Seguro
		No empatía	Cuidador
	No predecibilidad	Empatía	Complaciente
		No empatía	Punitivo
No permanencia	Predecibilidad	Empatía	Evitativo
		No empatía	Inhibido
	No predecibilidad	Empatía	Ambivalente
		No empatía	Indiscriminado

La resiliencia supone un cambio que requiere valor, confianza en la persona y la explicación de a dónde vamos y cómo. La resiliencia puede ser entendida también como un proceso creativo, tan creativo que puede suponer reinventarse a uno mismo. (Madariaga Orbea, 2014, p. 215)

4. Conclusiones, limitaciones y sugerencias

4.1. Conclusiones

La presente investigación es de carácter documental, que tiene por objetivo describir los cambios que experimentan las madres y padres primerizos a partir del ejercicio de su parentalidad y parentalidad, la expectativa que tiene dicha información recolectada es brindar a mujeres y hombres un conocimiento apto que mejore sus capacidades y habilidades para ejercer una parentalidad sana en niños y niñas que serán el futuro de la sociedad.

De acuerdo con la información recolectada podemos concluir que el embarazo es una transformación no sólo para la mujer y su cuerpo de nueve meses, sino que también existirá una metamorfosis mental para ambos padres en este proceso, y que una vez nacido el niño (a) ambos padres tendrán que fungir como cuidadores primarios, tarea que implica responsabilidad, es por ello que esta investigación busca tener un impacto significativo en el ejercicio de la parentalidad.

Es de vital importancia conocer que la psicología es el punto de partida para el proceso de este trabajo, ya que sin el estudio de ésta ciencia no se podría entender el trabajo, A lo largo de la recolección de dicha información se aborda una amplia revisión sobre el apego, en donde se observa que los adultos cuidadores de niños pequeños tienen la responsabilidad de brindar los cimientos afectivos y sociales que construirán a niños y niñas en individuos con una personalidad digna, con una salud mental y una relación segura con el ambiente.

Dicha información de la que se habla no sólo está basada en términos teóricos, sino en términos de enseñanza y formación, donde el Instituto Universitario Sor Juana es parte fundamental del proceso ya forma parte de una línea firme, de calidad humana y siempre brindando herramientas básicas para poner en práctica y con habilidades que hoy se ven reflejados en este trabajo de investigación.

4.2. Limitaciones

Lo seres humanos a lo largo de la historia han visto el embarazo y la parentalidad como un “evento cotidiano”, pero hoy es necesario repensar la parentalidad como una relación entre padres e hijos, los lugares que implican a los padres y los lugares del hijo. La parentalidad puede ser vista como un proceso psicológico que se da en la mente de los

padres y requiere un apañamiento. Recientemente la sociedad habla sobre ello, ya que se han quedado con una mentalidad de patriarcado, donde las mujeres sólo cumplen con tener hijos y se deben dedicar a la crianza y cuidado de ellos y los padres con proveer lo necesario para sus hogares, pero hoy se piensa la parentalidad como un ejercicio compartido en el que se teje un vínculo entre el bebé y los padres. Por lo tanto, una limitación es encontrarnos con demandas de género impuestas sobre hombres y mujeres que impiden una vinculación afectiva con su hijo.

Del mismo modo, ser padres y madres debe ser una responsabilidad vista más allá de ayudar a crecer niños. Esta responsabilidad engloba que la parentalidad debe contar con aptitudes de padres y madres competentes, que cumplan funciones formativas donde sepan intervenir en situaciones de riesgo o de vulnerabilidad social. Dichas competencias deben garantizar el correcto desarrollo de los miembros de todo el núcleo familiar que se conforma, en especial de los niños bajo su cuidado.

4.3. Sugerencias

Se sugiere que los especialistas de la salud mental se capaciten con cursos, talleres, etc., para que puedan acompañar a padres y madres desde el embarazo, parto y puerperio, en el proceso de acomodarse con el recién nacido, el naciente ejercicio de la parentalidad y el desarrollo temprano, ya que el acompañamiento psicológico permite al individuo pensar y repensar el papel que ejerce, permitiendo cuestionar las ideas que hemos heredado sobre la repartición de tareas masculinas y femeninas sobre la parentalidad.

