



Universidad del Aconcagua

EVALUADA POR CONEAU DESDE 1965 | MENDOZA | ARGENTINA

---

***UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA.***

***FACULTAD DE PSICOLOGÍA.***

---

# **Tesina de Licenciatura en Psicología.**

***“Vínculo prenatal y apego: Un acercamiento a las prácticas favorecedoras de la relación desde la musicoterapia”.***

**Alumna: Oliva, María Paula.**

**Directora: Dra. Gabriela Morelato.**

**Mendoza, Noviembre 2014.**

## **Hoja de evaluación**

**Tribunal:**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Vocal:**

**Profesora Invitada:** Lic. Gabriela Morelato.

## **Agradecimientos.**

A Gabriela Morelato, mi directora de tesis, por acompañarme y guiarme en este trabajo, siempre con la mejor predisposición y brindándome su tiempo y mucha dedicación. A quien voy a estar siempre agradecida por sus enseñanzas y apoyo incondicional;

A mis papás que me permitieron poder llegar hasta acá, apoyándome cada uno desde su lugar;

A mis abuelos que estuvieron presente en todo mi crecimiento y hoy me siguen acompañando desde donde estén;

A mis padrinos que me llevaron por el bello camino del arte;

A mis amigos y hermanos de la vida junto a quienes recorrí este hermoso camino;

A Laura Gabay por su solidaridad y buena predisposición para colaborar en este trabajo;

A Eugenia Emmer por transmitirme un poco de su conocimiento;

A cada una de las madres que participaron compartiendo sus historias y permitiéndome conocer un poquito de sus vidas.

## **Resumen.**

A través de la presente tesina se da a conocer la intervención de la musicoterapia en mujeres embarazadas y las herramientas que se aplican en este período.

El embarazo se aborda desde sus aspectos fisiológicos, psicológicos y emocionales, resaltando el estado emocional de la mujer embarazada para poder vincularse con el bebé.

La metodología utilizada se enmarca dentro de los estudios cualitativos y descriptivos.

Se trabajo partiendo de la experiencia de trece mamás primerizas, cuyos hijos no tuvieran más de dos años de edad. Dentro del grupo seis mamás hicieron musicoterapia, cuatros realizaron curso pre-parto y sólo tres realizaron solamente los controles médicos pertinentes.

Las madres que realizaron este tipo de práctica, hicieron referencia a que este era un espacio en el cual podían expresar sus emociones, incertidumbres, miedos, ansiedades y aprender a elaborarlas. Este era un espacio propio que tenían para ellas, sus parejas y sus hijos, un lugar para relajarse y tomar contacto con su embarazo. También destacaron la importancia de que sus maridos pudieran acompañarlas y realizar esta práctica, ya que de esta manera el vínculo prenatal se formaba entre los tres.

El marco teórico del presente trabajo consta de: los cambios físicos y emcionales durante el embarazo y el parto, el desarrollo del apego y la formación del vínculo madre-hijo, y la musicoterapia como herramienta terapéutica para utilizar durante el embarazo.

Palabras claves presentes: Embarazo, vínculo prenatal, vínculo de apego, musicoterapia.

### **Abstract.**

Through this thesis is given to know the intervention of music therapy in pregnant women and tools applied in this period.

Pregnancy is approached from its physiological, psychological and emotional aspects, highlighting the emotional state of the pregnant woman to bond with your baby.

The methodology used is part of the qualitative and descriptive studies.

Work is based on the experience of thirteen new mothers, whose children do not have more than two years. Within six moms did music therapy group, performed four course pre-birth and only three carried only the relevant medical checks.

Mothers who performed this practice, referred to that this was a space in which they could express their emotions, uncertainties, fears, anxieties and learn to develop them. This was a private space they had for themselves, their partners and their children, a place to relax and get in touch with her pregnancy. They also stressed the importance of their husbands and may accompany this practice, since in this way the prenatal bond formed between the three.

The theoretical framework of this study consists of: emocionales and physical changes during pregnancy and childbirth, development of attachment and bond formation mom-son, and music therapy as a therapeutic tool to use during pregnancy.

Present Keywords: Pregnancy, prenatal bond, attachment bond, music therapy.

## Índice

<b>Hoja de evaluación</b> .....	3
<b>Agradecimientos</b> .....	4
<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	10
<b>Primera Parte</b>	
<b>Marco Teórico</b> .....	13
<b>Capítulo I “Desarrollo del embarazo”</b> .....	14
Embarazo y parto .....	15
1.1 Cambios físicos que se producen en la mujer embarazada .....	16
1.1.2¿Qué pasa con las hormonas?.....	17
1.2 Etapas del embarazo .....	18
1.3 Aspectos emocionales que se manifiestan en el embarazo.....	19
1.4 Temores frecuentes en la mujer embarazada.....	22
1.5 Fisiología del parto .....	24
<b>Capítulo II “Vínculo prenatal y apego”</b> .....	29
Embarazo y desarrollo del apego.....	30
1.1 Definición de apego.....	31
1.2 Tipos de apego.....	32
1.3 Fases del apego. ....	37
1.4 Desarrollo de la confianza básica.....	38
1.5 Temores relacionados con el apego.....	39
1.6- Apego y desarrollo posterior.....	40
1.7- Sostén.....	42
1.8- La conducta afectiva.....	44
<b>Capítulo III “Herramientas para utilizar durante el embarazo para el desarrollo del vínculo prenatal”</b> .....	50
1. Las prácticas de preparación en el embarazo: la musicoterapia y otras.....	51

1.1 Curso pre-parto .....	51
2. Musicoterapia.....	52
2.1 La escucha fetal. ....	52
2.2 La musicoterapia en el embarazo .....	55
2.3 Sobre el procedimiento de las visualizaciones creativas con música..	58
2.4- Sobre el silencio.....	59
2.5- Sobre las canciones.....	60
2.6- Sobre el canto.....	60
2.7- Sobre los efectos de la música en las personas.....	61.
2.8 Sobre la vibración en la atmósfera que nos rodea.....	62
2.9 Sobre los ruidos inesperados.....	62.
2.10 Sobre la audición del bebé en el momento de nacer.....	63
2.11- Psicología del sonido.....	64
2.12- Música, tono y vibraciones.....	66
2.13- El juego prenatal entre la mamá y el bebe.....	67
2.14- Procedimiento RAM (relajación a través del movimiento).....	68
2.15- Tu bebe por nacer oye... ¡díselo con amor y música!.....	70
2.16 Abordaje de una experiencia local.....	71
<b>Segunda Parte</b>	
<b>Marco Metodológico .....</b>	<b>75</b>
<b>Capítulo IV “Metodología de la Investigación” .....</b>	<b>76</b>
1. Objetivos del trabajo .....	77
1.1 Objetivo general .....	77
1.2 Objetivos específicos .....	77
1.3 Preguntas de investigación .....	77
1.4 Tipo de investigación.....	78
1.5 Diseño.....	78
1.6 Muestra.....	79
1.7 Instrumentos.....	80
1.8 Análisis de datos.....	82.
<b>Capítulo V “Presentación y Discusión de Resultados” .....</b>	<b>83</b>
1. Resultados.....	84
2. Discusión e implicancia de los resultados .....	103

<b>Tercera Parte</b>	
<b>Conclusiones</b> .....	109
<b>Bibliografía</b> .....	114
<b>Apéndice</b> .....	117

## **Introducción.**

Desde el momento en el que se empezó a planear este trabajo, las ideas que lo guiaron fueron: LA MÚSICA Y LA PSICOLOGÍA. Solo faltaba poder clarificar qué tema podría unir estas dos pasiones.

Investigando sobre musicoterapia y sus áreas de aplicación, llegamos a la musicoterapia en el embarazo, sabiendo que ese sería el tema de investigación. Sumándose a este trabajo un momento de la vida de la una mujer muy interesante y rico a la hora de investigar.

El interés en esta temática surge a partir de la motivación y apreciación de la musicoterapia como una forma de práctica posible para ayudar a las madres a transitar mejor sus embarazos. En ese marco la búsqueda bibliográfica se dirigió a conocer acerca de esta aplicación en el ámbito del embarazo, y especialmente investigar si influye en el vínculo prenatal madre-bebé.

Las preguntas disparadoras de este trabajo fueron:

- ¿Cómo influye el vínculo prenatal en el desarrollo del apego?
- ¿Qué herramientas puede utilizar una madre embarazada para estimular el vínculo prenatal?
- ¿Qué beneficios tiene la aplicación de la musicoterapia en una mujer embarazada?

La intención con esta investigación es que como psicólogos podamos hacer uso de otras herramientas como la música, para poder acompañar a estas madres, ayudándolas a relajarse, encontrarse y transitar este camino con tranquilidad, para poder vincularse con sus hijos desde un primer momento.

Los objetivos de la presente investigación son:

## **Objetivo General**

a) Analizar las experiencias, vivencias y prácticas realizadas durante de la etapa del embarazo en un grupo de madres recientes, entre las que se incluye la musicoterapia como herramienta de preparación y su relación con el desarrollo del vínculo de apego.

## **Objetivos Específicos**

- Indagar las experiencias, sensaciones y vivencias en un grupo de madres relacionadas con el embarazo y su asociación con el proceso de construcción del vínculo de apego.
- Explorar las prácticas realizadas durante este período, tales como cursos pre parto tradicionales, encuentros de preparación u otras acciones particulares y talleres integrales que incluyen a la musicoterapia como herramienta de trabajo.
- Describir y comparar las experiencias y beneficios expresados por las mamás que realizaron o no dichas prácticas.

La relevancia de este trabajo radica en conocer los beneficios y las modalidades de utilización de recursos, desde una mirada global y amplia del desarrollo, lo que nos permitiría enfatizar en la utilidad de herramientas que incorporen la experiencia sensorial, corporal y emocional prenatal para el fortalecimiento del apego. Además, esta idea estaría orientada también a trabajar en conjunto en equipos interdisciplinarios con otros profesionales especialistas, tales como los musicoterapeutas, desde una perspectiva en la cual convergen como pilares la integración física psicológica y social del niño.

El presente trabajo consta de tres partes: la primera el marco teórico, la segunda el marco metodológico, y la tercera las conclusiones.

El marco teórico está conformado por tres capítulos. El primer capítulo es un acercamiento para conocer los aspectos físicos y emocionales del embarazo, así como también del momento del parto. El segundo capítulo trata conceptos básicos del apego y

el desarrollo del vínculo madre-bebé, abordados desde Winnicot, Bowlby, y otros, y su relación con el embarazo. En el tercer capítulo se especifica el concepto de musicoterapia, y la aplicación de la misma durante el embarazo.

La segunda parte, el marco metodológico se divide en dos capítulos: uno correspondiente al tipo de investigación y metodología utilizada, y el otro a la presentación y discusión de resultados.

Para finalizar arribamos a las conclusiones del presente trabajo de investigación.

# **PRIMERA PARTE**

## **“Marco Teórico”**

# **CAPITULO I**

**“Desarrollo del embarazo”.**

## 1. Embarazo y parto.

Para comenzar se desarrollaran las tres fases principales del desarrollo prenatal, que Shaffer (2000) menciona en su libro “*Psicología del desarrollo-Infancia y Adolescencia*”. Este autor señala que el período prenatal está formado por tres etapas:

- **Período germinal:** Este período se desarrolla a medida que el óvulo fertilizado o cigoto baja por la Trompa de Falopio hacia el útero. Este se divide por mitosis en dos células, las cuales junto a sus células hijas continúan dividiéndose hasta formar una estructura en forma de pelota o blastoncito, que contiene 60 a 80 células a los cuatro días de concepción. La capa interna del blastoncito, o disco embrionario, se convierte en el embrión, mientras que la capa externa de las células se desarrollan en tejidos que protegen y nutren el embrión. Este período dura alrededor de catorce días.
- **Período del embrión:** Dicho período dura desde la tercera hasta la octava semana de embarazo. En la tercera semana, el disco embrionario se diferencia con rapidez en tres capas celulares. La capa exterior o ectodermo, se convierte en el sistema nervioso, piel y cabello. La capa intermedia o mesodermo, se transforma en los músculos, huesos y sistema circulatorio. De la capa interior o endodermo, provienen el sistema digestivo, los pulmones, el tracto urinario y otros órganos vitales, como el páncreas y el hígado.  
En la tercera semana después de la concepción, una porción del ectodermo se pliega en un tubo neural que pronto se convierte en el cerebro y la médula espinal. Al final de la cuarta semana, el corazón no solo se ha formado sino que ha comenzado a latir. Los ojos, oídos, nariz y boca también están comenzando a formarse y aparecen de pronto protuberancias que se convertirán en brazos y piernas.
- **Período del feto:** Dura desde la novena semana de embarazo hasta que nace el niño. Durante esta fase, todos los sistemas orgánicos importantes comienzan a funcionar y el organismo en desarrollo crece con rapidez.

Continuando con esta temática y para poder comprender a fondo el estado psicológico por el que atraviesa la mujer, en el momento del embarazo y del parto, es necesario hacer un recorrido por los cambios que se producen en ella tanto físicos como psíquicos, y las ansiedades que éstos despiertan.

Ricardo Gavensky (1984) en su libro “*Parto sin temor, y Parto sin dolor*”, manifiesta que el embarazo es un momento en el que la mujer, su vida, su cuerpo, sus circunstancias se ven modificadas, hay un cambio psico-físico muy importante que claramente le va a traer consecuencias a nivel psicológico, si se considera que ella es una unidad bio-psico-social.

Las manifestaciones emocionales de una mujer embarazada son tantas como mujeres, pero sí hay ciertos parámetros generales que estos cambios corporales y de ciclos biológicos alterados, producen en la mujer embarazada.

### **1.1 Cambios físicos que se producen en la mujer embarazada**

Ricardo Gavensky(1984) señala que desde el momento de la concepción, la mujer sufre varias modificaciones corporales. Algunas de éstas ocurren en las mamas, la piel, el sentido del gusto y el olfato. Los cambios internos pueden advertirse en el aumento del tamaño del útero y en el volumen sanguíneo. También se producen alteraciones en los músculos, huesos, vejiga y uréteres.

Por su parte Gabriel Federico (2003), también hace referencia a los cambios físicos que sufre la mujer en esta etapa. Los primeros cambios que se presentan son los de adaptación al óvulo. El útero se prepara con cambios hormonales para recibirlo y nutrirlo.

Este autor manifiesta que algunas de las sensaciones típicas en un principio pueden ser la necesidad de dormir y orinar con más frecuencia. También es común que las embarazadas sufran de ciertos antojos, o en otros casos la sensación frente a los alimentos puede ser de rechazo.

También se produce el agrandamiento de la masa del músculo cardíaco, para facilitar y asegurar el intercambio de oxígeno a través de la placenta. El cuerpo de las futuras madres se va acomodando con el fin de proporcionarle más espacio a ese ser que está creciendo dentro.

### **1.1.2 ¿Qué pasa con las hormonas?**

Gavensky (1984) hace referencia a los cambios que sufren las hormonas durante este período; siendo producidas durante el embarazo por la placenta humana. Las principales son la gonadotropina y somatotropina coriónica, y las hormonas esteroides (progesterona y estrógenos).

La gonadotropina coriónica, más conocida como H.C.G, es la que participa en la transformación del cuerpo lúteo (o amarillo) e impide que se degeneren en los inicios de la gestación. Al mismo tiempo, la H.C.G asegura la producción continuada de esteroides para que se conserve el endometrio para la nidación y la placentación. Esta hormona se produce solo en el caso de haber fecundación.

La H.C.G produce en ocasiones ciertos síntomas que pueden resultar molestos, como náuseas, vómitos, irritabilidad y mucho sueño.

La somatotropina coriónica en las funciones metabólicas eleva los ácidos y grasos libres circulantes. Es la que proporciona la energía para el metabolismo materno, actividad que se mantiene elevada durante el primer y segundo mes de embarazo.

El nivel de estrógenos de la mujer grávida es más alto con respecto de la mujer que no está embarazada. Desempeña un rol importante en el crecimiento del feto, de la placenta, y en el desarrollo de las mamas (las prepara para la lactancia).

Otra de las hormonas del embarazo es la progesterona, secretada por los ovarios, en las primeras semanas del ciclo menstrual. Después de la fecundación es producida por la placenta. Relaja las fibras musculares lisas, tales como los músculos del útero, intestinos y paredes de las venas. Esta influencia “tranquilizadora” de la progesterona hace posible que el útero pueda crecer para alojar al feto sin trastornos ulteriores. Al dilatar los vasos sanguíneos, permite que un mayor volumen sanguíneo pueda ser

llevado a todas las partes del organismo materno y fetal. Este incremento de circulación sanguínea a veces causa en la madre, un aumento de la temperatura, especialmente en las manos y en los pies.

Hacia los meses finales del embarazo, la mujer se siente más pesada porque su hijo ha crecido y ha aumentado de peso. Ella siente cómo el niño mueve continuamente sus brazos y piernas, y estos movimientos disminuyen al término del embarazo porque el bebé ya no tiene tanto espacio.

En estos últimos meses, la embarazada puede experimentar una sensación de alivio de la parte superior de su cuerpo cuando se produce el encajamiento. Es decir, la cabeza fetal desciende hacia la pelvis y el feto adopta la posición del parto. Además, se producen otros cambios físicos en el organismo materno: la cabeza fetal comprime la vejiga y el recto, por lo que para la mayoría de las embarazadas, caminar se les hace más difícil, y con frecuencia se quejan por los dolores en la pelvis.

## **1.2 Etapas del Embarazo**

Todos los cambios antes mencionados, se van produciendo en diferentes etapas del embarazo que se pueden dividir y caracterizar de la siguiente manera:

### **1.2.1 De la semana 1 a la 12:**

- Las mamas aumenta de tamaño y se vuelven delicadas;
- Aumenta la frecuencia en que se orina;
- Existe un estado general de sueño y cansancio;
- Pueden haber mareos y desmayos;
- Puede oscurecerse la línea blanca entre el pubis y el ombligo.

### **1.2.2 De la semana 13 a la 27:**

- Los pezones y la areola se oscurecen;
- Disminuyen los deseos de orinar;
- El embarazo se hace más evidente, se produce la necesidad de dormir más;

- Desaparecen los malestares más frecuentes del comienzo del embarazo;
- Pueden modificarse el gusto y el olfato.

### **1.2.3 De la semana 28 a la 40:**

- Puede salir calostro de las mamas;
- Se orina nuevamente con frecuencia;
- El cansancio es inevitable, es época de posibles insomnios;
- Se pueden producir várices y calambres en las piernas;
- Es probable que aparezcan manchas en la piel.

## **1.3 Aspectos emocionales que se manifiestan en el embarazo**

Por otra parte, también se deben tener en cuenta los cambios emocionales que deben enfrentar las mujeres en este momento. Algunos autores, como por ejemplo Winnicot (1991), Laura Gutman (2009) y Gabriel Federico (2003); mencionan que fundamentalmente durante el embarazo y el parto, se repite la relación primitiva de la embarazada con la propia madre.

Gabriel Federico (2003) expone que, en la esfera emocional comienzan a despertarse recuerdos de la infancia, más bien los que tienen que ver con la maternidad. La relación con su propia madre o todas las historias que le han contado o ha vivido sobre los nacimientos están a flor de piel.

Por su parte Ricardo Gavensky (1984) plantea que, el embarazo es la culminación de la vida psicosexual de la mujer, íntimamente vinculado a las experiencias psicosexuales de la infancia y adolescencia, una etapa que procura una maduración de la mujer.

A menudo las primeras vivencias del embarazo, a consecuencia de la supresión de la menstruación, son percibidas en forma desfavorable, aunque la gestación haya sido deseada. Sumergida la mujer bruscamente en esta nueva situación, cuyo manejo esta fuera de sus posibilidades, se siente muy angustiada. Los aspectos económicos, sociales

y conyugales vienen a exagerar esa ansiedad, aumentando el resentimiento hacia el mundo, el embarazo y el esposo. En este sentido, este autor señala que en ocasiones esa falta de aceptación o aún rechazo que puede ser hasta inconsciente, se manifestarían por ejemplo a través de las náuseas, vómitos y antojos.

Esta situación es corregida hacia el final del tercer mes, época en que se produce una verdadera adaptación por parte de la futura madre, desapareciendo entonces aquellos síntomas.

La percepción de los movimientos del niño, hacia el cuarto o quinto mes, crea otros aspectos emocionales, a veces con carácter positivo y placentero, y otras veces angustiante y desagradable. Es una experiencia que las mujeres tienen dificultad para expresar o definir, sobre todo si son madres primerizas. De cualquier manera, significan para la mujer la toma de conciencia de que se encuentra embarazada, de la realidad del niño, hasta ese instante, sólo imaginado. Esos movimientos del bebé, al repetirse tranquilizan a la mujer.

Hacia el sexto o séptimo mes, coincidiendo con un gran aumento del tamaño del útero, y las modificaciones de su propio cuerpo, la mujer se siente preocupada por la alteración de su esquema corporal.

En esta última época, las contracciones, del útero cada vez más activo, se van percibiendo mas frecuentes e intensas.

A medida que se acerca la fecha del parto renacen temores mas o menos irracionales, que se van intensificando, el temor al sufrimiento, al hijo malformado, etc. En aquellas mujeres que ya han tenido otros hijos, se reviven experiencias de otros partos.

El embarazo, implica un sobre esfuerzo para todos los órganos, así también implica una sobre carga psicológica. El grado de estos esfuerzos adicionales depende de las circunstancias individuales, sociales y económicas, y de la vinculación conyugal. En general las reacciones que provoca un embarazo pueden ser de completo rechazo así como también aceptación.

Federico (2003), habla de todos los cambios emocionales que vivencia la mujer, y cómo se producen en cuestiones de segundos. Es como si lo emocional estuviera subido a una “montaña rusa”.

Algunas emociones que menciona dicho autor son; la carga emocional negativa, que es todo aquello que se engloba en el malestar que producen las inseguridades propias o del entorno, los miedos o las frustraciones o sensaciones de fracaso que puede tener la mamá durante el embarazo y que puede transmitir, sin darse cuenta, a su hijo no nacido. Por otro lado también se encuentra los miedos internos de la futura madre, los cuales es mejor si logran ser discriminados para poder ponerlos de manifiesto, elaborarlos, atacarlos y verlos más pequeños de lo que se creían en un comienzo.

Por último nos encontramos con las emociones violentas; este autor señala que en los casos de un embarazo sin ninguna complicación son: la falta menstrual cuando hay un deseo profundo de tener un hijo, el test de embarazo positivo, la primera ecografía, las primeras sensaciones de los movimientos fetales, las primeras contracciones, la internación antes del nacimiento y luego el primer contacto con el bebé. Todas las emociones violentas son sensaciones sobre las cuales hay un conocimiento previo que fue transmitido por alguien o leído en algún lado.

Cualesquiera sean los aspectos emocionales considerados, es evidente que la preparación psicofísica, desempeña un rol esencial con respecto a la evolución del embarazo y parto. Al dilucidar los problemas que afectan a la mujer embarazada, se crea un clima de tranquilidad, seguridad y confianza.

Por eso la mujer embarazada debe tomar como importantes todas las sensaciones físicas, psíquicas y emocionales que la afecten. Debe ser capaz de transmitir las y compartirlas con su pareja y con el médico que la trata.

Los médicos, colaboradores y el psicólogo, son los que deben desempeñar un papel notable en la creación de ese ambiente, para que aquellos instantes cruciales resulten en el máximo logro de las facultades psico-biológicas.

## **1.4 Temores frecuentes en la mujer embarazada.**

Uno de los factores emocionales que se modifican en el embarazo, es la aparición de nuevos temores para las mujeres. Algunos de ellos son:

### **1.4.1 Temor a perder el atractivo físico:**

La mujer enfrenta un gran cambio corporal durante el embarazo que no siempre está preparada a afrontar. Esto produce temor a perder su sensualidad, a que sus parejas no las quieran como antes, o a ser rechazadas, etc. Por lo cual es sumamente importante informar a las mamás, ayudar a que sean más concientes de estas modificaciones corporales y su motivo, para que puedan disfrutar de estos cambios como “representantes” de su maternidad.

### **1.4.2 Temor a morir en el parto:**

Otro de los temores es el miedo a morir en el parto. Mirta Videla en *“Maternidad, Mito y Realidad”* (2008) menciona que, “el parto es un momento crucial para el individuo, donde se pone en juego la capacidad de vivir o morir, donde se reviven las angustias y depresiones que se vivieron en el propio parto. Toda mujer siente como si naciera de nuevo cuando está dando a luz”.

### **1.4.3 Temor a sufrir dolor en el parto:**

De generación en generación se va transmitiendo el “miedo a los dolores”, esto se puede advertir en el discurso de una futura mamá, cuando habla de los dolores, en vez de las contracciones que se aproximan. Aunque podríamos también pensar que el dolor se refiere al sufrimiento por el desprendimiento del hijo, a la separación de este, con el cual convivió 9 meses intensos, por lo cual no se puede dejar de tener en cuenta en el trabajo de acompañamiento ese nudo fundamental del desprendimiento doloroso.

### **1.4.5 Temor a no desempeñar bien el rol materno.**

Se debe remitir, en general, a la duda de su capacidad de mujer, por lo cual, la mamá necesita de una figura femenina que le permita modificar esta imagen interna persecutoria. De hecho, la crianza es algo que dura toda la vida, y más allá de los consejos que le pueda dar una mujer, su ansiedad irá desapareciendo a medida que se vaya relacionando con el bebé, a medida que con amor y paciencia, pueda ir experimentando el ejercicio de la maternidad. De a poco aprenderá los códigos que puede compartir con su bebé.

Sin embargo, este mutuo conocimiento de la madre con su hijo, puede comenzar in útero compensando el temor y diluyendo la ansiedad, preanunciando una vinculación postnatal cargada de confianza y entrega mutua.

A medida que la mujer experimente físicamente el lenguaje corporal del niño, empieza soñar respecto a éste, comenzando así a atribuirle rasgos que van a ir definiendo su personalidad.

Por otra parte debemos hacer una distinción entre ser madre y tener un hijo, Oiberman (2007) expresa que el hecho biológico de haber parido un bebe indica que la mujer ha tenido un hijo. Dependerá de ella desarrollar o no una actitud adecuada para criarlo y es esto lo que la va a transformar en una madre.

El maternaje incluye muchas y muy variadas capacidades que están casi siempre disponibles para el bebé. Las más importantes son: Capacidad para ponerse en el lugar del bebe, Capacidad de darse cuenta de lo que el bebe necesita, Capacidad de estimular y calmar al bebe, Paciencia y Capacidad de aprendizaje.

Para el momento en que el bebe está maduro para el nacimiento, la madre si ha sido bien cuidada, está preparada para una experiencia en la cual sabe perfectamente bien cuáles son las necesidades del bebé. No se hace referencia simplemente a su capacidad de saber si el bebe esta o no hambriento, o algo por el estilo; sino a cantidad de cosas sutiles. Estas cosas son nombradas por Winnicott (1991) bajo el título de Sostén y extiende su significado a todo lo que la madre es y hace en este período.

Es en este momento, en el que siente que el bebe necesita ser tomado en brazos, o acostado, ser dejado solo o cambiado de posición en la cuna, o cuando ella sabe que lo esencial es la más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola. Estas cosas le dan al bebe la oportunidad de ser, a partir de la cual puede surgir a continuación todo lo que tiene que ver con la acción y con la interacción. Aquí esta la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser.

La mayoría de los bebes tienen la suerte de recibir un sostén adecuado durante la mayor parte del tiempo. De ello deriva su confianza en un mundo amistoso, pero lo más importante es que por haber recibido un sostén adecuado, son capaces de lograr un crecimiento emocional muy rápido. Las bases de la personalidad se asientan en forma apropiada si el niño recibe un sostén adecuado. Los bebes no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.

### **1.5. Fisiología del parto.**

Concluyendo este capítulo se desarrollará la naturaleza del parto, para lo cual, se deberán tomar en consideración algunos conceptos acerca de los músculos y proceso de su trabajo.

Siguiendo a Shaffer (2000), podemos decir que el nacimiento es un proceso que se desarrolla en tres etapas:

- **Primera etapa de labor:** Comienza cuando la madre experimenta contracciones uterinas espaciadas a intervalos de 10 a 15 minutos y termina cuando el cuello uterino se ha dilatado por completo de modo que la cabeza del feto puede pasar por él. Cuando la cabeza del feto está colocada en posición en la abertura cervical, la segunda fase de la labor está a punto de comenzar.
- **Segunda etapa de labor o parto:** Comienza cuando la cabeza del feto pasa a través del cuello uterino hacia la vagina y termina cuando el bebe sale del cuerpo de la madre.

- **Tercera etapa de labor o posparto:** Insume sólo 5 a 10 minutos mientras el útero se contrae una vez más y expulsa la placenta del cuerpo de la madre.

Para que este proceso pueda ser llevado a cabo intervienen diferentes músculos y nervios. Existen en el organismo humano dos tipos de músculos, a saber: voluntarios e involuntarios.

Partiendo de Gadea (2010), podemos determinar que los músculos voluntarios son aquellos que se encuentran bajo el control de la voluntad, tal como sucede en los actos de caminar, correr, levantarse, cerrar el puño, etc. Los músculos involuntarios no están bajo la acción de la voluntad, y actúan más o menos automáticamente, ejemplos: corazón, estómago, intestino, etc.

La actividad del músculo está controlada por los nervios, que al mismo modo que los músculos, se clasifican según el tipo de actividades que realizan.

Por la acción de los nervios y de los músculos voluntarios, basta transmitir un impulso desde el cerebro a la zona que se quiere mover y la acción es realizada.

Pero el funcionamiento llamado involuntario es más complejo. Intervienen algunos centros inferiores del encéfalo, en los que se originan dos grupos de nervios: los simpáticos y parasimpáticos.

El útero, es un órgano esencialmente muscular y está constituido por un complejo entrecruzamiento de músculos involuntarios. En el momento del parto el útero se contrae para lograr dos objetivos:

1° Ensanchar el canal del cuello del mismo útero, a fin de facilitar el paso del niño al exterior.

2° Descenso y salida del niño a través del cuello, vagina y vulva, hasta el exterior.

Dado que el canal del cuello, antes del parto, es muy angosto y largo, la mayor parte de la acción contráctil del útero es absorbida para obtener la dilatación.

Una vez que el útero ha obtenido la dilatación completa, su acción rítmica se ejerce enteramente en obtener el descenso y la salida del niño a través del canal de parto.

El nacimiento no se realiza inmediatamente después que se realiza el trabajo de parto, porque previamente tiene que ser vencido el cuello, y la elasticidad de los tejidos que se encuentran por debajo (vagina y vulva).

El control nervioso del útero se encuentra bajo la dependencia del sistema nervioso involuntario, es decir simpático y parasimpático.

Estando estos últimos expuestos a las emociones, obran sobre el cuello produciendo un estado de tensión sobre el mismo, y al romper la armonía entre el cuello y el cuerpo, se produce el dolor y dificultades para el parto normal.

En estado normal, los impulsos de los interorreceptores (receptores al dolor, ubicados dentro del útero) se hallan por debajo del umbral de la sensación. Pero en el momento del parto, los impulsos ahora más fuertes inundan la corteza cerebral y provocan dolor.

Si la corteza esta inhibida, cansada, fatigada, la región subcortical, activa, hace pasar a la corteza todos los impulsos que producen dolor. Si en cambio, la mujer está tranquila, la corteza esta activa, y los impulsos llegan en forma débil, no acusándole el dolor.

Gavensky (1984) llega a la conclusión que el *temor es el principal agente productor de dolor en un parto normal*. De una serie de observaciones clínicas, dedujo que existía un síndrome temor-tensión-dolor del parto.

Para un trabajo de parto normal, es necesario que la armonía neuromuscular no sea perturbada por las influencias emocionales. No es suficiente que la paciente sea

anatómicamente perfecta y químicamente balanceada, sino también que su estado emocional se pueda mantener de tal manera, que no inicie reflejos productores de tensión.

El Síndrome de tensión-temor-dolor puede ser combatido por medio de la educación que neutraliza el temor, y por medio de la relajación que combate la tensión.

El conocimiento y control de los fenómenos emocionales del parto resultan ciertos beneficios indudables que pueden surgir aisladamente o combinados: alivio del temor y ansiedad de la mujer embarazada; disminución del dolor; disminución de la cantidad de anestésicos o analgésicos a suministrar; acortamiento de la duración del trabajo de parto; menor cantidad de pérdida de sangre en el alumbramiento; menor frecuencia de intervenciones (Gadea, 2010).

### **1.5.1. Vivencia del parto.**

Laura Gutman (2009), plantea que para que se produzca el parto necesitamos que el cuerpo físico de la madre se abra, para dejar pasar el cuerpo del bebé permitiendo un cierto “rompimiento”. Asimismo señala que si se eleva el pensamiento se puede percibir otro “rompimiento” que también se realiza en un plano más sutil, y que corresponde a nuestra estructura emocional. Hay “algo” que se quiebra, o que se “deseestructura” para lograr el pasar de ser uno, a ser dos.

Esta autora explica que atravesar el parto es prepararse para la erupción del volcán interno, y esa experiencia es tan avasalladora que requiere mucha preparación emocional, apoyo, acompañamiento, amor, comprensión y coraje por parte de la mujer y de quienes pretenden acompañarla.

El parto, cómo se lleve a cabo el mismo, cómo se sienta la madre en ese momento, es sumamente importante ya que el inicio del vínculo “madre-bebé” está muy condicionado a la vivencia del parto y a los primeros encuentros de la madre con su hijo. Este momento, fundante por cierto, ha perdido las características de ser un hecho íntimo, sexual, amoroso, personal, único y mágico.

El parto debería ser un hecho revelador, en el sentido de que cada mujer debería poder parir de la manera más cercana a lo que ella es en su esencia, lo ideal sería que la mujer pueda verse reflejada en ese acto. Si bien el parto en sí no es un hecho ni bueno ni malo, lo que sí es fundamental es la vivencia que tenga la mamá es fundamental para la posterior comprensión de dificultades en la iniciación del vínculo con su hijo (Gadea, 2010).

# **CAPITULO II**

## **“Vínculo prenatal y apego”.**

## **1- Embarazo y desarrollo del apego.**

Se realizará un abordaje de la temática del embarazo, describiendo el desarrollo del apego y el vínculo desde el momento prenatal, el cual es de principal interés en esta investigación.

Grimalt y Heresi (2012), explican que el vínculo madre-hijo se inicia desde la gestación, a través de las representaciones que la madre va construyendo durante el embarazo. Dichas representaciones estarían ancladas en su propia experiencia de apego en la infancia, lo que sentaría las bases de la transmisión transgeneracional de los vínculos de apego.

Las autoras anteriormente citadas han reconocido que la relación de apego entre una madre y su hijo se comienza a establecer durante el embarazo, lo cual es conocido como apego prenatal. Su importancia radica en que existen asociaciones entre el apego prenatal y postnatal, lo que tiene significativas implicancias para el desarrollo cognitivo, emocional y social posterior del bebé, al asociarse directamente con la calidad de la relación madre-hijo y la sensibilidad para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé, luego del nacimiento del mismo. De este modo, el tipo de representaciones que surjan en la madre, se asociarán posteriormente con su capacidad de regular los estados de estrés del bebé y con la calidad del cuidado y tipo de vinculación que establecerá posteriormente con éste.

Los padres aún antes de que nazca su bebé, a menudo exhiben su disposición a apegarse hablando de ellos, formulando grandes planes para él o ella, y expresando deleite por hitos como sentir patear al feto o escuchar los latidos de su corazón. El contacto íntimo con un recién nacido en las primeras horas después del parto puede intensificar los sentimientos positivos que ya tienen los padres por su bebé.

El inicio de este vínculo prenatal emerge a partir de las representaciones o imágenes internas que la madre va construyendo acerca de su hijo, siendo el embarazo un período clave para la emergencia de dichas representaciones. Así también, durante el proceso de convertirse en madre, ocurren importantes procesos en la mujer, en donde su

identidad y rol sufren importantes transformaciones. Los modelos que traía sobre sí misma, van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol como futura madre, como pareja, y de su familia de origen en general.

### **1.1 Definición de apego.**

El concepto de apego hace referencia a un vínculo emocional recíproco y duradero entre un bebe y el cuidador, cada uno de los cuales contribuye a la calidad de la relación. Bowlby (1997) usa el término para describir los lazos afectivos fuertes que sentimos por las personas que tienen una significación especial en nuestras vidas; es decir que el apego es un vínculo afectivo que una persona forma con otra, lazo que los une en el espacio y que perdura a través del tiempo.

Estas primeras relaciones entre el lactante y quien lo cuida son las que proporcionan los cimientos necesarios para el posterior desarrollo del niño y contribuyen al bienestar psicológico o a la psicopatología.

El apego conforma un sistema de regulación diádica entre el cuidador y el infante, siendo imprescindible la presencia y disponibilidad del cuidador, ya que dependiendo de las experiencias repetidas (positivas, negativas o ambas), el niño desarrolla una serie de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego y acerca de su propia existencia.

La teoría del apego se basa en la necesidad del bebé de estar próximo a su madre, de ser acunado en sus brazos y ser protegido. Según Bowlby (1997), los seres humanos nacen con la tendencia innata de apegarse a una persona protectora que los cuida.

El apego garantiza la proximidad entre la madre y el bebé aún después de haber satisfecho necesidades tales como el hambre y el frío. Así es que el bebé no desarrolla un vínculo social con la madre solamente por la asociación de ella con la satisfacción del hambre o el alivio del dolor, sino que lleva consigo una tendencia biológica innata orientada al desarrollo de vínculos sociales.

Es interesante establecer la diferencia entre el apego y las conductas de apego. El niño dispone de dos grandes tipos de conductas que favorecen su contacto con la madre.

\* **Conductas con valor de señales que solicitan la aproximación de la madre:** diferentes tipos de llanto, sonrisa, balbuceo y, más tardíamente en el desarrollo, los movimientos de los brazos y la inclinación del tronco hacia delante.

\* **Conductas que lo acercan a la madre:** la succión no alimentaria, el aferramiento, la búsqueda y, más tardíamente, el seguimiento a través del gateo y de la marcha.

El sistema de conductas de apego se refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, lloros, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad.

La teoría del apego explica cómo y por qué los patrones específicos de comportamiento interpersonal emergen y duran. En la medida en que el sujeto interactúa con sus cuidadores primarios, sus experiencias del self de los otros devienen patrones que son internalizados y funcionan como prototipo para las relaciones.

El estilo de apego de un individuo funciona como un conjunto de reglas de comportamiento interpersonal para involucrarse con los demás. Pero las relaciones habituales confirman y/o modifican la naturaleza de los modelos activos (estilo de apego).

## **1.2- Tipos de apego.**

Nos encontramos con diferentes estilos de apego, que se clasifican según como el niño reacciona al ser separado de, y luego reunido con, su cuidador primario luego de haber sido expuesto a un extraño.

Ainsworth (1978) diseñó una situación experimental, la Situación del Extraño, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña. Como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias.

Dicha autora encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos:

- **Seguro:** los niños buscan interactuar con su cuidador y éste responde conforme a sus requerimientos; confían en que sus progenitores los ayudarán si se encuentran en una situación adversa, con esta seguridad se animan a explorar el mundo exterior; suelen protestar y reducir la actividad exploratoria cuando se los separa de su cuidador. Estos niños lloran o protestan cuando la madre se ausenta y la saludan con alegría cuando regresa. La utilizan como base segura, la deja para alejarse y explorar pero regresan ocasionalmente para tranquilizarse. Son cooperadores y exentos de enojo.
- **Inseguro/evitativo:** el niño no busca interactuar con su cuidador, no protesta ante las separaciones y parece no estar angustiado; trata de desenvolverse sin el amor y/o apoyo de otras personas. Estos sentimientos son producto del constante rechazo-ausencia de la figura materna cuando el niño busca consuelo o protección. Tienden a estar enojados y no cooperan cuando se necesita.

- **Inseguro/ambivalente:** El niño interactúa poco con su cuidador, mantiene una combinación de conductas de contacto y rechazo. Temeroso ante la exploración del mundo exterior, propenso al aferramiento. Puede protestar de forma intensa en la separación (lanzar juguetes, golpear a la persona que trata de calmarlo), en el reencuentro rechaza a la madre/cuidador. Estos sentimientos se ven favorecidos cuando la figura parental es accesible-colaboradora en algunas oportunidades y no en otras o cuando se utiliza la separación o abandono como medio de control.

Mary Main y Judith Solomon (1990) describieron otro tipo de apego:

- **Desorganizado o desorientado:** Este tipo de patrón de apego clasifica a éstos bebés como los más inseguros, padeciendo un estrés mayor ante una situación extraña. Cuando se reúnen con sus madres, pueden mostrarse aturcidos y permanecen inmóviles, o acercarse para luego alejarse en forma abrupta a medida que la madre se aproxima, o pueden mostrar ambos tipos de patrones en diferentes episodios de reunión. Estos bebés a menudo muestran conductas incongruentes y contradictorias, se muestran confundidos y temerosos.

Los factores que influyen en las clases de apego que establecen los bebés son: la calidad del cuidado que reciben, el carácter o clima emocional de sus hogares y sus condiciones personales de salud y temperamentos (Shaffer, 2000).