Referencias

- Aguirre, J. C. y Jaramillo L. G. (2015). *El papel de la descripción en la investigación cualitativa*. Cinta de moebio, (53), 175-189 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200006>
- Ampudia Rueda A., Santaella Hidalgo, G. B y Eguía Malo, S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. Editorial Manuel Moderno.
- Asociación Española de Pediatría (2009). *Manual de Lactancia Materna De la teoría a la práctica*. Editorial médica Panamericana.
- Barudy J, Dantagnan M, Comas E, y Vergara M. (2014). *La inteligencia maternal. Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres*. Editorial Gedisa.
- Barudy J. y Dantagnan M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- Barudy J. y Dantagnan M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa.
- BBC NEWS MUNDO. (2009). México: el 41% de los hogares sin padre. https://www.bbc.com/mundo/cultura_sociedad/2009/06/090623_2155_familias_mexico_irm
- Bee H. (1978). *El desarrollo del niño*. Editorial Harla.
- Bezares, B., Sanz, O., Y Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32 (Supl. 1), 169-175. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200015
- Bowlby J. (1965). *Cuidado maternal y amor*. Fondo de cultura económica.
- Chávez Morales G. (2022). *Calidad del cuidado de enfermería percibido por las pacientes durante el puerperio*. Tesis de maestra en enfermería. Maestría en Enfermería Universidad Nacional Autónoma de México, 2022 Programa de Posgrado en Enfermería Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

- CNDH MÉXICO. (2018). Día mundial de las madres y los padres. <https://www.cndh.org.mx/noticia/dia-mundial-de-las-madres-y-los-padres>
- Covarrubias Terán, M. A. (2012). Maternidad, trabajo y familia: reflexiones de madres-padres de familias contemporáneas. *La ventana [online]*, 4(35), pp. 183-217. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362012000100008
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. Editorial Prentice-Hall.
- Cyrulnik B. (2008). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural de apego*. Editorial Gedisa, S.A.
- Cyrulnik, B. y Anaut, M. (2016). *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*. Editorial Gedisa, S.A.
- Diario de la vida judía de México y el mundo. (2019). Parentalidad, un nuevo concepto familiar. <https://diariojudio.com/opinion/parentalidad-un-nuevo-concepto-familiar/297301/>
- Enciclopedia para la integración familiar. (1987). *El lactante. Pedagogía y Psicología infantil, biblioteca práctica para padres y educadores*. Editorial Thelma.
- Fernández Hernández. S y Rivera. Z. (2009). El paradigma cualitativo y su presencia en las investigaciones de la Bibliotecología y la Ciencia de la Información. *ACIMED*, 20(3), 6-30. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900002&lng=es&tlng=es
- Fitzgerald H E., Strommen E.A., McKinney J. P. (1981). *Psicología del desarrollo. El lactante y el preescolar*. Editorial el manual moderno.
- Gálvez Toro A. (2003) Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Descriptivo. *Index de Enfermería* (pp. 40-41). http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php
- Gobierno de La Rioja. (2014). *La lactancia materna. Información para amamantar*. Rioja Salud.
- Gobierno de México (2018). Instituto Nacional de las Mujeres. Las Madres en cifras. <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>

- Gobierno del Estado de México. (2018). Tamiz Neonatal. https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/tamiz_neonatal#:~:text=La%20prueba%20consiste%20en%20obtener,La%20prueba%20es%20gratuita.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Hospital Privado Universitario de Córdoba. (2023) Programa informativo: puerperio: los cuidados después de ser mamá. <https://hospitalprivado.com.ar/programa-de-prevencion/puerperio-los-cuidados-despues-de-ser-mama.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DEL PADRE DATOS NACIONALES (comunicado de prensa núm. 325/22) https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Padre22.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE LA MADRE 10 DE MAYO” Datos Nacionales. (Comunicado de prensa 251/22). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Mamas22.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Estadísticas a propósito del día del padre Datos Nacionales. [Comunicado de prensa 347/21]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PAPAS21.pdf
- Kurczyn Villalobos, P. (2004). *Acoso sexual y discriminación por maternidad en el trabajo*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Lagarde y de los Ríos M. (2014). *LOS CAUTIVERIOS DE LAS MUJERES: Madrepasas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo veintiuno editores.
- Langer, M. (1988). *Maternidad y sexo*. Editorial Paidós.
- Lebovici S. y Well-halpern F. (2006). *La psicopatología del bebé*. Siglo veintiuno editores.
- Lefrancois G.R (2001). *El ciclo de la vida*. Editorial Thomson.
- Llévame cerca - Escuela de portabebés. (2017, 26 de febrero). Importancia de interactuar con el bebé – Experimento Still Face Dr Edward Tronick subtítulos español. [Video de You Tube] <https://www.youtube.com/watch?v=NVLm9LRDipk>