### **1.2.1- Calidad del cuidado.**

Si un cuidador tiene una actitud positiva hacia su bebé, por lo general es sensible a sus necesidades, ha establecido una interacción sincronizada con él y proporciona una estimulación y apoyo emocional amplios, el bebé a menudo obtiene bienestar y placer de sus interacciones y es probable que forme un apego seguro. Dicho apego permite que los bebés confíen no solo en sus cuidadores, sino en su propia habilidad para obtener lo que necesitan.

En ocasiones los bebés que muestran un patrón de apego resistente (o ambivalente) tienen temperamentos irritables o insensibles; pero con más frecuencia tienen padres que son inconsistentes en su cuidado, ya que reaccionan en forma entusiasta o indiferente según sus estados de ánimo, y además son insensibles buena parte del tiempo. El bebé afronta este cuidado inconsistente y trata desesperadamente, por medio de abrazos, llantos y otros comportamientos de apego, de obtener apoyo emocional y bienestar; ante el fracaso de sus esfuerzos, aumenta su grado de tristeza y resentimiento.

Algunas madres de bebés evasivos a menudo son impacientes con sus bebés e insensibles a sus señales, les transmiten sentimientos negativos y parecen obtener poco placer del contacto cercano con ellos. Estas madres son personas rígidas y egoístas que probablemente rechacen a sus bebés.

En otros casos, los bebés evasivos tienen padres excesivamente entusiastas que charlan en forma interminable y les proporcionan niveles altos de estimulación aún cuando sus bebés no lo desean. Los bebés suelen responder en forma adaptativa al aprender a evitar a los adultos a los que parece disgustar su compañía o que los bombardean con estimulación que no pueden manejar. Mientras que los bebés resistentes hacen intentos vigorosos para obtener apoyo emocional, los bebés evasivos parecen haber aprendido a vivir sin él.

Los bebés que desarrollan apegos desorganizados/desorientados a menudo sienten atracción y temor hacia los cuidadores debido a que en el pasado fueron descuidados o abusados físicamente de ellos.

Con base en las interacciones de un bebé con la madre, el bebé construye un “modelo de trabajo” de lo que puede esperarse de ella. Los diversos patrones de apego emocional representan distintas representaciones cognitivas que resultan en expectativas diferentes. El modelo se mantiene en la medida que la madre continúe actuando de la misma manera.

La interacción saludable ocurre cuando un cuidador “interpreta” con precisión las señales del bebé y responde apropiadamente. Cuando las demandas del bebé son

satisfechas, éste se muestra feliz o al menos interesado. Si un cuidador ignora una invitación para jugar o insiste en hacerlo cuando el bebé ha señalado que no desea hacerlo, el niño puede expresar frustración o tristeza. Cuando los bebés no alcanzan los resultados deseados continúan enviando señales para reparar la interacción.

La regulación mutua con los padres y otros cuidadores ayuda a los bebés a aprender a “entender” la conducta de los otros y a desarrollar expectativas acerca de ella. Bebés de incluso dos a cuatro meses pueden percibir emociones expresadas por los demás y ajustar su comportamiento en consecuencia. También responden de manera diferente a las expresiones emocionales de personas familiares, que a las expresiones de personas desconocidas.

### **1.2.2- Características del bebé.**

Los bebés también influyen en la calidad de los lazos emocionales padre-bebé. Los cuidadores, no los bebés, son los arquitectos principales de la calidad de los apegos infantiles. Esto no quiere decir que el temperamento del bebé no sea importante, ya que es más difícil para un cuidador ser sensible y afectuoso con un bebé de temperamento difícil que con uno tranquilo.

Los apegos seguros evolucionan a partir de relaciones en las que se logra un buen ajuste entre el cuidado que recibe un bebé y su propio temperamento, mientras que es más probable que se desarrolle un apego inseguro cuando los cuidadores muy estresados o inflexibles no pueden adecuarse a las cualidades temperamentales de sus bebés.

El temperamento es la forma característica, basada en la biología, en la que una persona aborda y reacciona ante la gente y las situaciones, es el cómo de la conducta. El temperamento afecta no solo la forma en la que los niños se acercan y reaccionan al mundo exterior, sino también la forma en que regulan su propio funcionamiento mental, emocional y conductual (Shaffer, 2000).

Dentro del temperamento nos encontramos con diferentes perfiles iniciales del mismo, éstos son:

- **Temperamento fácil:** Los niños tranquilos son sosegados, por lo general muestran un humor positivo y son bastante abiertos y adaptables a nuevas experiencias. Sus hábitos son regulares y predecibles.
- **Temperamento difícil:** Los niños difíciles son activos, irritables y de hábitos irregulares. A menudo reaccionan en forma muy vigorosa ante cambios de rutina y tardan mucho en adaptarse a personas o situaciones nuevas.
- **Temperamento lento para entusiasmarse:** Estos niños son sumamente inactivos, algo taciturnos, e incluso pueden ser lentos para adaptarse a personas y situaciones nuevas. Por lo general responden ante las novedades en formas levemente negativas.

### 1.3- Fases del apego.

Continuando con la temática del apego debemos mencionar las etapas por las que pasa el mismo. Shaffer y Emerson (1964) comprobaron que los bebés pasaban por las siguientes fases a medida que desarrollaban lazos íntimos con sus cuidadores:

- **Fase asocial (0 a seis semanas):** El bebé muy pequeño es considerado “asocial” debido a que diversas clases de estímulos sociales o no, producen una reacción favorable, a la vez que muy pocos generan algún tipo de protesta. Hacia el final de este período, los bebés comienzan a mostrar preferencia por estímulos sociales como una cara sonriente.
- **Fase de los apegos indiscriminados (de seis semanas a seis o siete meses):** En esta etapa los bebés disfrutan la compañía humana pero tienden a ser algo indiscriminados. Sonríen más a las personas que a otros objetos que parecen tener vida y es probable que se irriten siempre que cualquier adulto los deposita en el suelo. Aunque los bebés de tres a seis meses reservan sus sonrisas más grandes para acompañantes familiares y son consolados con más rapidez por éstos, parecen disfrutar de la atención que reciben casi de cualquiera.

- **Fase de los apegos específicos (más o menos de los siete a los nueve meses):** Entre los siete y los nueve meses de edad, los bebés comienzan a protestar solo cuando son separados específicamente de una persona, por lo general la madre. Ahora pueden gatear, a menudo lo hacen detrás de su madre, permanecen cerca de ella y la saludan con afecto cuando regresa. También incrementa su grado de cautela ante los extraños. Estos bebés han establecido su primer apego genuino. La formación de un apego fuerte con un cuidador tiene otra consecuencia importante: estimula el desarrollo de comportamiento exploratorio. Una figura a la que el bebé está apegado le sirve como una base segura para la exploración, un punto de seguridad desde el cual el bebé puede sentirse libre para aventurarse. Los bebés necesitan depender de otra persona para sentirse seguros y actuar en forma independiente.
- **Fase de los apegos múltiples:** Semanas después de haber establecido sus vínculos iniciales, alrededor de la mitad de los bebés se apegan a otras personas como padres, hermanos, abuelos o quizás incluso una niñera regular. A los 18 meses de edad, muy pocos bebés están apegados a una sola persona.

#### **1.4- Desarrollo de la confianza básica.**

En esta línea, para que el apego logre pasar por todas sus fases es necesario el establecimiento de la confianza básica. Por un período mucho más largo que otros mamíferos, los bebés humanos dependen de otras personas para su alimentación, protección y supervivencia. La clave para que logren confiar en que sus necesidades serán satisfechas está en las experiencias tempranas.

La primera etapa del desarrollo psicosocial que Erikson (1982) identificó es la de confianza básica frente a la desconfianza básica. Esta etapa comienza al nacer y continúa aproximadamente hasta los 12 ó 18 meses. En esos primeros meses los bebés desarrollan un sentido de confianza con las personas y los objetos de su mundo. Necesitan desarrollar un equilibrio entre la confianza (lo que les permite desarrollar relaciones íntimas) y la desconfianza (lo que les capacita para defenderse). Si la

confianza predominan los niños desarrollan la “virtud” de la esperanza: la creencia de que pueden satisfacer sus necesidades y cumplir sus deseos. Si predomina la desconfianza, los niños verán al mundo como un lugar hostil e impredecible y tendrán problemas para formar relaciones.

El elemento crucial en el desarrollo de la confianza es el cuidado sensible, afectuoso y consistente. Erikson (1982) consideró que la situación de alimentación es el escenario para establecer la mezcla correcta de confianza y desconfianza. La confianza permite al bebé dejar que la madre salga de su vista “porque ella se ha convertido en una certidumbre interior así como en algo exterior que puede predecirse”.

### **1.5- Temores relacionados con el apego.**

Por otra parte, más o menos al mismo tiempo que los bebés comienzan a establecer lazos afectivos profundos con un cuidador, a menudo exhiben reacciones emocionales negativas que pueden intrigar o quizás incluso molestar a sus acompañantes. Dos de los temores más comunes de la infancia son: Ansiedad ante extraños y ansiedad ante la separación.

#### **1.5.1.- Ansiedad ante extraños.**

Esta reacción ante los extraños contrasta en forma marcada con las sonrisas, balbuceos y otros saludos positivos que a menudo exhiben los bebés cuando se aproxima un acompañante familiar. La mayoría de los bebés reaccionan en forma positiva ante extraños recién cuando forman su primer apego. Las reacciones de cautela ante extraños, las cuales a menudo están mezcladas con señales de interés, alcanzan su máximo entre los ocho y diez meses de edad, y declinan gradualmente durante el segundo año.

#### **1.5.2- Ansiedad ante la separación.**

Muchos bebés que han formado apego primario comienzan a exhibir señales de malestar cuando son separados de sus madres u otros objetos de apego. La ansiedad ante la separación aparece entre los seis a ocho meses de edad, alcanza su máximo entre los

14 y 18 meses y decrece gradualmente su frecuencia e intensidad a lo largo de la infancia y el período preescolar.

Estos dos temores surgen en los bebés porque muchas situaciones que enfrentan pueden ser consideradas señales naturales de peligro; han sido asociadas con tanta frecuencia con el peligro a lo largo de la evolución humana, que ante ellas, los niños cuentan con una respuesta de temor o evitación “biológicamente programada”.

Entre las situaciones que los bebés pueden estar programados para temer, una vez que pueden discriminar con facilidad los objetos y sucesos familiares de los desconocidos, se pueden mencionar las caras extrañas, los escenarios extraños y la “circunstancia extraña” de ser separados de los acompañantes familiares.

Una vez que los bebés comienzan a caminar y pueden usar sus objetos de apego como bases seguras para la exploración, inician en forma activa las separaciones, las toleran mucho mejor y muestran menos cautela ante otros estímulos nuevos que antes habían sido una fuente de preocupación.

### **1.6- Apego y desarrollo posterior.**

Basándonos en todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que el apego tendrá influencia en el desarrollo posterior del niño e intervendrá en la forma de relacionarse del mismo.

A medida que los bebés interactúan con los cuidadores primarios desarrollan modelos de trabajo internos, es decir, representaciones cognoscitivas de sí mismos y de otras personas, que utilizan para interpretar sucesos y formar expectativas acerca del carácter de las relaciones humanas. El cuidado sensible y afectuoso debería conducir al niño a concluir que las personas son confiables, mientras que el cuidado insensible, negligente o abusivo puede generar inseguridad y falta de confianza.

Los bebés también desarrollan un modelo de trabajo del yo basado en gran medida en su capacidad para obtener atención y bienestar cuando lo necesitan. Un bebé cuyos cuidadores responden pronto y en forma apropiada a sus exigencias de atención

tiende a creerse “adorable” (modelo de trabajo positivo del yo), mientras que uno cuyas señales son pasados por alto o mal interpretadas puede concluir “soy indigno o detestable” (modelo de trabajo negativo del yo). Se supone que estos dos modelos se combinan para influir en la calidad de los apegos primarios del niño y en sus expectativas de las relaciones futuras.

Los bebés que construyen modelos de trabajo positivos de sí mismo y de sus cuidadores son los que deberían: formar apegos primarios seguros, tener la seguridad en sí mismos para aproximarse y dominar desafíos nuevos y estar inclinados a establecer sólidas relaciones de confianza mutua con amigos y cónyuges futuros. Por el contrario, un modelo positivo del yo junto con un modelo negativo de los demás (como cuando los bebés atraen la atención de un cuidador insensible y entrometido) predispone al bebé a formar apegos evasivos y a descartar la importancia de los lazos emocionales sólidos. Un modelo negativo del yo y un modelo positivo de los demás (como cuando los bebés en ocasiones pueden pero a menudo no, atraer la atención que necesitan) debería relacionarse con apegos resistentes (o ambivalentes) y con una preocupación por el establecimiento de vínculos emocionales seguros. Por último un modelo de trabajo negativo tanto del yo como de los demás subyace a los apegos desorganizados/desorientados y al surgimiento de un temor de ser herido (ya sea desde el punto de vista físico o emocional) en las relaciones íntimas.

Los padres también tienen modelos de trabajo positivos o negativos de sí mismos y de otros basados en sus propias experiencias en la vida. Por lo cual sus propios modelos de trabajo influyen en los tipos de apego que forman sus bebés.

Esto indica que las representaciones cognoscitivas de las relaciones íntimas a menudo son transmitidas de generación en generación. Una vez formados al inicio de la vida, los modelos de trabajo pueden estabilizarse y convertirse en un aspecto de la personalidad que influye sobre el carácter de los vínculos emocionales íntimos a lo largo de toda la vida.

Una razón por la que Bowlby (1997) usó el término modelos de trabajo fue subrayar que las representaciones cognoscitivas del niño de sí mismo, de los demás y de las relaciones emocionales íntimas son dinámicas y pueden cambiar (para mejorar o

empeorar) si experiencias posteriores con los cuidadores, amigos íntimos, parejas románticas o cónyuges implican que es necesaria una revisión.

Las historias de apego seguro no son garantía de una adaptación positiva durante toda la vida, ni los apegos iniciales inseguros son indicador inevitable de malos resultados.

### **1.7- Sostén.**

Por otra parte, siguiendo a Winnicot (1991) se determina que otro aspecto importante en el apego que formará el bebe es el sostén que le brinda su cuidador.

Para el momento en que el bebe está maduro para el nacimiento, la madre si ha sido bien cuidada, está preparada para una experiencia en la cual sabe perfectamente bien cuáles son las necesidades del bebe. No se hace referencia simplemente a su capacidad de saber si el bebe esta o no hambriento, o algo por el estilo; sino a cantidad de cosas sutiles. Estas cosas podrían ser nombradas bajo el título de Sostén y extender su significado a todo lo que la madre es y hace en este período. Es en este momento, en el que siente que el bebe necesita ser tomado en brazos, o acostado, ser dejado solo o cambiado de posición en la cuna, o cuando ella sabe que lo esencial es la más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola. Estas cosas le dan al bebe la oportunidad de ser, a partir de la cual puede surgir a continuación todo lo que tiene que ver con la acción y con la interacción. Aquí esta la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser.

Con esta capacidad el bebe puede enfrentar al mundo, o mejor dicho, puede avanzar en los procesos madurativos que hereda. Cuando se dan estas condiciones, como generalmente ocurre, el bebe puede desarrollar la capacidad de experimentar sentimientos que hasta cierto punto se corresponden con los de una madre identificada con su bebe, o mejor dicho, intensamente dedicada a su bebe y a todo lo que sea el cuidado de su bebe.

El valor positivo del factor “madre de devoción corriente” es: la necesidad vital para cada bebe de que alguien facilite las primeras etapas de los procesos de crecimiento psicológico, o psicosomático, o mejor dicho, el crecimiento de la más inmadura y absolutamente dependiente personalidad humana.

En estas primeras semanas de vida, tan importantes, las etapas iniciales de los procesos madurativos tienen su primera oportunidad de convertirse en experiencias para el bebe. Cuando el entorno facilitador es suficientemente bueno, debiendo ser éste humano y personal, las tendencias heredadas del bebe hacia el crecimiento alcanzan sus primeros logros importantes. El principal es la integración. Todas las partículas de sensación y de actividad que conforman aquello que conocemos como un determinado bebe comienzan a unirse de manera tal que existen momentos de integración en los cuales el bebe es una unidad, aunque, por supuesto, una unidad altamente dependiente. El apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebe. A la larga, el bebe se vuelve capaz de afirmar su propia individualidad y hasta de experimentar un sentido de identidad. Todo esto aparenta ser muy simple cuando funciona bien, y se basa en la relación más temprana, en la cual el bebe y la madre están de acuerdo.

El cuidado de los niños puede describirse en términos de sostén, especialmente si uno permite que el significado de este término se amplíe a medida que el bebe crece y su mundo se torna más complejo. Un sostén y manejo adecuados facilitan los procesos madurativos, y un sostén inadecuado significa la repetida interrupción de estos procesos debido a las reacciones del bebe ante los fracasos en la adaptación.

La mayoría de los bebes tienen la suerte de recibir un sostén adecuado durante la mayor parte del tiempo. De ello deriva su confianza en un mundo amistoso, pero lo más importante es que por haber recibido un sostén adecuado, son capaces de lograr un crecimiento emocional muy rápido. Las bases de la personalidad se asientan en forma apropiada si el niño recibe un sostén adecuado. Los bebes no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.

Cuando la madre y el bebe se amoldan recíprocamente en la situación alimentaria, ello constituye el comienzo de una relación humana. Se establece así el modelo para la capacidad del niño de relacionarse con objetos y con el mundo. No solo

es el comienzo de la alimentación; es el comienzo de la relación objetal. Toda la relación de este nuevo individuo con el mundo real debe basarse en el modo en que las cosas comienzan y en el modelo que se desarrolla gradualmente de acuerdo con la experiencia de esta interrelación humana entre el bebe y su madre.

El bebe es un ser humano, inmaduro y altamente dependiente, y es un individuo que tiene y acumula experiencia. La dependencia es real; los bebes y los niños no pueden arreglárselas solos. La historia del crecimiento del niño es la historia de una dependencia absoluta, que va disminuyendo gradualmente y avanza a tientas hacia la independencia. El infante percibe la medida de su dependencia y adquiere la capacidad de hacer notar sus necesidades al entorno. De este modo, irá realizando un proceso de diferenciación.

A medida que prosigue el desarrollo, y el bebe ya ha adquirido un adentro y un afuera, la confiabilidad en el ambiente se convierte en una creencia, una introyección basada en la experiencia de confiabilidad (no mecánicamente perfecta sino humana).

La capacidad de la madre de satisfacer las cambiantes necesidades de su bebe le permite a éste tener, una línea de vida, relativamente ininterrumpida; le permite también experimentar estados de no integración y sosiego, confiado en un sostén que es real, junto con reiteradas fases de integración, que son parte de la tendencia heredada del bebe hacia el crecimiento.

### **1.8- La conducta afectiva.**

Otro aspecto muy relacionado con el desarrollo del apego es la conducta afectiva, la cual se pone de manifiesto con toda claridad a los seis meses de vida, como lo demuestra no sólo el llanto del niño cuando la madre sale de la habitación, sino el modo en que la saluda cuando regresa, lleno de sonrisas, con los brazos en alto, y dando gritos de placer (Bowlby, 1997).

Siguiendo el trabajo de Bowlby (1997), podemos decir que aparte de romper a llorar, hecho que rara vez se ignora fácilmente, el pequeño suele llamar a su madre u otro acompañante con persistencia y, cuando lo atienden, se dirige hacia esa persona lleno de sonrisas. Más adelante ya la saluda, se acerca a ella y busca atraer su atención con mil artimañas. De esta manera no sólo provoca la respuesta de sus acompañantes,

sino que “perpetúa y conforma sus respuestas al reforzar algunas en vez de otras”. Las pautas de interacción que gradualmente se desarrollan entre el pequeño y su madre sólo son comprensibles como resultado de las contribuciones de uno y otro y, en particular, del modo en que cada uno de ellos, a su vez, influye sobre la conducta de ese otro.

Durante el primer año el bebe protesta, sobre todo, cuando se lo deja en la cuna o, poco después, al ver alejarse a la madre. Más adelante el pequeño que se halla enfrascado en otra actividad cuando la madre se separa de él advierte su ausencia al poco tiempo, y recién entonces protesta. De ahí en adelante no pierde de vista la figura de la madre: la observa gran parte del tiempo o, si no esta al alcance de su mirada, presta atención al sonido de sus movimientos.

Al hallarse presente la madre, la mayoría de los niños se sienten más confiados y aumentan sus ansias exploratorias; en su ausencia, por el contrario, crece su timidez y, con no poca frecuencia, se sienten desamparados.

Ninguna pauta de conducta se halla acompañada de sentimientos más profundos que la conducta de apego. Las figuras hacia las cuales se dirige esa conducta despiertan amor en el niño, el cual saluda su llegada lleno de alborozo. Mientras el pequeño se halla en presencia de una figura de apego importante o cerca de ella, se siente seguro. Pero la perspectiva de perderla le causa angustia, y su pérdida real lo sume en el dolor; por añadidura, ambas circunstancias suelen provocar su ira.