- Madariaga Orbea, J. M. (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Editorial Gedisa, S.A.
- Magagna J y Juárez C. (2012). *Observación de bebés. El método Esther Bick de la clínica Tavistock*. Editorial Paidós.
- Majluf Mendoza, F. H. (2021). Los factores resilientes desarrollados en familias con consumidores de drogas en un centro de integración juvenil. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM.
- Martínez Licon, J. F., García Rodrigo, M. I. y Collazo Martínez, J. C. (2017). Modelos parentales en el contexto urbano: un estudio exploratorio. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(2), pp. 54-66.
<https://doi.org/10.24320/redie.2017.19.2.1176>
- Ochoa, A. (2001). *Mitos y realidades del sexo joven*. Santillana Ediciones Generales, S.A. de C.V.
- Pablo Rojas Acevedo. (2013, 7 de octubre). *Embarazo parte 1- Discovery History Español*. [Video de YouTube] <https://www.youtube.com/watch?v=mhghKVSTD-4>
- Papalia E.D y Martorell G. (2017). *Desarrollo Humano*. Editorial McGraw Hill.
- Papalia E.D, Olds S.W y Feldman. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Editorial McGraw Hill
- Peralta, O. (1996). Aspectos Clínicos del Puerperio. Chile. "Salud Reproductiva en el Período Post- parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
- Pinto E. (2007). *La educación de los hijos como los pimientos de Paradón*. Editorial Gedisa.
- Pitillas C y Berástegui A. Primera Alianza (2018). *Fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Editorial Gedisa.
- Posada González, N.L. (2017). Algunas nociones y aplicaciones de la investigación documental denominada estado del arte. *Investigación bibliotecológica*, 31(73), <file:///D:/posada%20gonzalez%20revista.pdf>
- Psicología y Mente. (2020). Investigación documental: tipos y características. Las características de la investigación documental, una forma de obtención de

conocimiento muy útil. <https://psicologiymente.com/miscelanea/investigacion-documental>

Ramírez Atehortúa, F. H. y Zwerg-Villegas, A. M. (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*, (20), pp. 91-111. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322327350004>

Ribes Iñesta E. (2002). *Psicología del aprendizaje*. Editorial Manual Moderno.

Rice, F. P. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio Del Ciclo Vital*. Editorial Prentice Hall.

Sáenz Flores, A. M., Chávez Valdez, S. M., Cervantes Herrera, A. y Astorga Olivares, M. M. (2022). Programa virtual de parentalidad positiva para cuidadores de infantes juarenses. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(2), pp. 542-553.

Salazar, Scarlet, Chávez, Mervin, Delgado, Xiomara, & Eudis Rubio, Thamara Pacheco. (2009). *Lactancia materna*. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 72(4), 163-166. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&tlng=es

Sánchez Aviña, J.G (2017). *El proceso de investigación en ciencias sociales*. Editorial Universidad Iberoamericana de Puebla

Santrock J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Décima edición. Editorial Mc Graw Hill.

Sanz F. (2010). *Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad en la terapia de Reencuentro*. Editorial Kairós.

Secretaría de Salud, Ministerio de salud. (2018). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2/1993 "Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido". Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Instituto Internacional de la Educación IIEP- UNESCO Buenos Aires Oficina para América Latina.

Silberg J. (2000). *Juegos para hacer pensar a los bebés*. Editorial Oniro

Soifer R. (1977). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargieman.

Unicef. (2018). Por cada niño. De 0 a 5 años. <https://www.unicef.org.mx/SITAN/0-a-5/#lactancia>

Vázquez Conde R. (2016). *Biología*. Grupo Editorial Patria.