Nos encontramos con cinco respuestas que provocarían una conducta de apego. Dos de ellas, el llanto y la sonrisa, tienden a acercar a la madre al infante y a mantener esa proximidad. Otras dos, el seguimiento y el acto de aferrarse a la madre, aproximan al niño a la madre, y le permiten mantener esa proximidad. La quinta respuesta es la de succión.

Respuestas tales como el balbuceo y la sonrisa de los bebes aumentan en intensidad cuando un adulto responde con una conducta estrictamente social, por ejemplo, al prestarle cierta atención. No se requieren alimentos ni otros cuidados, aunque ello puede contribuir. Por consiguiente, hay claras pruebas de que la estructura

del bebe es tal que éste responde de inmediato a los estímulos sociales y emprende rápidamente una interacción social.

Desde una etapa temprana del desarrollo, uno de los resultados previsibles de cada una de estas pautas es la proximidad entre madre e hijo. Todas las formas de la conducta de apego suelen dirigirse hacia un objeto específico situado en el espacio, el que por lo general es la figura con la que se ha entablado el vínculo de afecto. Para que esas formas de conducta se dirijan hacia ella, es preciso que el pequeño se oriente hacia esa figura, lo que hace de distintas maneras.

El llanto, la sonrisa, el balbuceo y, posteriormente el llamado y determinados gestos, pueden clasificarse todos como señales sociales; su resultado previsible es la mayor proximidad entre madre e hijo.

Los dos ejemplos más conocidos de conductas que llevan al niño junto a la madre y/o lo mantienen próximo a ella son, en primer lugar, el acercamiento en sí (conducta que incluye la búsqueda y el seguimiento, utilizando en cada caso cualesquiera que fueren los medios de locomoción posibles) y, en segundo lugar, la conducta de aferramiento. Una tercera conducta, que no se reconoce de buenas a primeras, es la succión no alimenticia, o aferramiento del pezón.

La succión, por su parte, por lo común se interpreta como un simple medio de ingerir comida, aunque cumple una ulterior función. Todos los bebes pasan extensos períodos aferrando y/o succionando un pezón u objeto de forma similar, aunque la mayor parte del tiempo no ingieren ningún alimento. El bebe que puede incurrir en una conducta de succión sin fines alimenticios suele criarse más satisfecho y relajado que el que no puede hacerlo. El niño incurre en ese tipo de conducta cuando se siente inquieto o alarmado.

Apenas el niño adquiere cierta movilidad suelen ponerse de manifiesto las conductas de acercamiento a la madre y de seguimiento. Por añadidura, muy pronto (comúnmente durante el trimestre final del primer año) esta conducta se organiza sobre la base de corrección de objetivos. Esto significa que si la madre cambia de posición, los propios movimientos del niño cambiarán de dirección en concordancia con aquella.

Además, una vez que el aparato cognitivo del pequeño ha madurado hasta tal punto que comienza ya a percibir cuáles objetos están ausentes, y a buscarlos cabe esperar que el niño no sólo se aproxime y/o siga a una madre a quien puede ver u oír, sino que también la busque en sitios familiares, cuando aquella se halla ausente.

Después de los doce meses, e incluso antes, los niños por lo común se quejan cuando ven partir a la madre. Su protesta puede ir de un gemido casi inaudible a un llanto a todo pulmón. Con frecuencia, asimismo, intentan seguirla. La conducta específica registrada, empero, depende de una amplia serie de factores. Cuanto más pequeño sea el niño, por ejemplo, más factible es que llore, y menos que procure seguir a la madre. Otro factor es el modo en que se mueve esta última al partir: si lo hace con lentitud y sin llamar mayormente la atención, la protesta y los intentos de seguimiento serán casi nulos; si, por el contrario, sale a paso rápido y de manera muy evidente, el pequeño protestará a viva voz y hará cuanto esté a su alcance por seguirla. No obstante, otro factor que también influye sobre la conducta del niño es la mayor o menor familiaridad del ambiente. Al quedar en un ambiente familiar, el pequeño puede mostrarse relativamente feliz; en un ambiente desconocido, por el contrario, seguramente echará a llorar o procurará ir tras la madre.

Muy diferente es la conducta registrada en el niño cuando ve partir a la madre y cuando, simplemente está solo. Muchos pequeños que protestan y tratan de seguir a la madre cuando ésta se marcha pueden jugar solos en su ausencia, perfectamente contentos. Por esta razón la madre pronto aprende a escabullirse sin ser notada ni oída. En tales casos el hijo puede jugar por lapsos de más de una o dos horas antes de poner de manifiesto uno u otro tipo de conducta de apego: por regla general buscarla o llorar, según sea su edad y de acuerdo con otros factores.

El modo en que se comporta el pequeño al retorno de la madre depende del tiempo durante el cual aquélla se ha ausentado y del estado emocional del hijo cuando reaparece la progenitora. Después de una breve ausencia producida por los motivos de costumbre, el pequeño casi con seguridad se orientará hacia ella y se le acercará. Además, tal vez sonría. Si estaba llorando, posiblemente deje de hacerlo, en particular si la madre lo levanta en brazos. Si ha estado llorando durante largo rato, suele aferrarse a la madre con todas sus fuerzas cuando ésta lo levanta.

Después de una ausencia más prolongada, y por motivos menos corrientes, el pequeño puede mostrarse sumamente perturbado cuando por fin regresa la madre. En ese caso quizás apenas responda al verla, o incluso la rehúya. Si no estaba llorando puede guardar silencio durante un rato, y por fin romper a llorar. Una vez en contacto físico con la madre, el llanto suele disminuir en su intensidad y por fin cesar. El niño entonces suele aferrarse con fuerza a la madre, y resistirse cuando tratan de bajarlo de sus brazos. También se produce una reiterada succión sin fines alimenticios.

Luego de una separación de varios días, o aun mayor, especialmente en un ambiente extraño, la conducta afectiva del pequeño suele adoptar pautas extrañas y ajenas a la norma, ya sea por su excesiva fuerza e intensidad o por su ausencia aparente.

El pequeño se muestra muy apegado a la madre desde el nacimiento mismo o a poco de nacer, en tanto que entre los seres humanos el bebe va tomando conciencia muy gradual de la figura materna y sólo al comenzar a moverse por sí mismo busca su compañía. El bebe puede distinguir a la madre de otras personas (u objetos) antes de poder aferrarse a ella o marchar en su dirección.

Durante el primer año el bebe protesta, sobre todo, cuando se lo deja en la cuna o, poco después, al ver alejarse a la madre. Más adelante el pequeño que se halla enfrascado en otra actividad cuando la madre se separa de él advierte su ausencia al poco tiempo, y recién entonces protesta. De ahí en adelante no pierde de vista la figura de la madre: la observa gran parte del tiempo o, si no esta al alcance de su mirada, presta atención al sonido de sus movimientos.

Con frecuencia los niños ponen de manifiesto de manera simultánea o en rápida sucesión una conducta de acercamiento lleno de interés y de retiro provocado por la alarma. Por regla general, el equilibrio entre ambas se produce cuando el interés despertado supera la sensación de alarma. Al principio todo elemento extraño induce al alejamiento. Luego el sujeto lo explora desde cierta distancia, observándolo atentamente durante un tiempo prolongado. A la larga, empero el observador suele acercarse al objeto y explorarlo, primero con cautela, luego con mayor confianza. En la mayor parte

de las criaturas el proceso se acelera de manera notable en presencia de un amigo y, en los pequeños, en presencia de la madre.

Al apartarlo de la madre, la conducta exploratoria y el juego del niño resultan antitéticos a su conducta de apego. A la inversa, al acercarla hacia el niño la conducta maternal de la progenitora refuerza la conducta afectiva.

Así como la conducta afectiva del hijo suele orientarse hacia una figura materna en particular, la conducta de recuperación materna también se dirige hacia un hijo en particular. Otro aspecto en el que la conducta de recuperación materna se asemeja a la conducta de apego del hijo reside en su función biológica. El hecho de que la madre se mantenga junto al hijo y recoja a éste ante cualquier señal de alarma evidentemente contribuye a su protección.

# **CAPITULO III**

**“Herramientas para utilizar durante el embarazo para el desarrollo del vínculo prenatal”.**

## **1- Las prácticas de preparación en el embarazo: la musicoterapia y otras.**

En este capítulo se hará referencia a la aplicación de la musicoterapia en el embarazo, tomando conceptos de diferentes autores como Gabriel F. Federico (2003), Rolando O. Benenzon (1992), Silvia Español (2014), entre otros. Como así también se realizará una pequeña explicación de alguna otra práctica que se realiza durante este período.

### **1.1- Curso pre-parto.**

Para comenzar se desarrollará el trabajo que se realiza en los cursos pre-parto tradicionales, describiendo cómo se diseñan, qué se enseña, desde cuándo hay que tomarlos, entre otras cosas.

Siguiendo a la Lic. Virginia Arias, podemos decir que los cursos preparto tradicionales (los que ofrecen hospitales y maternidades cubiertos por obras sociales y prepagas) consisten en una serie de charlas (entre 6 y 8) donde se informa a la madre sobre los cambios que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio. También se la ayuda con técnicas de respiración y relajación para el trabajo de preparto, y se le explica qué son los pujos, cómo amamantar y sus beneficios. Algunas propuestas incluyen también a los padres.

Durante los encuentros se les explica a las embarazadas qué son las contracciones y qué cambios provocan en el cuerpo de la mujer, y cómo transitar el dolor que provocan.

Los cursos tradicionales incluyen: nociones de anatomía y fisiología del aparato reproductor, cuáles son los síntomas del preparto y qué hacer ante su aparición; propuestas de ejercicios para el parto y el período dilatante: pérdida del tapón mucoso, rotura de bolsa, contracciones, posiciones y la respiración; anestesia peridural, la episiotomía, los pujos y la recepción del recién nacido. Cuándo recurrir a la cesárea; qué es el puerperio, los cambios corporales, los cuidados durante el período y cómo atravesarlo; lactancia: beneficios y posiciones para amamantar, y primera puesta al pecho; primeros cuidados del bebé.

Generalmente los obstetras recetan el curso a partir de la semana 28. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta la situación emocional de cada madre, sobre todo en lo que respecta a la ansiedad. Si la embarazada está muy ansiosa es aconsejable tomar el curso antes. En estos casos, se puede iniciar la preparación a partir del cuarto mes.

## **2. Musicoterapia.**

El trabajo musicoterapéutico con embarazadas es mucho más que poner una música agradable en una sesión para estimular al bebé dentro del útero. Es un espacio terapéutico en donde se pone en juego todas las dimensiones del ser humano en función de una mejora para su calidad de vida. (Gadea, 2010).

La utilización de técnicas de Musicoterapia durante el embarazo, parto y primer año de vida, van dirigidas principalmente a prevenir alteraciones emocionales y de conducta, mejorando la comunicación entre la madre y el hijo. No olvidemos que una comunicación gratificante es la piedra angular de la salud mental. Por lo cual la música va a convertirse en instrumento de salud, además de elemento estético, que puede acompañar la travesía del no nacido, entre su dulce y seguro mundo, y el desconocido exterior.

### **2.1 La escucha fetal.**

Los bebés por nacer no sólo están influidos por los estados de tensión y de relajación que les transmiten sus madres, sino que también tienen reacciones ante los diferentes tipos de estímulos sonoros. Si hay un ruido violento, se sobresaltan al igual que un adulto y esto les provoca diferentes sensaciones (Federico, 2003).

Si partimos desde el momento en que un niño es concebido, podemos decir que el mismo crece y se va formando en un entretejido rítmico. Tres semanas después de la concepción aún cuando muchas mujeres ni siquiera saben que están embarazadas, en el embrión late ya un corazón rudimentario que es acompañado por los latidos cardíacos de la madre, formando así una polirritmia entre ambos que va generando una forma de

vinculación especial entre la madre y el hijo. Este entramado rítmico va introduciendo al bebe en los ritmos de la vida, el ritmo circadiano, el ritmo respiratorio, el ritmo alimentario, los ritmos de la afectividad (Gabay, 2007).

Si pensamos en los sentidos adentro del útero, nos daremos cuenta que la audición es el único que le permite un contacto con el exterior. Dentro del útero no puede oler, degustar, tocar diferentes texturas ni sentir los cambios bruscos de temperatura externa, pero sí puede oír. La audición se puede estimular, y así será posible tener bebes que desarrollen antes de lo esperable la capacidad mental de relacionar y asociar. Los sonidos dentro del útero son diferentes a como los podemos oír nosotros, ya que los atenúa el líquido amniótico. Antes de llegar al feto, deben atravesar la pared abdominal y la atmósfera sonora que se encuentra dentro de la bolsa.

Federico (2003), indica cómo es la escucha y el desarrollo de la audición en el bebé. El aparato auditivo se termina de desarrollar aproximadamente al tercer mes y medio. Recién a partir de ese momento comienza a captar, en primer término los sonidos intrauterinos (aproximadamente en la semana 14/15 de gestación) y luego a partir del cuarto mes, podríamos decir que está apto para captar los sonidos del exterior que empiezan a filtrarse. A medida que progresa el embarazo, el bebé puede discernir cada vez más vibraciones de los sonidos, y su cerebro puede interpretarlas.

Por lo cual el bebé en gestación recibe a través del sonido, información rica y variada. El organismo de la mamá no es silencioso. El entorno auditivo del feto está constituido entonces por un universo sonoro constante, estimulante y muy complejo. En este ruido casi monótono de fondo pueden percibirse de manera episódica: los ruidos de origen materno y los del entorno fetal, que son los ruidos de la actividad cardiovascular; los ruidos de las vísceras y del aparato digestivo; el ritmo respiratorio; la circulación de la sangre por el cordón; el corazón del propio bebé; los movimientos de los músculos y los del propio feto; la voz de la madre con todas las vibraciones de su aparato fonador, y los ruidos exteriores atenuados por la pared abdominal y por la interfase entre el medio aéreo y el medio líquido.

Con el transcurso del embarazo, los ruidos intrauterinos y extrauterinos se acrecientan. El líquido amniótico deja que pasen todos los sonidos ya que es un

excelente conductor de vibraciones. Al feto le llegan los ruidos del aparato digestivo, de las degluciones, de los gases intestinales, de la circulación de la sangre a través del cordón y todos los nombrados anteriormente.

Pero de todos los sonidos que hay en la atmósfera uterina, el único que puede alternadamente estar presente o silenciarse es la voz de la madre, ya que por más que le guste hablar, no lo hace ininterrumpidamente. En cambio, el latido del corazón o el ruido de los pulmones están presentes durante las 24 horas del día.

El sonido de la voz entra y sale, y es allí donde comienza a registrarse la diferencia. Además de todos los sonidos de la atmósfera intrauterina, aparece uno, cada tanto, que el bebé por nacer no sólo puede oír sino que lo siente con todo su cuerpo, que vibra: es la voz de su madre. Este sonido pasa a tener un significado muy importante para él, ya que al momento de su nacimiento se transformará en un sonido más que conocido. Cada vez que este sonido aparece, de alguna manera le cuenta que se trata de la voz de su madre.

El bebé dentro del útero, puede tener gustos musicales, pero éstos son aquellos que la madre le transmitió durante la gestación. Lo que le guste a la madre, el bebé lo va recibir con mucho placer. Por supuesto se deberá tener en cuenta el volumen en el que se pone la música. Si la madre está en un lugar donde la música es muy estridente y nos encontramos en el período de formación del aparato auditivo del bebé, se podría llegar a pensar que si el tiempo de exposición es muy prolongado y esto se repite durante varios días, lo puede llegar a afectar.

Lo que se debe tener en cuenta es que la música que la madre escuche, le cause placer y no si el tipo de música es adecuado. Los bebés recién nacidos, cuando escuchan una música que su madre les transmitió en un estado de relajación, de mucho placer, se quedan tranquilos, e incluso se duermen. Por el contrario, si con esa música la madre le transmite un estado de inestabilidad o una sensación molesta, el bebé va a patear bruscamente hasta que la situación ambiental cambie.

Conocer los sonidos que le agradan y aquellos que le disgustan al bebé, generar un espacio un espacio de intimidad entre la madre y el hijo, cantarle y acunarlo desde el

vientre, va formando el vínculo prenatal que será la base para la formación del vínculo postnatal (Gabay, 2007).

Podríamos decir entonces que el bebé escucha por dos vías: la auditiva y la sensitiva. Pero existe un elemento que deberemos tener en cuenta, lo que la madre siente al escuchar la música. Cuando ella está disfrutando de una melodía, su bebé recibe información a través de la sangre que le llega por el cordón. Hormonas de placer son la sustancia natural que hace que el bebé relacione la experiencia musical de lo que su madre siente con lo que escucha y percibe en el mismo momento.

Por lo tanto si esta experiencia placentera se repite el bebé se acostumbrará a esta sensación, la cual creará un hábito en el y que podrá ser utilizado una vez que nace para ayudar a la nueva familia a organizarse mejor. Saber que músicas calmaban a su bebé antes de nacer y cuales lo excitaban generándole movimientos es una herramienta importante a tener en cuenta a la hora de descifrar las necesidades del pequeño. Al reconocer una música el bebé sentirá mayor seguridad, tendrá una referencia sonora de algo conocido.

## **2.2-La musicoterapia en el embarazo.**

Luego de haber hecho un recorrido sobre la formación de la audición del bebé, sabiendo a partir de qué momento empieza a oír y sabiendo qué cosas y de qué manera las escucha, nos adentraremos a la aplicación de la musicoterapia en el embarazo.

Federico (2011) indica que, la utilización de la música como recurso terapéutico y medio de comunicación es una modalidad específica y distintiva de los musicoterapeutas, y esta es una de las principales diferencias entre terapeutas y psicoterapeutas. Dentro de la Musicoterapia, la música no es el fin en sí misma; se la utiliza para establecer el vínculo afectivo con el bebé por nacer, buscando a través de ella, abrazarlo, acariciarlo, sostenerlo y nutrirlo.

La musicoterapia es una disciplina terapéutica que utiliza los elementos de la música como medio para facilitar diferentes procesos de salud en las personas. Estos

procesos pueden ser terapéuticos, de rehabilitación, de carácter didáctico, o bien preventivo.

En musicoterapia también se aplican sonidos y músicas, incluyendo silencios y ruidos, que se van combinando con intervenciones terapéuticas y reeducativas, mediante diferentes técnicas musicales, corporales y específicamente sonoras.

La musicoterapia se puede implementar en cualquier etapa del embarazo; no hay que esperar que el bebé *pueda oír*, ya que se apunta a trabajar el vínculo madre-hijo. El objetivo con el paciente sería la relación entre la madre, el padre y el bebé que está llegando, sin importar cual sea el estilo de música que a los padres les guste. No existe una receta musical. Así como hay madres que tienen gustos musicales orientados hacia un estilo y otras hacia otros; no hay una música que haga bien o mal.

Ese lugar donde las relaciones entre madres e hijos se afinan igual que un instrumento para que suenen bien armónicas. Es el lugar donde se decodifican las necesidades del bebé, donde se construye la mater-paternidad. Es el este espacio o terreno donde se construirán los cimientos para la vida futura del hijo por venir, donde la música se convierte en las herramientas y los materiales a utilizar y los padres no son ni más ni menos que los arquitectos, albañiles y directores de la obra.

Para que un sonido comience a tener un significado para el bebé, debe cumplir ciertos requisitos. Uno de ellos, es que la madre le transmita una sensación placentera mientras comparten la escucha; y si la madre estuviera con la cabeza pensando en otras cosas y ni siquiera sabe lo que esta escuchando su hijo, se podría decir que esta actitud marca una separación que se halla muy lejos de lo que se está buscando (Federico, 2011).

### **2.2.1- Musicoterapia focal obstétrica.**

Continuando con el tema de la musicoterapia aplicada al embarazo, debemos destacar a la musicoterapia focal obstétrica, la cual es mucho más que poner una música agradable en una sesión para estimular al bebé, es un espacio terapéutico en donde se

pone en juego todas las dimensiones del ser humano en función de una mejora para su calidad de vida.

Federico (2005) la denominó Musicoterapia focal obstétrica (MTFO) por dos puntos principales: El primero es por la duración tan breve de los tratamientos, y el segundo por el concepto de foco con el cual se trabaja en este tipo de terapéutica.

En las sesiones de musicoterapia focal la embarazada expresa y recibe canalizando por medio de la música y los sonidos un caudal emocional sobre el cual se establece el espacio donde transcurrirá su tratamiento. Así, de esa manera, la música se transforma en el puente que le permite vincularse con su bebé antes del nacimiento, lo que le permitirá disfrutar más de su embarazo, a la vez que puede elaborar los diferentes aspectos que, de manera consciente o inconsciente ejercen cierta influencia en el mismo.

En la MTFO aplicada al período gestacional coexisten tres áreas principales sobre las que se trabaja. Ellas son: primero “El vínculo con el que va a nacer”, segunda “El bienestar de la futura mamá”, y tercero “El propio bebé en gestación”.

Por ejemplo cuando hablamos del vínculo, no solo pensamos en la madre y su bebé, sino que también consideramos al padre, creo que el incluir a los principales involucrados del hecho es algo que va a mejorar las relaciones intrafamiliares. La musicoterapeuta Eugenia Emmer, nos comentó que a lo largo de su trabajo, ha podido apreciar cómo los padres que participan en los encuentros logran contactarse con el bebé desde un lugar más emocional, con más ternura, logrando salir de su rol de “proveedor” y poniéndose en un lugar más maternal desde lo masculino.

En relación a la futura madre tenemos en cuenta sus sensaciones, emociones, fantasías, ansiedades, miedos, ilusiones, características obstétricas de su embarazo, lo que le permitirá vivir esta etapa con menos angustia y ansiedad. Por su parte la musicoterapeuta Laura Gabay, hizo referencia a que la maternidad hace que la mujer se contacte con los lados más claros y más oscuros de su esencia; además en esta etapa se reedita la tradición del linaje femenino a lo largo de su vida (por ejemplo muchas mujeres expresan que como todas las mujeres de su familia han tenido trabajos de parto

muy largos y dolorosos, ellas también deberán pasar por esto), lo cual influye en el apego ya que genera una situación de tensión.

Y por último en relación con el bebé por nacer, tenemos en cuenta como es su desarrollo auditivo, como le llegan los sonidos, como poder estimularlo para que reconozca una melodía inclusive antes de nacer, de que manera se puede reducir el impacto sonoro ambiental y el stress que le genera su propio nacimiento.

### **2.3- Sobre el procedimiento de las visualizaciones creativas con música.**

Dentro del método de Musicoterapia focal obstétrica, existe un procedimiento que es el denominado “visualización creativa con música”, el cual le permite al terapeuta acceder al material inconsciente del paciente, para su posterior análisis.

Este procedimiento terapéutico favorece la identificación con la función maternal, lo cual permite proyectar situaciones donde se pone el juego el ideal maternal y lo real en relación, haciéndose consciente. Y esto que se hace consciente es lo que se tomará como factor emergente en el tratamiento.

Un ejercicio de relajación con una visualización determinada puede verse altamente incrementado si se le agrega la música apropiada. La música con sus ritmos y melodías nos podrá transportar más en profundidad a lo que se llama “otro nivel de conciencia”. El efecto que se logra con la aplicación adecuada de la música ayuda a facilitar la focalización de las imágenes que buscamos alcanzar. La música, al ser evocadora de imágenes, incrementa la aparición de las mismas.

La música para la relajación debe ser la adecuada, sino va a distraer la atención y no va a ayudar a concentrarnos y relajarnos. La música sí o sí, debe ser del agrado del que practica el ejercicio. Si no le gusta le provocará molestia o incomodidad, más que una sensación de placer.

Los ejercicios de visualización con música deben ser preparados y adaptados cuidadosamente para acompañar el proceso del embarazo, según los diferentes momentos de la gestación.

Por lo general, estos ejercicios evocan imágenes inconscientes muy fuertes, pues la mujer se encuentra con sus propias fantasías y miedos, que están siempre dentro de ella, de una manera tanto positiva como negativa. Por lo cual es muy importante para la realización de los mismos, que se esté en un lugar donde nada ni nadie la perturbe. Y al finalizar se debe tomar un tiempo para pensar en las imágenes que aparecieron y es bueno escribirlas o dibujarlas en un papel. Cuando se tiene la posibilidad de poner fuera de sí estas imágenes, se da cuenta de aquello que se tiene adentro.

Estos ejercicios, pueden realizarse y sería lo más óptimo, con un compañero ya que al hombre, también le suceden muchas cosas a nivel emocional durante la gestación, y compartiéndolas entre la pareja se podrán fortalecer las bases del vínculo prenatal con ese hijo que va a llegar.

La música seleccionada para las actividades deberá ser neutra, en el sentido de la historia sonora-musical de la paciente, y muy rica en melodías, armonías y orquestación. Así se facilita la actividad.

La utilización de la visualización creativa con música durante el embarazo nos permite situarnos ante dos posibilidades. La primera, la conexión con el aquí y ahora del estado anímico, y la segunda, la proyección hacia el futuro.

#### **2.4- Sobre el silencio.**

Por otra parte si hablamos de música o sonidos también debemos tener en cuenta al silencio. El sonido es siempre presencia, siempre nos está comunicando algo. En cambio el silencio tiene la variable de que puede ser tanto presencia como ausencia. A pesar de no escucharse, su aparición nos va a transmitir algo. El silencio es como una hoja en blanco donde se puede comenzar a escribir, donde se construye el sonido. El silencio es parte del proceso de la construcción del sonido.

Muchas veces, el silencio asusta, porque justamente logra enfrentarnos con nosotros mismos, con nuestro interior, con nuestras emociones y, esto, a veces, no se

tolera. No se tolera, si el mundo interno con el que la persona se encuentra no tiene brillo, cuando es pobre.

A veces, la música suele ser utilizada para llenar el vacío silencioso que hay en nuestras vidas, pero esto es utilizarla sin una participación activa. La música ocupa el lugar de un parche, como si fuera un soporte anímico y esto no está mal, pero debería ser utilizada con un sentido más beneficioso para la persona.

Si se habla de silencio en la terapia, podemos decir que mientras hay silencio, hay escucha. El sonido puede entorpecer la escucha, pero también puede generar más sonido y así contribuir a la expresión sonora, que luego descansará en el silencio para reaparecer nuevamente y manifestar el contenido emocional que mantenía ahí dentro. Si el terapeuta no genera silencio, no escucha, y si no escucha, no puede interpretar.

El silencio interior es lo que le permitirá a la futura madre poder comprender que su bebé por nacer necesita espacio para ser escuchado.

## **2.5- Sobre las canciones.**

Uno de los recursos que se utiliza en la musicoterapia son las canciones, y para poder conocer el proceso de gestación de una canción desde un marco psicológico, debemos conocer sobre las fantasías típicas de los diferentes momentos del embarazo, es decir, por lo menos saber que las fantasías van cambiando a lo largo del embarazo, no son las mismas al principio que en el último trimestre.

A estas fantasías las podemos encontrar expuestas en la identificación que hacen las mujeres con la propia selección musical a lo largo del tratamiento. Esto se puede apreciar claramente, ya que las letras de las canciones hablan por sí mismas, y las mamás, al escucharlas de su propia voz, pueden entender porqué las eligieron y lo que podría significar para cada una de ellas.

## **2.6- Sobre el canto.**

En este sentido, la voz es el instrumento corporal por excelencia. Es lo que permite a los seres humanos intercambiar sensaciones e información con otros. El cantar oxigena el cuerpo, puede unir los niveles inconscientes y conscientes de nuestra mente, por sobre todas las cosas, contiene un valor sumamente terapéutico, además de que para los profesionales pueda o no ser estético. Es importante reflexionar sobre el proceso interno que genera el canto; allí la voz es silenciosa y callada, porque se encuentra muy adentro. En cambio, cuando la voz se exterioriza, resuena en el ambiente y uno se puede contactar con los propios sonidos que emite.

Cuando la madre le canta a su bebé por nacer, no sólo lo acaricia por adentro con la vibración de su aparato fonador, sino que también lo baña por afuera con sus propios sonidos. En la entrevista realizada a la Lic. Laura Gabay, nos expresó que en el momento en que la madre logra sacar el sonido (es decir cuando le canta a su bebé), es cuando comienza el vínculo de ella con el niño por medio del sonido.

## **2.7- Sobre los efectos de la música en las personas.**

Luego de lo expuesto anteriormente, podemos decir que la música tiene efectos especiales sobre las personas, está presente en todos los momentos de la vida de una u otra manera, e inconscientemente tiene la capacidad de transportarnos en el tiempo hacia el pasado, en segundos. A lo largo de la historia, la música se ha caracterizado por producir en el ser humano efectos en diferentes niveles: biológico, sociológico, espiritual, intelectual, social y psicológico.

La música nos relaja, nos distiende, nos causa placer, nos puede alterar, ensordecen, estimular, excitar, alegrar, entristecer, nos puede traer recuerdos, permitirnos hacer asociaciones, recordar momentos, enojarnos. Si esto causa en los adultos, también lo hace con los niños y porque no con los que están por nacer.

Gabay (2014) explica que la música tiene la capacidad de entrar por rincones que la palabra no puede, rincones no tan conscientes. Y a través de diferentes ejercicios que se realizan en las sesiones pueden aparecer muchas emociones inconscientes, dependiendo de lo que la música movilice en cada uno.

Algunos de los efectos fisiológicos que tiene la música, sedante o estimulante, según lo plantea Serafina Poch Blasco (2003) en su Compendio de Musicoterapia son: cambios en la presión de la sangre, en el ritmo cardíaco, en la respiración y respuestas galvánicas de la piel. Se da un incremento en la actividad muscular, que permite con entrenamiento aumentar el nivel de resistencia al dolor, y también dice que tiene efectos relajantes que no sólo son sensibles en el cuerpo sino también a nivel cerebral (Federico, 2003, p.96)

Para los musicoterapeutas, todos estos cambios fisiológicos van a variar según la historia musical de la persona, con el tipo de música con el que se trabaje. Llamamos *música operante* a aquella que logra cambios positivos en el bebé, antes y durante su nacimiento, como también aquella que favorece el proceso de parto de la madre.

## **2.8 Sobre la vibración en la atmósfera que nos rodea**

Asimismo debemos tener en cuenta las vibraciones que se emiten a través del sonido, ya que cuando alguien habla, emite un sonido. Este mismo sonido, se expande por el aire cargándolo de un significado que le dará el que lo escucha. Las palabras y mensajes desagradables impregnan el ambiente, lo contaminan con una vibración negativa. La atmósfera que nos rodea está siendo afectada, lo mismo sucede cuando lo que nos relatan es agresivo o negativo.

Durante la gestación, el área que tiene que ver con la sensibilidad es tan vulnerable que un mensaje negativo, inclusive sin mala intención, puede tener el poder de entrar y alojarse muy profundo, interfiriendo en otros aspectos del embarazo. El bebé, antes de nacer, percibe las vibraciones y los sonidos como también el sentido con que estos le llegan, más allá de comprender la forma de manera analítica.

## **2.9- Sobre los ruidos inesperados**

En este sentido también debemos considerar los ruidos inesperados, que son aquellos que no se pueden anticipar de ninguna manera, que nos invaden de pronto y nos sobresaltan. Este tipo de sonidos abundan, pero quizá los adultos estemos más acostumbrados a ellos. Si nos detenemos por un segundo a imaginar al bebé dentro del

útero, se podrá apreciar cómo los primeros esbozos de su personalidad se hacen presentes ante estos sonidos o ruidos inesperados. Con sus patadas repentinas en sincronía con el sonido que se produce, nos da cuenta de que hay algo que lo perturbó.

Hay muchos ejemplos de este tipo de ruidos para un bebé que está en la panza, como un bocinazo en el medio de la calle, una pava silbadora, un reloj despertador, o un teléfono sonando en la mesa de luz, un timbre, los ruidos del aparato digestivo cuando en un día de calor, la madre con mucha sed toma un vaso de agua helada, la metabolización de los alimentos, el ladrido de un perro, etc.

Si a un bebé se lo levanta repentinamente cuando está acostado boca abajo, se desorientará, se sentirá inseguro y llorará. Pero si uno, antes de levantarlo, le anticipa con su voz qué está por hacer, el recién nacido, aunque no entiende el sentido de lo que uno le dice, podrá anticipar y no tendrá esa sensación de desconcierto; sabrá que algo está por pasar. Y lo mismo sucede cuando todavía está adentro del útero, pero en menos escala, por lo que deberíamos poder anticiparle estos sonidos que mencionamos anteriormente. Cuando la futura madre tiene un vínculo prenatal fuertemente establecido, es decir desde todas las esferas, suele considerar estas situaciones y se las anticipa con la voz a su hijo; le cuenta lo que puede venir.

## **2.10- Sobre la audición del bebé en el momento de nacer**

Por otra parte, cuando un bebé nace, es bombardeado por una cantidad de estímulos, en su mayoría diferentes a los que está acostumbrado. El bebé debe hacer un esfuerzo muy grande para adaptarse a la vida extrauterina.

Federico (2003) manifiesta que, “si en el momento exacto de su nacimiento, se recurre a la misma música con la que se trabajó durante su gestación, el bebé puede ser capaz de girar la cabeza hacia el sitio de donde procede el estímulo, es factible incrementar su reflejo de succión, sus pupilas se van a dilatar, estirará los dedos de manos y pies como para alcanzar el estímulo. Su ritmo cardíaco se regulará, disminuyendo un poco, la respiración también se hará más regular, moderándose. No reaccionará a los sonidos monótonos y continuos, sino a aquellos que varían sus

melodías. Estará más alerta y sensible cuando se halle presente el estímulo y su abdomen se relajará. Y va a reconocer voces, sobre todo la de su mamá y su papá.”

El primer mes de convivencia entre la madre y el bebé se caracteriza por ser un período de adaptación para ambos. Tendrán que conocerse, vincularse y entenderse de una manera diferente a la que estaban acostumbrados.

El bebé tarda un tiempo en adaptarse y reconocer un medio ambiente nuevo, el hospitalario; y cuando todavía no se cumple este proceso, viene un nuevo cambio y una nueva adaptación que adaptarse a su propio hogar. Recién cuando llegan a su hogar, ambos están tranquilos y preparados para transitar juntos esta nueva vida. El bebé tiene que pasar muchas horas junto a su madre para poder adaptarse a esta nueva manera de vivir.

En estos primeros momentos es donde se apreciarán las ventajas de la estimulación prenatal musical. La música va a ayudar a organizarse en esta primera etapa. Si de música de fondo está la misma que se utilizó durante el embarazo y el bebé la escucha mientras está recostado, descansando pero no dormido, las melodías lo remitirán al entorno intrauterino, lo cual le dará seguridad y confianza.

Es sumamente importante que no se la cante la misma canción de cuna para darle el pecho que para bañarlo, ya que va a asociar esa canción a diferentes situaciones. Y es probable que alguna vez suceda que quieran calmar al bebé y él, al oír esa canción, no sepa si va a mamar o a bañarse.

La música será un elemento facilitador para esa madre en este primer momento de encuentro con su hijo. Le permitirá establecer un vínculo con el mismo desde lo que ambos compartieron durante su gestación, les permitirá conectarse desde los sentidos, con un lenguaje que ambos vienen compartiendo ya desde hace algunos meses.

## **2.11- Psicología del sonido.**

También debemos comprender de qué manera impacta la música en el bebé por nacer y en sus padres. Benenzon (1992) parte de la hipótesis que desde el preciso

momento en que el óvulo se une al espermatozoide y anida en el útero materno para ir gestando el nuevo ser, éste ya se encuentra en contacto con las pulsaciones del latido cardíaco, y con innumerables sensaciones, vibratorias, de movimiento y sonido dadas por el crujir de las paredes uterinas, por los ruidos intestinales de la madre, por la respiración, por los diferentes estados gravitacionales, etc., o sea, en contacto con los elementos del complejo no-verbal.

A medida que el feto se desarrolla, va adquiriendo la sensación de la importancia de ese latido, que siente en todo su cuerpo y que de alguna manera percibe como esencial para su vida, ya que su disminución le acarrea la sensación de falta de oxígeno, de nutrición, de temperatura, en fin, de vida. Toda alteración en el suministro de sangre por el cordón umbilical provoca estados de stress o de alarma fetal, o sea que el incremento del instinto de vida o de muerte estaría en estrecha relación con los latidos cardíacos que impulsan el flujo sanguíneo, desde la madre al feto, a través del cordón umbilical. También estas alteraciones se asociarían con otros sonidos como los de inspiración y expiración de la madre que podrían anticipar o acompañar a los del incremento del latido, o incluso con fenómenos vocales que llegarían deformados.

Muchos de los estímulos, tanto externos como internos de la madre, pasarán a formar parte no sólo de la dinámica de los complejos no-verbales, sino también del engrama mnémico del ser en gestación. En ese engrama mnémico se encuentra un mosaico genético heredado, donde estarían las experiencias del acervo folklórico heredado de ese sujeto, correspondiente a la vida de sus antepasados, su raza, su medio cultural, etc.

Si seguimos en el proceso evolutivo del ser humano encontramos otras relaciones de orden psicológico en donde se encuentra íntimamente involucrado el fenómeno sonoro-musical. En los niños recién nacidos, el reflejo de Moro se manifiesta muy pronto en respuesta a un sonido fuerte. El reflejo consiste en: cuando el niño yace de espaldas, extiende sus brazos hacia delante, pone rígida la extremidad, baja y contorsiona su cara en una mueca; después de un segundo o dos, junta los brazos lentamente en una especie de abrazo, emite un grito y luego, gradualmente, se relaja.

En uno de sus estudios Benenzon (1992) encuentra una marcada diferencia posterior entre los pacientes que fueron acunados al son de canciones de cuna y aquel que fue abandonado al silencio o al ruido indiscriminado del mundo externo. Lo que lo lleva a creer en la eficacia de estructurar un nacimiento y primeros días de vida, que mantengan el ambiente intrauterino sonoro constituido por un pseudo silencio acompañado por el latir del corazón, los murmullos de la voz de la madre, el crujir de las paredes uterinas, y gradualmente ir transformando ese mundo sonoro. Por eso, colocar al niño cerca del pecho izquierdo de la madre, sentir la voz pausada y suave de la madre deberían ser los únicos elementos sonoros del primer día de vida.

## **2.12- Música, tono y vibraciones.**

Así como veníamos hablando del efecto que produce la voz de la madre en el bebé, la música también constituye un lenguaje. Obviamente, se trata de un lenguaje no verbal que se halla en los primitivos estadios del desarrollo de los seres humanos, anteriores al lenguaje verbal. El lenguaje musical traduce más directamente los impulsos y los afectos humanos que el pensamiento racional, y para esto, no hace falta tener una cultura musical.

La música participa en todos los niveles del pensamiento, en todos los niveles de la cultura y en todos los niveles de los sentimientos. Puede hacernos reír, llorar, bailar o gritar de emoción. Este poder “envolvente” que tiene la música, será distinto de acuerdo con la significación según el ámbito donde uno esté inserto, y llevado al plano individual, influirá en la dificultad que tiene la gente para escuchar cierto tipo de estilo musical.

El tono es la elevación o el descenso del sonido y se determina por el nivel de velocidad en que vibra. Cuanto más rápido vibre, más agudo o más alto será el sonido. Y para lo grave pasa lo opuesto, cuanto más lento vibre, más bajo será el sonido. La recepción de las vibraciones por parte de nuestro cuerpo puede darse de manera forzada o por lo que se llama en acústica, “Simpatía”. La simpatía se va a producir cuando dos o más cuerpos tienen frecuencias parecidas o iguales y pueden compatibilizarse entre sí. Debemos utilizar el concepto de resonancia como algo que re-suena, no que suena mucho o el doble, sino que suena dentro, que esta resonancia nos haga vibrar, que

nuestras emociones se agiten, que reciban una suave caricia. Esto se ve muy claro cuando una madre pone música y la comparte con su bebe, acariciando su panza y meciéndose al ritmo mientras la escucha.

Cuando la resonancia es forzada, no hay vínculo. Lo que se produce es una respuesta por una acción, en lugar del compartir. La música debe resonar tanto en la madre como en el bebe para que se pueda compartir. Y no re-sonar de manera física, sino también desde lo emocional. Para que un sonido comience a tener un significado para el bebé, debe cumplir con varios requisitos. Uno de ellos es que la madre le transmita una sensación placentera mientras comparten la escucha; y si la ella está con la cabeza pensando en otras cosas y ni siquiera sabe lo que está escuchando su hijo, podemos decir que esta actitud marca una separación que se halla muy lejos de lo que se está buscando. Una madre que le canta a su hijo pequeño para calmarle su llanto, está equilibrando el ritmo del metabolismo de éste. El bebé se apacigua y su ritmo entra en re-resonancia con el de su madre, se alivia su tensión y permite mantener el equilibrio. Y esto es aún más efectivo cuando el bebé conoce la canción desde antes de nacer.

### **2.13- El juego prenatal entre la mamá y el bebe.**

La música también puede estar presente en el juego prenatal entre madre-hijo. ¿Se puede pensar que una madre y su niño por nacer ya pueden jugar? Según Verónica Sessarego (2003) a partir de este momento, por medio del juego, en el vientre materno, el niño va produciendo sus diferencias, se va a ir otorgando un cuerpo a sí mismo. Cuando el niño se mueve y la madre lo puede percibir o diferenciar como un movimiento del propio bebé y no confundirlo con sensaciones del cuerpo de ella. También, cuando la madre busca conscientemente que el bebé se mueva, pidiéndole a su hijo en forma verbal que se mueva o acariciándose el vientre hasta conseguir que el bebé le responda con movimientos. Si al niño por nacer no se le da un lugar en este juego, lo reducen a tan sólo un objeto, una marioneta, en vez de convertirlo en un sujeto del deseo. En este sentido, el niño no es un ser pasivo. No hay que confundir la dependencia con la pasividad (Federico, 2003, p. 157).

En musicoterapia, se intenta crear un clima de contención para crear confianza. Crear un clima es jugar-creando, es creer en el juego. En musicoterapia se trata de que con el juego aparezca el “como si”, “como si fuera el momento del parto”; “como si el

parto se adelantara”; imaginar “como si pudieran observar al bebé”; “imaginar como si ya lo tuvieran entre sus brazos”... En este sentido, la música también simboliza lo real; es decir, en el interior de la música descubrimos cierto número de esquemas, de organizaciones de la materia sonora, que analógicamente se relacionan o proyectan con lo vivido.

La música evoca un movimiento, una situación vivida, o incluso, sentimientos. Porque los sentimientos están asociados con una cierta experiencia de los propios movimientos, de la propia respiración. Nuestros gestos son característicos de nuestras emociones y están inscritos en la música.

#### **2.14- Procedimiento RAM (relajación a través del movimiento).**

En esta misma línea, nos encontramos con otra actividad que se realiza en las sesiones de musicoterapia, la relajación a través del movimiento. Este procedimiento nace basado en los conceptos de la “Euritmia curativa” de Rudolf Steiner, creador de la Antroposofía, la “Escucha consciente” que desarrolló George Balan dentro de la Sonidosofía, y en la práctica oriental del tai chi chuan.

El RAM es uno de los procedimientos de musicoterapia focal en obstetricia expuesto por Federico, F. Gabriel (2003), permite conseguir la relajación (tanto mental como corporal) a través del movimiento, de la escucha y de la entonación mental de piezas musicales. Se busca la relajación profunda, ya que dicho estado favorece la visualización de imágenes y la creatividad. El hecho de permitir que las madres se vayan entrenando con estas músicas, no tiene nada que ver con lo que sería la cuestión de estímulo respuesta, o sea, no se busca la respuesta del bebe a través de un estímulo, sino que se busca un estado placentero desde la madre. Lo primero que se quiere desarrollar es que la madre disfrute, que tome conciencia del embarazo.

El tipo de música el elegido para trabajar tiene que ver con muchos factores. Por un lado, los que involucran las cualidades de la música y por el otro, lo que la misma música seleccionada pueda evocar a la embarazada o al que realice la técnica. Las cualidades de la música, a tener en cuenta, son el ritmo, el timbre, la densidad, la intensidad, la armonía, la melodía, la instrumentación y la orquestación. Otro factor

importante es la familiarización de la futura madre con esta música, las preferencias, los gustos, si tiene letra o no, y a su vez si evoca algún tipo de recuerdo inconsciente.

Este procedimiento permite a la embarazada encontrar la relajación en una postura activa, lo que la ayudará a tener mayor control del cuerpo en el momento del trabajo de parto y en el parto, y en especial en el momento del pujo. Esto se da, ya que existe un entrenamiento previo de sensopercepción, que brinda la posibilidad de tener mayor control sobre la tensión y las sensaciones del cuerpo. Así puede discriminar y dominar las sensaciones de dolor que se presenten.

El objetivo de lograr la relajación a través del movimiento es poder acceder a un trabajo de parto mucho más distendido, ya que el efecto residual que la música tiene (esta sigue sonando en nuestra cabeza, después de escucharla) y la sensación que produce en el cuerpo, perdura por un tiempo. El cuerpo comienza a asociar los movimientos con un estado de alerta consciente, y este estado de relajación activa permitirá tener un mayor control sobre el propio cuerpo. Además, le permite a las futuras madres que se conozcan más su propio cuerpo, así en el momento del trabajo de parto tendrán un sistema que les facilite una conexión rápida, eficaz y muy directa con la relajación. Cuando comienza el trabajo de parto es cuando puede poner en juego lo aprendido. Con un buen entrenamiento previo, podrá conectarse con su cuerpo y con lo que le está pasando, utilizando la música como vehículo o puente. Luego, podrá acudir a cualquiera de los recursos que aprendió respecto de la relajación con música, o utilizar también las diferentes visualizaciones, o bien continuar con sus ejercicios de relajación a través del movimiento para ayudarse.

La funcionalidad de esta técnica es buscar recompensa sensorial que va a facilitar el contacto y el vínculo entre la madre y su hijo por nacer, no sólo entre sus cuerpos sino también entre sus almas. Al realizarla, nos aseguramos el aquí y ahora, el presente; detenemos la mente, ayudamos a que esta descanse y así levantamos la barrera para que la música penetre, haciendo contacto con nuestro corazón, con nuestra alma, con nuestro cuerpo y por supuesto, con el bebé por nacer.

En las entrevistas realizadas a las lic. Laura Gabay y Eugenia Emmer, además de esta técnica nos nombraron otras que también se utilizan en musicoterapia, algunas de

ellas son: audición en movimiento (aquí se trabaja más con el cuerpo, el baile), escucha y masajes vibratorios con pelotas, improvisación musical, técnicas para tomar conciencia del propio cuerpo, técnicas de respiración y técnicas de atención plena y enraizamiento (tratar que la madre este lo mejor plantada y lo más presente posible consigo misma y con lo que hay en el aquí y ahora).

### **2.15- Tu bebe por nacer oye... ¡díselo con amor y música!**

Concluyendo este capítulo podemos decir que desde la concepción, durante el embarazo, en el nacimiento, los primeros días de vida, como bebé, de niño pequeño, de niño adolescente, de adulto, cada etapa de desarrollo es un mundo de experiencias en sí mismas. Estas experiencias permanecen en uno a lo largo de la vida: nuestro cuerpo es un mapa de quiénes somos.

La procreación de un hijo no es sólo algo más para agregar a la lista de las metas personales. Ser padre es brindarles a los hijos la oportunidad de crecer, con un sentido sólido de ellos mismos. La tarea primordial de los padres es la búsqueda del desarrollo físico, emocional e intelectual de sus hijos, como uno de sus grandes propósitos.

El bebé por nacer aprende; para aprender, es necesario tener memoria; y para tener memoria se requieren experiencias repetitivas a través de los sentidos. Todos los sentidos del bebé por nacer son importantes, pero de manera especial lo es la audición, que recoge y guarda información que, al ser procesada, se transforma en aprendizaje. Los bebés por nacer aprenden lo que escuchan sistemáticamente, aprenden a través del estado emocional de la madre, identificando su estado de ánimo. Cuando una madre está contenta, produce hormonas endorfinas; por el contrario, cuando está tensa o angustiada, produce hormonas de estrés.

Los primeros circuitos se forman desde la vida in útero. Algunas de las neuronas ya han sido conectadas por los genes, formando circuitos que ordenan la respiración, controlan el ritmo cardíaco, regulan la temperatura y producen reflejos. Los siguientes circuitos se van integrando a través de la experiencia sensorial y el aprendizaje. Existen dos poderosas fuentes formadoras de circuitos neuronales: el vínculo afectivo a través del amor y la estimulación sensorial por medio de la música.

Crear un vínculo afectivo prenatal es una experiencia de seguridad y renovación como una fuente de placer, para ambos: los padres y el bebé por nacer. Las voces, la música y la presencia cálida de los padres son recursos necesarios para crear momentos llenos de amor, alegría y belleza y formar un vínculo afectivo prenatal.

La música es un hermoso recurso para establecer y nutrir el vínculo afectivo con el bebé por nacer. A través de canciones de cuna, se puede expresar amor, los deseos y anhelos de la madre respecto de su hijo. La música es una forma de evocación que conecta las dimensiones afectivas más profundas entre madre e hijo, transformando los estados de ánimo y permitiendo que emerja la expresión emocional. Una de las estimulaciones prenatales más importantes es la creación del vínculo afectivo a través de la música, donde el afecto (el sentido del amor) es mucho más importante que el efecto. Por tanto, el bebé por nacer no oye para aprender, sino que aprende escuchando.

Cuando el bebé nace y escucha la música que oyó prenatalmente, asocia de manera natural la música con sensaciones de placer y seguridad, duerme más, come mejor, llora menos, tiene menos predisposición a cólicos. La voz materna y la música son dos de los más efectivos estímulos para influir positivamente en la percepción y el aprendizaje del bebé por nacer. La música va del oído de la madre al corazón del bebé por nacer.

## **2.16 Abordaje de una experiencia local.**

Se realizaron entrevistas a dos musicoterapeutas que trabajan en Mendoza con embarazadas, ellas son Laura Gabay y Eugenia Emmer. De estos encuentros nos pareció importante destacar algunos aspectos que conocimos de sus trabajos:

Laura nos comenta que *“sus sesiones se basan en tres pilares, estos son: el trabajo respiratorio que lo trabaja desde distintos tipos de ejercicios, ya que la respiración tiene que estar totalmente familiarizada, tiene que estar tan internalizada al momento del parto para que la madre no la tenga que pensar sino que salga de modo natural, es un trabajo profundo y reiterativo, en todas las sesiones de un modo más o menos explícito se trabaja la respiración. La otra pieza fundamental son los ejercicios*

*de atención plena y de enraizamiento, o sea tratar que la madre este lo mejor plantada en esta tierra y lo más presente posible consigo misma y con lo que hay; mientras más presente este la madre y receptiva a escuchar lo que le esta pasando se puede trabajar. Una sesión transcurre medianamente en un espacio de escucha, ya que es muy importante escuchar cuáles son las quejas que trae la madre, porque la queja indicara a dónde hay que trabajar y qué hay que reforzar en esta madre. El trabajo de la presencia se trabaja de un montón de formas, es la relajación y la conciencia corporal, es el trabajo activo a través de ejercicios de movimiento que me hacen entender donde estoy parada, cómo estoy parada, las posturas que estoy tomando, alinear el eje corporal. Tanto el trabajo de respiración como todo el trabajo de atención plena y corporal son sumamente importantes junto con la escucha. El tercer pilar gigantesco, junto con todas estas herramientas es el trabajo de un modo hilado con el vínculo, pero una vez que tengo sustento para hacerlo.*

*Cada una de las cosas que voy trabajando con las mamás van armando este hermosísimo rompecabezas que son las relaciones, que es todo un tema a trabajar, y lo que se profundiza muchísimo es la escucha. La escucha no tiene que ver con la palabra, sino que tiene que ver con esto de estar atento a lo que esta pasando en el aquí y ahora. Hay diversidad de herramientas para trabajar la escucha; se trabaja desde la atención plena, desde la conexión con un mismo a través del cuerpo, desde ejercicios profundos y trabajados desde el sonido. El sonido tiene la capacidad de entrar por rincones que la palabra no puede o le llevaría el doble de tiempo, por lugares no tan concientes de la persona.*

*El trabajo de conciencia es súper importante, el trabajo de presencia que se llama, aprender a estar presente con uno mismo y con lo que hay. Desde este lugar yo trabajo un montón desde “recibo al dolor con cariño”, porque en esta ocasión el dolor esta siendo tu amigo, trae cada contracción y cada contracción te avisa que tu hijo está más cerca, es el único dolor en esta vida que vale la pena, tiene una significación de vida y amor”.*

Por su parte Eugenia hace referencia a que: *“el objetivo del proceso es brindar un espacio de contención y acompañamiento, utilizando herramientas desde la musicoterapia principalmente para alcanzar el mayor bienestar bio-psico-emocional-espiritual de la mujer gestante, favorecer el vínculo prenatal y favorecer al bebé por nacer con una estimulación musical adecuada. Los efectos están en la mujer, en la*

*pareja, en el bebé, en el vínculo, en la preparación para el parto, en la crianza; y cuando es grupal en el intercambio con otras mamás y papás.*

*A veces hago encuentros de pareja y son maravillosos, es hermoso ver cómo los ayuda a los papás a habilitarse la dimensión de la paternidad que tiene que ver con la sensibilidad, el juego, la ternura, la posibilidad de aprender, de equivocarse, con una parte más maternal dentro de lo masculino y no solo con “papá proveedor” que es lo que está más instalado culturalmente”.*

*Ella nos dice que: “cada encuentro depende mucho del tiempo con el que contamos para trabajar, el tipo de embarazo, el tipo de necesidad, en el primer encuentro lo que hago es ver cómo llega, qué le anda pasando y en función de eso elijo, es como que hay una paleta de posibilidades, hay recursos que utilizo bien específicos del trabajo con embarazadas como por ejemplo la técnica de relajación a través del movimiento, el trabajo de audición en movimiento tiene que ver más con bailar, es un momento de trabajar más con el cuerpo. Trabajo mucho con atención plena, técnicas más corporales, para situarse en el aquí y ahora, tomar conciencia del cuerpo, escucha y masajes vibracional con pelotas, improvisaciones musicales terapéutica libres o referenciales (libre es que no hay un tema, y la referencial es en relación a un tema específico), visualizaciones guiadas con música que permiten explorar ciertos temas, la música es una cinta transportadora que sostiene, permite sentirse seguro para viajar a territorios que en otro lugar pueden ser sentidos como amenazantes.*

*También hago mucho contacto con las manos, trabajo con la respiración y la escucha, el diálogo interno, en todos los encuentros hay un momento de contacto con el bebé, contacto con uno mismo para hacer contacto con el bebé. Un momento de pasar por el cuerpo, de escucha interna, de atención plena para poder recibir lo que está presente, un momento de trabajo con las visualizaciones o con la improvisación o con la voz donde ahí es como más autoexpresivo y un momento de contacto con el bebé.*

*Algo que me parece hermoso de la música es que siempre cuando trabajas lo intra-musical o lo inter-musical estás trabajando en lo intra-personal y lo inter-personal, entonces de alguna manera es como muy integrador el trabajo. Tanto como la música para mí es muy importante el silencio, la posibilidad de poder escuchar y recibir lo que está, es como un acto de amor, donde uno va haciendo las cosas que va sintiendo por amor. Hay un lugar de entrega y de recibir lo que está que me parece muy importante a la hora de gestar y de traer la vida de un bebé, es un acto de mucha entrega y hay una*

*dimensión de lo desconocido. Es un lugar donde hacen contacto el embarazo y la maternidad, es un lugar de mucha profundidad". (ver entrevistas completas en anexos).*

# SEGUNDA PARTE

## Marco Metodológico

# CAPÍTULO IV

## **“Metodología de la Investigación”**

## **OBJETIVOS DEL TRABAJO**

### **Objetivo General**

a) Analizar las experiencias, vivencias y prácticas realizadas durante de la etapa del embarazo en un grupo de madres recientes, entre las que se incluye la musicoterapia como herramienta de preparación y su relación con el desarrollo del vínculo de apego.

### **Objetivos Específicos**

b) Indagar las experiencias, sensaciones y vivencias en un grupo de madres relacionadas con el embarazo y el proceso de construcción del vínculo de apego.

c) Explorar las prácticas realizadas durante este período, tales como cursos pre parto tradicionales, encuentros de preparación u otras acciones particulares y talleres integrales que incluyen a la musicoterapia como herramienta de trabajo.

d) Describir y comparar las experiencias y beneficios expresados por las mamás que realizaron o no dichas prácticas.

### **Preguntas de investigación**

- ¿Cómo influye el vínculo prenatal en el desarrollo del apego?
- ¿Qué herramientas puede utilizar una mamá embarazada para estimular el vínculo prenatal?
- ¿Qué beneficios tiene la aplicación de la musicoterapia en una mujer embarazada.

## **Tipo de Investigación**

El enfoque del presente trabajo es de tipo cualitativo, enmarcado en un tipo de estudio descriptivo.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que se someta a un análisis. Además se seleccionan una serie de cuestiones y se recolecta información sobre cada una de ellas para describir lo que se investiga.

Tal como lo describen Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006) los enfoques cualitativos evalúan el desarrollo natural de los sucesos, no hay en ellos manipulación ni estimulación de la realidad, utilizan la recolección de datos sin medición numérica, para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación y no pretenden generalizar los resultados, sino que van de lo particular a lo general.

Este tipo de investigación es naturalista, porque estudia a los objetos y seres vivos en su ambiente natural, e interpretativa ya que intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas le otorguen. Es más general y amplio y está dirigido a las experiencias de los participantes. (Hernández Sampieri et al., 2006).

## **Diseño**

El diseño del presente trabajo de investigación es el diseño fenomenológico, ya que se enfoca en la experiencia individual y subjetiva de su participante. Pretendiendo reconocer sus percepciones y el significado que otorga al fenómeno o experiencia trabajado como centro de la indagación. (Bogden y Biklen, 2003 citado en Hernández Sampieri et al., 2006)

Además se fundamenta el tipo de diseño fenomenológico ya que el estudio pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista del participante, está basado en el análisis de su discurso y en la búsqueda de sus posibles significados y se recogen los datos contextualizando a las experiencias en términos de temporalidad,

espacio, corporalidad y contexto de quién la vivió. (Creswell, 1998, Álvarez-Gayou, 2003 y Mertens, 2005, citados en Hernández Sampieri et al., 2006).

### **Muestra**

La muestra a utilizar es de tipo no probabilística e intencional (León, O. y Montero, 1993) es decir que los sujetos serán seleccionados por poseer características de interés para la investigación. Al tratarse de una muestra no probabilística, las conclusiones que se deriven de este trabajo, no podrán generalizarse a toda la población, sino que deben circunscribirse a la muestra utilizada.

En el presente trabajo se utiliza como muestra trece experiencias de mujeres que han sido madres no hace más de dos años, cuatro de ellas realizaron el curso pre parto, otras seis llevaron a cabo sesiones de musicoterapia y las últimas tres solo se limitaron a realizar los controles médicos.

Los nombres de las mujeres entrevistadas son ficticios.

- 1- Laura, 29 años.
- 2- Lourdes, 32 años.
- 3- Carina, 38 años.
- 4- Florencia, 29 años.
- 5- Silvia, 31 años.
- 6- Marina, 36 años.
- 7- Verónica, 33 años.
- 8- Daniela, 32 años.
- 9- Belén, 37 años
- 10- Paula, 32 años
- 11- Fernanda, 34 años.
- 12- Carla, 39 años.
- 13- Eugenia, 28 años.

Las trece mujeres son madres primerizas de condición socioeconómica media y con un nivel socio-cultural medio- alto siendo la mayoría de ellas profesionales.

Las experiencias fueron recabadas a través de una entrevista realizada a cada una de estas mujeres.

### **Instrumentos.**

#### Entrevista semidirigida:

Taylor y Bodgan, en su libro *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación* (1992), define a la entrevista como “una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o a un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado”. Presupone la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal. Las entrevistas cualitativas, se caracterizan por ser más íntimas, flexibles y abiertas y se dividen en estructuradas, semiestructuradas y abiertas. Además, el principio y el final de las mismas no se predeterminan ni se definen con claridad; el orden de las preguntas se adecua a los participantes; el entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo de la entrevista teniendo un carácter más amistoso; y se considera el contexto social como algo fundamental para la interpretación de significados. El propósito de las entrevistas en general es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, lenguaje y perspectiva del entrevistado, “en sus propias palabras”, el “experto” es el mismo entrevistado, por lo cual el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado prestando atención al contenido y la narrativa de cada respuesta. (Hernández Sampieri et al., 2010).

La modalidad de la misma es *Semiestructurada*, ya que posibilita la participación activa del entrevistador, de manera de poder extraer la mayor cantidad de información posible orientada a los factores relevantes para dicha investigación, y además nos da la posibilidad de establecer una relación concreta, personal e inmediata con el entrevistado.

Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas en la cual el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Es decir que en ella, no todas las preguntas están predeterminadas y son preguntas abiertas y neutrales, ya

que, pretenden obtener experiencias y opiniones detallada de los participantes (Hernández Sampieri et al., 2010).

Este instrumento es administrado a modo de cuestionario (Ander Egg, 1995; Hernandez Sampieri et.al., 2006; Delgado y Gutiérrez, 2007) previo sometimiento a criterio interjueces para evaluar el grado de acuerdo respecto de la pertinencia de las preguntas al objetivo de trabajo lo cual se relaciona con la confiabilidad de las preguntas. Tres jueces expertos en la temática evaluaron las preguntas. Aplicando el programa estadístico SPSS 17.0 se obtuvo un índice de concordancia de 0,72  $p < 0.0003$  (ver tablas en el apéndice), considerado aceptable y substancial (Mandeville, 2005). Por otra parte respecto de la claridad de la redacción se realizaron las adecuaciones necesarias en función de las observaciones sugeridas.

La entrevista realizada en este estudio fue elaborada ad hoc, de acuerdo a los objetivos del trabajo para la investigación. Si bien la misma contiene una serie de preguntas a modo de guía, no se descartó realizar otras preguntas en la medida que surgiera información relevante. Las preguntas fueron las siguientes:

Nombre:

Edad:

Cantidad de hijos:

Edad del bebe:

Embarazos anteriores:

Ocupación:

1- a-¿Cómo te sentiste durante el embarazo? ¿Qué me podrías contar de esos meses?

b-¿Durante el embarazo trabajaste?

2-¿Fue un embarazo planificado, esperado?

3- ¿Te acuerdas de algún temor, angustia o ansiedad que hayas tenido a lo largo del embarazo?

4- ¿Hiciste algún acompañamiento o curso pre-parto?

5- ¿Durante cuánto tiempo lo hiciste?

6- ¿Por qué decidiste hacer este curso pre-parto?

7-¿Sentís que este curso te ayudo durante ese último mes de embarazo y después del mismo?

8- El curso pre-parto ¿Sentís que te ayudo a conectarte más con ella?

9-¿Qué te acuerdas del día del parto? ¿Tuviste parto natural o cesárea?

10-¿Cómo fue el primer encuentro, piel a piel, con el bebe?

11-¿Cómo fue la relación con el durante los primeros meses?

12- Durante el embarazo ¿tenías un tiempo para relajarte y conectarte con el?

13-¿Te acuerdas el momento en el que empezó la conexión con ella?

14- ¿Hay algo que no te haya preguntado y te parezca importante comentarme?

### **Análisis de Datos**

Los datos no son más que un material bruto a partir del cual el investigador debe realizar las operaciones oportunas que le lleven a estructurar el conjunto de información en un todo coherente y significativo. Definimos el análisis de datos como un conjunto de manipulaciones, transformaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación. Todo análisis pretende alcanzar un mayor conocimiento de la realidad estudiada y, en la medida de lo posible, avanzar mediante su descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos (Rodríguez Gómez et al. 1999).

Como forma de análisis se utiliza el método comparativo constante, el cual implica conceptualizar y reducir los datos obtenidos, elaborar categorías en términos de sus propiedades y relacionarlas por medio de una serie de proposiciones. Este método se divide en cuatro etapas: comparar incidentes aplicables a cada categoría; integrar categorías y sus propiedades; delimitar la teoría y escribir la teoría (Glaser y Strauss, 1967).

En esta oportunidad, siguiendo a Taylor y Bogdan (1990), se categoriza y estructura la información obtenida a través de la lectura y relectura del corpus de los datos extraídos de las entrevistas (Hernández Sampieri, et al., 2006; Escalante y Páramo, 2011). A partir de la lectura se anotaron las ideas surgidas, las cuales fueron formando parte de listado tentativo de categorías. Luego estas se recategorizaron con base en la discusión y análisis junto a un profesional especializado en el tema.

Las categorías que se utilizan para clasificar la información y el contenido de las entrevistas se determinaron a partir de los datos que aportaron las madres acerca de: las vivencias del embarazo, las prácticas realizadas, la relación prenatal y la relación postnatal; siendo éstos los ejes centrales para el análisis.

# **CAPITULO VI**

## **“Presentación y Discusión de Resultados”**

## Resultados.

**Tabla I**

**Distribución de frecuencias según las prácticas de preparación pre parto realizadas por las madres entrevistadas.**

<i>Práctica realizada</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Madres que realizaron musicoterapia	6	46,15%
Madres que realizaron curso pre-parto	4	30,76%
Madres solo con control médico	3	23,07%
Total	13	100%

En la tabla I se observa la distribución de frecuencias según las prácticas de preparación pre parto realizadas por las madres entrevistadas. A continuación se presentan las tablas que contienen las categorías que surgieron luego del análisis de las entrevistas realizadas al grupo evaluado siguiendo los ejes centrales de la investigación. Mencionados ejes remiten a las vivencias del embarazo, la relación prenatal, el primer encuentro con el bebé y la relación postnatal:

**Tabla II**

*Sensaciones físicas y emocionales vivenciadas a lo largo del embarazo y expresadas por las madres entrevistadas que realizaron la práctica de preparación vinculada a la musicoterapia.*

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Aspectos físicos	A-1- Malestar.	<p>“...al principio tuve que hacer reposo relativo porque era tratamiento...”</p> <p>“...al séptimo mes tuve cólicos renales y estuve complicada...”,</p> <p>“los primeros meses tuve sobre todo náuseas..., por ahí cansancio o pesada, tenía una hernia umbilical, tenía algunos dolorcitos porque tenía un mioma bastante grande...”</p>
	B-2- Bienestar.	<p>“...a nivel físico me sentí muy bien... tuve muy buena aceptación desde un primer momento...”</p> <p>“...hacía de todo, físicamente muy bien...”</p> <p>“a nivel físico muy bien, fue muy tranquilo el embarazo...”</p>
B- Aspectos emocionales.	B-1- Bienestar.	<p>“...yo estaba muy contenta...”</p> <p>“...emocionalmente me sentía acompañada...”</p> <p>“...fue un lindo embarazo...”</p> <p>“...a mí me gusto mucho estar embarazada, lo disfrute un montón”</p> <p>“... la sensación de dos en uno era fantástica...”</p>
	B-2- Ambivalencia	<p>“al principio del embarazo muy raro, estaba como demasiado sensible y a la vez irascible, como que no me encontraba...”</p> <p>“...al principio fue muy raro, a penas me entere porque era una sensación de una alegría muy grande pero a la vez difícil de procesar...”</p> <p>“...es un vínculo de mucho amor pero a la vez con alguien desconocido porque no lo puedes ver...”</p>
	B-3- Miedo/Ansiedad	<p>“...en el primer trimestre es el miedo de que el bebe este bien, que no tenga ninguna malformación, que este creciendo sano...”</p> <p>“Que le pasara algo malo a ella, que estuviera algo mal con ella...”</p> <p>“...los 3 primeros meses te da miedo tener una pérdida...”</p> <p>“...el último trimestre es la ansiedad del parto...”</p>



**Tabla IV**

**Sensaciones físicas y emocionales a lo largo del embarazo expresadas por las madres entrevistadas que realizaron solo controles médicos.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Aspectos físicos</b>	<b>A-1- Malestar.</b>	"...tuve bastantes náuseas...", "...sufrió dolor de ciático y malestar en la espalda, tuve un poco de acidez..." "...estuve siete meses en reposo..."
	<b>B-2- Bienestar.</b>	"...no tuve complicaciones, ni enfermedades..."
<b>B- Aspectos emocionales.</b>	<b>B-1- Bienestar.</b>	"...estaba muy feliz porque fue muy esperado..."
	<b>B-2- Malestar</b>	"...estaba muy sensible a algunas cosas, lloraba mucho más" "...me costó mucho porque a los 15 años me habían dicho que era estéril...", "...los primeros meses fueron muy tediosos porque me cambió la vida..."
	<b>B-3- Miedo/Ansiedad</b>	"Miedo siempre tuve, yo siempre dije que no iba a tener hijos por el hecho de la demanda que tiene un bebe..." "...temores de no poder seguir adelante con el embarazo..." "...que ella naciera con diabetes que es la enfermedad que yo tengo de base..." "...tenía miedo de que si ella nacía con alguna patología a causa de la diabetes si yo la iba a poder cuidar..."

En relación a las primeras pregunta de la entrevista, las cuales indagaron acerca de los aspectos relacionados a los cambios físicos y emocionales que sufrieron las madres, las tablas II, III y IV señalan dos grandes categorías aportadas por todos los grupos de madres. En primer lugar se pueden categorizar las sensaciones vinculadas a aspectos físicos y en segundo lugar las sensaciones vinculadas a aspectos emocionales luego de haber transitado el embarazo.

Con respecto a los aspectos físicos, en los tres grupos se puede observar que se hace referencia a las mismas subcategorías: malestar y bienestar. Respecto de los aspectos emocionales, encontramos en las madres que realizaron tanto los cursos pre parto como la práctica asociada a la musicoterapia las mismas subcategorías: bienestar, ambivalencia y miedo. No obstante en las tres mujeres que solo hicieron controles médicos aparece un poco más marcadamente una sensación de malestar o bienestar, no se percibe la ambivalencia que manifestaron el resto de los grupos.

A continuación se describen cada una de las diferentes subcategorías:

#### **A-1) Malestar físico.**

Esta subcategoría hace referencia a los malestares, dolores, descomposturas o enfermedades que las mamás han transitado en algún momento del embarazo, algunas de ellas también señalaron que estuvieron un tiempo realizando reposo. La mayoría de ellas solo atravesaron este malestar en los primeros meses del embarazo.

#### **A-2) Bienestar físico.**

Aquí encontramos en todas las madres, que a pesar del malestar que vivieron en alguna etapa de su embarazo, pudieron seguir con sus actividades o trabajos diarios, sin que esta situación fuese un impedimento para disfrutar del embarazo. Este bienestar también se ve reflejado en la tranquilidad con que las mujeres vivieron esta etapa.

#### **B-1) Bienestar emocional.**

Abocándonos a la parte emocional, encontramos que las madres en su totalidad señalaron en esta subcategoría la felicidad con la que transitaron su embarazo, muchas de ellas habían pasado por una larga espera para vivir esta etapa; la compañía y el apoyo fue fundamental para que fuera una vivencia plena. Se puntualiza la conexión que empiezan a sentir las madres con sus bebés, el sentirlos moverse dentro suyo, que ellos respondan ante determinados estímulos (voz, posturas), son factores que influyen en esta relación.

#### **B-2) Ambivalencia. Malestar.**

Esta subcategoría presenta una diferencia entre las madres que realizaron curso pre-parto o musicoterapia y aquellas que solo asistieron a los controles médicos. En el primer grupo se distingue que hacen referencia a la aceptación de esta nueva etapa, ya

que se despiertan emociones encontradas (felicidad, alegría, miedo, angustia, ansiedad) las cuales deben aprender a procesar, así como el nacimiento de un nuevo vínculo que implica cambios en sus vidas.

En el segundo grupo las participantes no hacen referencia a la ambivalencia, sino que se refieren a cómo impactó la noticia del embarazo en su propio estado de ánimo, haciendo que este momento fuese vivido por momentos con un mayor malestar, ya que estaban más sensibles o impactadas por la situación que vivían.

### **B-3) Miedos.**

Esta última subcategoría engloba tanto las preocupaciones y temores que las madres expresaron con respecto a la salud de sus bebés, como a la preocupación que despertaba en ellas la pérdida de su propia independencia.

Al hablar del bebé las mamás hicieron referencia al temor de que les ocurriera algo en el embarazo y no pudiesen tener el registro de esto, a atravesar por un aborto espontáneo o que los niños nacieran con algún tipo de problema.

En cuanto a su situación personal encontramos que las madres se enfrentan al temor de la dependencia del bebé, lo que las llevara a una disminución de su independencia y cambios en sus vidas.

### **Tabla V.**

#### **Beneficios y razones de las diferentes prácticas realizadas por las madres durante el embarazo.**

## Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia

Categorías	Subcategorías	Observables
A- Beneficios.	<p>A-1- Ejercicios físicos y psicológicos enfocados al embarazo en sí mismo y al momento del parto.</p> <p>A-2-Inclusión del padre</p> <p>A-3- La música como instrumento de reconocimiento sensorial y organización.</p>	<p>“hacíamos ejercicios de focalización, en donde lo único que importaba era eso, no había ningún distractor...”</p> <p>“...principalmente en cuestiones de respiración, a concentrarme, a dejar que pase el dolor...”,</p> <p>“...Laura (musicoterapeuta) te enseña a conectarte desde otro lado, no hace falta hablarle, puede ser con música, ejercicios, focalizaciones; sentía que eso era más auténtico para mí...”</p> <p>“...el trabajo de parto fue buenísimo para poder aplicar todo lo que habíamos aprendido con Laura”</p> <p>“...con el papá también fuimos los 3 generando un vínculo hermoso...”</p> <p>“...los encuentros en pareja también fueron muy bonitos, así el papá también puede conectarse con el bebe”</p> <p>“...nosotros hacemos como rituales para que ella se vaya organizando con la música que nos paso Laura ...”, “...en la panza también era así, cuando nosotros nos acostábamos nos poníamos la música...”</p> <p>“...la música con la que trabajamos en las clases al día de hoy se la seguimos poniendo y cantando a Juli, ella las reconoce”</p>
B- Razones de la práctica.	<p>B-1- Recomendación.</p> <p>B-2- Iniciativa propia.</p>	<p>“...la contacté por una amiga que lo había hecho ...”</p> <p>“nos la recomendó la psicóloga de mi marido”</p> <p>“me la recomendó mi cuñada”</p> <p>“...cuando empecé con los cólicos a mi marido se le ocurrió que lo hiciéramos...”</p> <p>“...mi profesora de biodanza me comentó que durante su embarazo ella había hecho este proceso y me encantó”</p> <p>“...tenía ganas de hacer algo en relación al embarazo fuera de leer y lo encontré ideal, es como un espacio para la beba y para mí”</p>

En la tabla II se pueden ver las consideraciones que realizaron las madres que hicieron musicoterapia con respecto a los beneficios aportados por la misma y a las razones por las que eligieron optar por esta práctica. En la misma se puede observar a diferencia de los demás grupos, las siguientes subcategorías:

#### **A-1) Ejercicios físicos y psicológicos enfocados al embarazo en sí mismo y al momento del parto.**

Los ejercicios que puntualizan las madres que les enseñaba la musicoterapeuta (Laura) tanto para realizar en las clases como en la casa, las ayudaba a poder sentir, percibir y conectarse de una manera más conciente y activa con el bebé. No eran solo para alcanzar un estado de relax personal o para informarse de distintos cambios o estados esperables, sino que contribuían a una mayor conexión madre-bebé.

#### **A-2) Inclusión del padre.**

Otro beneficio que se puede observar es que los padres pueden tener un rol más activo y participativo en el embarazo a través de dicha práctica, los encuentros están destinados también a que ellos puedan participar de las actividades, tanto para acompañar a las madres como para poder tener un mayor contacto pre-natal con el bebé.

#### **A-3) La música como instrumento de reconocimiento sensorial y organización.**

Uno de los elementos que se utiliza en esta práctica es la música, la cual acompaña a las madres en el embarazo y luego del mismo, ayudando a conectarse desde otro espacio con sus bebés. Como señalaron las mamás este recurso lo utilizaron para vincularse con sus hijos mientras estaban en la panza, y luego del nacimiento usaban la misma música en diferentes momentos (como puede ser el momento del baño, la hora de dormir o simplemente para jugar) y el bebé reconocía las melodías que ya había escuchado.

#### **B-1) Recomendación.**

La experiencia previa de gente del círculo íntimo de la pareja (amigos, familiares) es una de las razones por las que estos padres tomaron la decisión de recurrir a la musicoterapia. Algunas de ellas habían tenido la oportunidad de poder observar los resultados de la misma, o habían realizado alguna práctica similar.



En esta tabla las subcategorías que se presentaron son:

**A-1) Ejercicios físicos enfocados al momento del parto.**

En este tipo de curso los ejercicios están destinados a lograr una mayor tranquilidad en las madres, trabajando a través de la respiración, enseñando posturas, pujos para el momento del parto, es decir que su fin directo no es lograr una mayor conexión entre la madre y el bebé, como si lo es en el caso de la musicoterapia, sino que éstas puedan transitar el embarazo y el parto con la mayor relajación posible.

**A-2) Información.**

En las clases se les brinda a las madres charlas sobre temas de interés: parto, recién nacido, armado de bolso y lactancia. De estas temáticas las madres informaron que lo más útil fue lo que recibieron de lactancia, ya que las ayudo al momento de empezar a dar de mamar.

**B-1) Recomendación médica.**

La opinión del médico de confianza de las madres fue muy importante para comenzar a realizar el curso, todas ellas señalaron que el tener una buena relación con su médico hizo que siguieran todas las recomendaciones dadas por él.

**B-2) Iniciativa propia.**

La necesidad personal de cada una de estas madres de poder eliminar dudas, ya que todas ellas eran primerizas, las llevo a optar por la opción de un curso a nivel informativo que les permitiera estar más tranquilas en todo momento.

**Tabla VII.**

**Beneficios y razones de las diferentes prácticas realizadas por las madres durante el embarazo.**



<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Conexión sensorial.	<p>A-1- A través de lo auditivo (voz, Música)</p> <p>A- 2 A través de la piel (caricias, posturas, masajes)</p> <p>A-3- Relajación física a los fines de estar más tranquilas y vincularse más activamente</p>	<p>“...yo le cantaba, era un momento para nosotros dos”</p> <p>“...escuchaba la música que nos había dado”</p> <p>“...poner música, hablarle, me despertaba y la saludaba...”</p> <p>“...cuando estaba sola me acariciaba la panza...”</p> <p>“...hacía los ejercicios que había aprendido...”, “... le hablaba desde mis adentros...”</p> <p>“...me ponía en determinadas posiciones para sentirla más, hacía ejercicios de respiración...”</p>

**Tabla IX.**

**Formas de contacto pre-natal entre la madre y el bebe, a partir de lo aportado por las distintas prácticas o las propias características de la madre.**

<b>Madres que realizaron curso pre parto.</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Conexión sensorial.	<p>A-1- A través de lo auditivo (voz, Música)</p> <p>A- 2 A través de la piel (caricias, posturas, masajes)</p> <p>A-3- Relajación física a los fines de estar particular y personalmente más tranquilas.</p>	<p>“...le hablaba mucho, le cantaba...”</p> <p>“...yo una vez por semana iba a mi clase de canto y el bebe se movía diferente...”, “...era divino hablarle y ver su reacción...”</p> <p>“...le ponía música y cantaba y bailaba con ella...”</p> <p>“...me tocaba mucho la panza, me tiraba en la cama a tocarlo...”</p> <p>“...hacerme masajes en la panza...”</p> <p>“...trabajé porque mi trabajo es independiente y podía manejar mis tiempos, dormía mucho...”</p> <p>“...tenía todo el tiempo del mundo, a pesar que seguía trabajando había bajado el ritmo...”</p> <p>“...tenía tiempo para relajarme, acostarme, hacerme masajes, hacer las respiraciones”</p>

**Tabla X.**

**Formas de contacto pre-natal entre la madre y el bebe, a partir de lo aportado por las distintas prácticas o las propias características de la madre.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Conexión sensorial	A-1- A través de lo auditivo (voz, Música)	“...los últimos meses cuando dormía por ahí de un costado no me podía poner porque ella me pateaba, pero en esos momentos le hablaba”

Respecto de las formas de contacto prenatal, no se hallaron diferencias sustanciales en relación a las manifestaciones de las madres. Las subcategorías presentes son:

**A-1) Conexión sensorial a través de lo auditivo.**

Esta subcategoría muestra como las madres se han conectado con sus bebés a través de la voz (ya sea hablándoles, cantándoles, leyéndoles un cuento) o de la música, en el caso de las madres que realizaron musicoterapia utilizaban la música que se les había brindado en el taller.

**A-2) Conexión sensorial a través de la piel.**

Otra forma que encontraron las madres para establecer esta conexión fue por medio de caricias a la panza, masajes, posturas para sentir más a los bebés. Esta subcategoría solo se encuentra en las mujeres que realizaron algún tipo de práctica, siendo posible que hayan aprendido algunas de estas técnicas en los encuentros.

**A- 3) Relajación.**

Esta subcategoría presenta diferencias en los grupos en que se incluye (solo las madres que realizaron algún tipo de práctica). En el primer grupo encontramos que, como se menciono en una tabla anterior, las madres hacían determinados ejercicios para lograr una mejor conexión con sus bebés y no solo para relajarse ellas. En cambio en el

segundo grupo encontramos que el fin principal de los ejercicios era lograr una mayor relajación y tranquilidad propia para las madres, ellas puntualizan cómo fueron regulando su ritmo de trabajo para que esto también las ayudara a lograr este estado de relajación.

**Tabla XI.**

**Sensaciones y emociones que despierta el primer contacto piel a piel con el bebé, y maneras de vivir este contacto.**

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Sensaciones y emociones.	A-1- Felicidad	<p>“...la reconocí como mi familia...”</p> <p>“...fue bonito, es un momento increíble...”</p> <p>“...fue lo mejor que me paso en la vida”</p>
	A- 2 Nervios	<p>“fue un momento en el que estuve muy nerviosa porque sabía que no era en la guardia donde él tenía que nacer...”</p>
B- Conexión a través del contacto piel a piel y la mirada	B-1- Contacto piel a piel.	<p>“...la tenía sobre mi pecho, en mi corazón...”</p> <p>“...acariciarla...”, “... la abrazaba, acobijaba”</p> <p>“...me la pusieron en el pecho, intente darle la teta”</p> <p>“...tenerla en la teta y mirarla...”</p>
	B-2- Mirada.	<p>“...cuando le vi la cara es como que supe como iba a ser...”, “...esa mirada fue recíproca, solo faltaba vernos las caras...”</p> <p>“...yo la miraba y me daba la sensación de que la conocía de toda la vida, no era una cara nueva para mí...”</p>

En la tabla arriba presentada se puede observar cómo se vivenció el primer encuentro entre la madre y el bebé, las emociones que se presentaron en ese momento y de qué manera lograron esta conexión. Las subcategorías presentes son:

### **A-1) Felicidad.**

La emoción de alegría y felicidad se encuentra reflejada en el reconocimiento que las madres expresan al momento de tener en sus brazos y observar a sus bebés, este es un momento único para ellas, que las lleva a reconocer a este bebé como parte de su familia.

### **A-2) Nervios.**

El conocimiento de cómo deberían llevarse a cabo o lo esperable para la situación del parto, hace que frente a cualquier imprevisto las embarazadas pasen por un momento de nervios, ya que se enfrentan al desconocimiento de lo que les sucederá a ellas o al bebé.

### **B-1) Contacto piel a piel.**

El poder tocar directamente al bebé colaboró a que las madres pudiesen tener una mayor conexión con ellos, este contacto también se refleja a través del amamantamiento, momento en el cual este vínculo se fortalece aún más.

### **B-2) Mirada.**

Esta subcategoría indica otra manera de reconocimiento y sostén por parte de las madres con sus hijos, ellas puntualizan que el poder verlos era lo único que faltaba para “conocerlos”, muchas expresaron que sentían que ya conocían la carita de sus bebés.

## **Tabla XII.**

**Sensaciones y emociones que despierta el primer contacto piel a piel con el bebé, y maneras de vivir este contacto.**

<b>Madres que realizaron curso pre parto</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Sensaciones y emociones.</b>	<b>A-1- Felicidad</b>	“...es como una locura, es muy fuerte, es lo más fuerte que me paso en la vida...” “...ya cuando estás en la habitación tenes a tu bebe, no lo podes creer, es muy emocionante...”
	<b>A- 2 Miedo</b>	“...en un principio tenía miedo porque iba saliendo de la sala de parto y estaba toda adormecida y cansada...” , “...tenía miedo que se fuera a caer...”
	<b>A-3- Necesidad de intimidad.</b>	“...no avisamos a ningún familiar así que estábamos los 3 solos...” “...le dije a mi marido que no quería que entrara nadie, quería que estuviésemos los 3 solos...”
<b>B- Conexión a través del contacto piel a piel</b>	<b>B-1- Contacto piel a piel.</b>	“... cuando llegamos a la habitación te hacen que lo pongas en la teta y ella se agarro perfecto...” “lo primero cuando en la sala de parto la sacan te la ponen un minuto cerca de la cara, le di un besito...”

Las vivencias de las madres que realizaron el curso pre-parto en este primer encuentro con sus bebés presenta las siguiente subcategorías, estando algunas de ellas presente en el resto de los grupos también:

#### **A-1) Felicidad.**

La emoción de alegría y felicidad se encuentra reflejada en el reconocimiento que las madres expresan al momento de tener en sus brazos y observar a sus bebés, este es un momento único para ellas, que las lleva a reconocer a este bebé como parte de su familia.

#### **A-2) Miedo.**

El estado en el que se encuentran las mujeres luego del parto (cansancio, adormecimiento debido a la anestesia, dolores) hace que en ocasiones no logren disfrutar físicamente del todo a su bebé, ya que sienten miedo de no poder responder adecuadamente.

### A-3) Necesidad de intimidad.

Se observa en este grupo que las madres expresan que preferían compartir este momento solo con sus maridos, haciendo que fuese un momento de mucha intimidad, lo que llevaba a un mayor disfrute y conexión con el bebé.

### B) Contacto piel a piel.

El poder tocar directamente al bebé colaboró a que las madres pudiesen tener una mayor conexión con ellos, este contacto también se refleja a través del amamantamiento, momento en el cual este vínculo se fortalece aún más.

Tabla XIII.

**Sensaciones y emociones que despierta el primer contacto piel a piel con el bebé, y maneras de vivir este contacto.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Sensaciones y emociones.	A-1- Felicidad	“...fue hermoso, nunca pensé que fuera tan lindo” “...recuerdo sus ojitos brillantes, y mi llanto contenido de emoción” “...la sensación es como irreal...”, “...yo la vi y me sentí realizada” “...era tan chiquita, estaba calentita...”

Se observa que la subcategoría que se presentan en este grupo ya fue mencionada en los dos grupos anteriores, siendo ésta: **Felicidad**.

Tabla XIV.

**Factores que influyen en el desarrollo de la relación post-natal.**

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Relación post natal fácil.</b>	<p>“las primeras 2 semanas fueron muy buenas porque mi marido estuvo cien por cien con nosotras, para mí fue un poco más simple por la ayuda...”</p> <p>“...toma la teta re bien...”</p> <p>“...nos adaptamos muy fácil porque ella era muy tranquila...”</p> <p>“...la sonrisa de la mañana es hermosa...”</p> <p>“...yo la había esperado tanto”</p>
<b>B- Relación post natal complicada.</b>	<p>“...las segundas 2 semanas hasta el primer mes empezaron los cólicos...”</p> <p>“estuvo siete días en neo así que no pudimos tener mucho contacto esa primera semana...”</p> <p>“...se me complicó el tema de la teta porque me lastimó”</p> <p>“Es un cambio muy grande, cambia la relación en la pareja, cambia todo...”</p> <p>“...es una mezcla de mucho amor, con una plenitud y mucho cansancio, no saber que hacer en situaciones nuevas...”</p>

**Tabla XV.**  
**Factores que influyen en el desarrollo de la relación post-natal.**

<b>Madres que realizaron curso pre parto</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Relación post natal fácil.</b>	<p>“...no llora casi nunca...”</p> <p>“...él es un bebe muy tranquilo, lo único que hace es reírse...”</p> <p>“...duerme re bien...”</p> <p>“...me tiene loca de amor, al padre totalmente enamorado...”</p> <p>“...uno está cansada, con sueño pero el bebe te miro, te hizo una sonrisa y hace que todo valga la pena...”</p>
<b>B- Relación post natal complicada.</b>	<p>“...la primera semana estaba muy preocupada porque dormía mucho, engordó poquito...”</p> <p>“...duro porque no dormía de noche...”</p> <p>“...vos sabes que ese ser depende de vos para todo..., no podes hacer nada porque ese ser depende totalmente de vos, perdes tu independencia...”</p>

**Tabla XVI.**  
**Factores que influyen en el desarrollo de la relación post-natal.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos.</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Relación post natal fácil.</b>	<p>“...duerme todo el tiempo, a la noche duerme seis horas seguidas...”</p> <p>“Ella estuvo un mes en neo y salió hecha una señorita porque ya venía con los horarios listos...”</p> <p>“Cada tres horas toma la teta...”</p> <p>“...gesticula un montón, ahora yo le hablo mucho más...”</p> <p>“...es lo que esperé por mucho tiempo y es increíble”</p> <p>“Divina, la gorda es un sol...”</p>
<b>B- Relación post natal complicada.</b>	<p>“...cambios en casa, en la pareja...”</p> <p>“Ella estuvo un mes en neo...ese primer mes fue muy desgastante...”</p> <p>“...fue muy difícil irme a mi casa sin ella, llegar y ver el moisés pero no tenerla a ella, sentís como que la abandonas...”</p> <p>“...hay que acostumbrarse a toda una nueva responsabilidad...”</p>

En la última tabla expuesta se observa que todas las categorías emergentes son las mismas en todos los grupos de madres entrevistados. Las mismas son las siguientes:

**A) Relación postnatal fácil.**

Esta categoría está determinada por el temperamento y las características del bebé, la adaptación mutua (padres-bebé), la espera que atravesaron las madres para poder estar embarazadas, la compañía y ayuda con la que contaron ellas, el estado de salud del bebé.

**B) Relación postnatal complicada.**

Finalmente este tipo de relación postnatal está asociada con la adaptación física de la madre, los cambios y el temperamento del bebé, los cambios que se producen en la vida de los padres, la configuración familiar, el estado de salud del bebé.

## Discusión de resultados.

El embarazo es un momento crucial en la vida de toda mujer, la manera de transitarlo dependerá de ciertas variables como la personalidad, historias de vida, oportunidades, circunstancias, estado de salud.

Teniendo en cuenta la primera categoría examinada que incluye las vivencias físicas y emocionales del embarazo podemos decir que, hay ciertos temores que aparecen como constantes en los relatos de las mujeres embarazadas, así como también la ansiedad en uno u otro momento del embarazo se hace notar.

A diferencia de los temores que expone Gavensky (1984), como temores más frecuentes en la mujer embarazada: temor a perder el atractivo físico, temor a no poder desempeñar el rol materno, temor a morir en el parto, y a sufrir mucho dolor en el parto; las madres entrevistadas no mencionaron estos temores. Todas las madres expresaron que el mayor miedo a lo largo del embarazo, era la pérdida de su hijo o que éste naciera con alguna complicación. Ya desde esta pregunta nos encontramos con que, la mayoría de las mujeres entrevistadas, tendrían su foco puesto más en el bienestar de su hijo, que en estar preocupadas por ellas mismas.

Por otra parte estas mujeres también expresan que un sentimiento que estuvo muy presente durante su embarazo fue la ambivalencia, ya que a pesar de que estaban felices de estar embarazadas por momentos se sentían más irascibles, más sensibles, o que les costó poder procesar la noticia. Por ejemplo Paula en su entrevista expresa *“...En lo emocional al principio fue muy raro, apenas me entere porque era una sensación de una alegría muy grande pero a la vez difícil de procesar, de creer...”*, *“...Es un vínculo de mucho amor pero a la vez con alguien desconocido porque no lo puedes ver, y la ansiedad de todo lo que viene que no sabes lo que es”*. Alicia Oiberman (2007) hace referencia a esto y dice que el amor maternal no es de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple y sin conflictos, como casi siempre aparece representado en el imaginario colectivo. Por el contrario es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el reconocimiento del otro y la confusión con él.

Con respecto a las vivencias físicas todos los grupos de madres expresan que transitaron su embarazo con mucho bienestar, que más allá de los primeros meses de descomposturas, o en algunos casos puntuales que habían hecho tratamiento tuvieron que hacer un poco de reposo, no tuvieron ninguna dificultad; pudiendo seguir con sus actividades y trabajos normalmente.

Al abordar el motivo por el cual cada una de ellas eligió determinada práctica surgen las diferencias. En este sentido se podría decir, que las madres que realizaron musicoterapia buscaban una práctica que les permitiera tener una actitud más activa, con una mayor participación, tanto de ellas como de sus maridos, pudiendo hacer ejercicios que les posibilitara conectarse más concientemente con ellas mismas y con sus hijos, para de esta manera lograr un mejor vínculo prenatal. Debido a que ellas expresaron que buscaban una práctica que fuese más allá de la lectura y la transmisión de información; encontrando en este espacio un lugar ideal para ellas, sus parejas y sus bebés; rescatando la importancia de que sus maridos pudiesen conectarse y generar un vínculo desde la panza con sus hijos.

Lo previamente señalado se ve reflejado en lo que expresa Federico (2003), al decir que el trabajo con embarazadas en musicoterapia esta dirigida a tres áreas: la obstétrica, la embriológica y la vincular. Una es la evolución del embarazo desde el punto de vista de la futura madre; la otra se orienta al desarrollo de su hijo, y la última al vínculo o relación que esta naciendo entre ellos. Desde este punto de vista, el abordaje musicoterapéutico en el embarazo permite a las futuras madres la posibilidad de una conexión muy especial con sus bebés por nacer. Este vínculo se fortalecerá, utilizando como recurso los efectos que tiene la música con actividades terapéuticas dentro de un contexto de contención grupal. La aplicación de la música mejora la calidad del embarazo, del trabajo de parto y del nacimiento del bebé, reduciendo el nivel de ansiedad de la futura mamá y el estrés neonatal.

Otro beneficio de la musicoterapia que menciona el autor, es que toda la música con la que se trabaje durante el embarazo va a crear patrones muy fuertes e importantes después del nacimiento y durante los primeros años de vida. Además si la madre se relaja con diferentes músicas y ejercicios y al mismo tiempo la música provoca una reacción en el feto, ella tendrá la posibilidad de sentir los movimientos que este le

provoca. De este modo, para una mujer embarazada, la sensación de su hijo moviéndose en su vientre le da tranquilidad, ya que si se mueve quiere decir que todo está muy bien. Esto brindará la posibilidad de una conexión física muy importante, que les transmitirá mucho placer y seguridad a ambos; por otro lado, después de nacido el bebé, la música le hará percibir una sensación tan cálida como la presencia materna.

En este sentido estas madres, también señalaron que pudieron aplicar en el momento del parto muchas de las cosas aprendidas a lo largo de la práctica, lo cual colaboró a que pudiesen estar más tranquilas, ser más conscientes de su dolor y saber que eso las llevaría a tener a sus hijos. Verónica es una de las madres que en su entrevista dice “...principalmente en cuestiones de respiración, a concentrarme, a dejar que pase el dolor...”; por otra parte Daniela expresa “...me ayudó a estar más tranquila en el parto, a poder enfrentarlo...”. Durante las sesiones pudieron trabajar para conocer y elaborar sus temores, ansiedades y fantasías respecto de la maternidad, lo cual también les permitiría llegar más tranquilas al momento del parto.

Otra ventaja de la musicoterapia sería la inclusión y participación activa del padre, esta práctica les permite también a ellos conectarse con sus hijos. Las madres destacaron la importancia de que sus parejas pudiesen estar presentes en cada una de las sesiones y la gratificación que sentían al poder percibir que ellos lograban establecer un vínculo con sus hijos al igual que ellas, a través de los diferentes ejercicios. Paula Bialoskulik (2003) explica el rol del padre en las sesiones de musicoterapia. El bebé necesita de la madre biológica, nutricia y afectivamente, para sobrevivir dentro y fuera del útero, pero del mismo modo necesita del afecto y sostén del padre. Por eso resulta imprescindible un acercamiento al padre, para que sostenga a la madre y al bebé en gestación. A través de diferentes técnicas de trabajo corporal y afectivo entre la pareja y entre ellos y el bebé en gestación es posible crear un clima afectivo y de sostén mutuo que permite, en un segundo momento, conectarse sensitivamente con el bebé. (Federico, F. Gabriel, 2003, p. 162).

Para este grupo de madres fue muy importante la experiencia o recomendación de personas de su entorno a la hora de decidirse por esta práctica, más allá de sus ganas de tener una experiencia diferente, también fue muy significativo lo que amigas o familiares pudiesen expresarles de su propia experiencia. De esta manera Belén expresa

en su entrevista, *“Porque tenía ganas de hacer algo en relación al embarazo fuera de leer y lo encontré ideal, es como un espacio para la beba y para mi.”* Por su parte Paula nos cuenta, *“Yo conocía algo de musicoterapia por algunos talleres que había hecho y en ese momento yo hacía biodanza y mi profesora me comentó que durante su embarazo ella había hecho este proceso con Laura y me encanto”*.

Por otra parte las madres que hicieron el curso pre-parto destacaron respecto de la iniciativa de esta práctica se basaron mucho en la opinión de su médico, resaltando la importancia de tener una relación de confianza con el mismo. Además al ser todas madres primerizas también tenían la necesidad de conocer e informarse en profundidad sobre determinados aspectos del embarazo y del momento del parto. En su entrevista Carina nos comenta *“... Mi médico me recomendó que lo hiciera y cuando tenés un buen acompañamiento con tu médico le haces caso”*.

Por último las madres que no hicieron ningún tipo de práctica, señalan que se debió no sólo a falta de interés, sino también al hecho de saber que iban a tener cesárea, por lo cual no sentían que necesitaran este tipo de información, asimismo sus médicos tampoco las impulsaron mucho a realizarlo. En este caso Fernanda expreso, *“Porque no sentía la necesidad, cuando le pregunte a mi ginecólogo él no me dio mucho ánimo para hacerlo...”*

En la siguiente categoría, la cual reúne las respuestas aportadas sobre el tipo de contacto pre-natal, las madres de los tres grupos expresaron una conexión sensorial a través de la voz (hablándoles, cantándoles.) y de la piel (caricias, masajes.), la diferencia se encuentra nuevamente en la realización de los ejercicios. En el caso de las madres que hicieron musicoterapia, se observa que realizaban los ejercicios de relajación con el fin de poder estar más tranquilas y vincularse más activamente. Por otra parte las madres que hicieron el curso pre-parto, hacen referencia a la relajación con el fin de poder estar más tranquilas ellas mismas, lo cual indirectamente también las ayudaría a poder conectarse más con sus bebés.

Al momento del primer encuentro con sus hijos, todas las madres describen este primer encuentro a través del contacto piel a piel, ya que es la primera vez que pueden tocar y acariciar a sus hijos. Sin embargo, algo destacable es que las madres que

realizaron musicoterapia mencionaron verbalmente la importancia de una forma de conexión: la mirada. Muchas de ellas puntualizaron que *“la carita de su hijo para ellas ya era un rostro familiar”*, que era como si ya lo conociesen. De este modo, esta expresión hace referencia a una manera de sostén y reconocimiento fundamental. Como expresa Silvia Español (2014), desde los primeros días del bebé, los adultos suelen buscar el contacto ocular como primer acercamiento íntimo con él, acompañándolo de toques y un habla especial. La mirada mutua es importante por los efectos que instaura esta poderosa experiencia: es un primer ofrecimiento mutuo en el que adulto y bebé se inician en el regocijo del compartir con el otro. En los momentos de mirada mutua, en que cada uno es foco de la atención del otro, el bebé experimenta percibir al otro y ser, a la par, objeto de atención del otro; el bebé siente, percibe, la atención del otro sobre sí mismo mientras se deja atrapar por el imán de los ojos del otro. Los adultos, particularmente en los dos primeros meses de vida, acunan, acogen y sostienen a los bebés, mientras buscan, sostienen y prolongan los encuentros de miradas. Entre tanto los bebés exploran diversas organizaciones corporales para ser receptivos y contribuir con su disposición corporal a estos encuentros, y tienen así la oportunidad de descubrir una riqueza de información corpórea en relación con la vivencia de quién se es en el intercambio con el otro. La mirada les brindaría otro espacio de intimidad y reconocimiento a los padres con su bebé, luego de haberse conectado durante tantos meses a través de la audición, este es el momento en que puede vincularse a través de otro sentido y seguir conociendo a su hijo.

Por su parte las madres que hicieron el curso pre parto, al hablar de las emociones que se despertaron en ese momento, relatan la felicidad, el miedo (al igual que el resto de las madres), pero ellas también mencionan la necesidad de intimidad. Esto indicaría que de esta manera ellas lograrían estar más tranquilas para disfrutar de sus hijos y conseguirían poder conectarse mejor, estando solamente acompañadas de sus maridos pudiendo estar más relajadas, para conocerse entre los tres.

Siguiendo con el análisis realizado llegamos a la última categoría, la cual aborda los factores que influyen en la relación postnatal. Aquí no se encontraron diferencias sustanciales entre los diferentes grupos, todas las madres hicieron referencia a que la relación fácil esta determinada por el temperamento y las características del bebé, la adaptación mutua (padres-bebé), la espera que atravesaron las madres para poder estar

embarazadas, la compañía y ayuda con la que contaron ellas, el estado de salud del bebé. Por su parte los factores que hacen que la relación sea más complicada son la adaptación física de la madre, los cambios y el temperamento del bebé, los cambios que se producen en la vida de los padres, la configuración familiar, el estado de salud del bebé.

Con base en lo expuesto es posible señalar algunos aspectos que resultan distintivos entre los grupos. Para el primer grupo la práctica fue un espacio de encuentro para ellas, el bebé y el padre, permitiendo un compromiso físico, mental y emocional, accediendo a mayor información sobre el embarazo y el parto, aprendiendo ejercicios de relajación y respiración, posturas, percepción del propio cuerpo y la utilización de la música como un elemento que las ayudaría a conectarse con sus bebés. Puede pensarse que este abordaje que involucra de modo integral diversos elementos que se asocian con el vínculo prenatal permitiría dar lugar al comienzo de un proceso de diferenciación que se completa en el afuera a lo largo del primer año de vida especialmente.

Por otra parte las madres que hicieron los curso pre parto habituales vivieron el curso como algo más médico, un lugar donde encontraron información de momentos puntuales del parto y el desarrollo del bebé, un espacio para realizar ejercicios que las ayudarían al momento de dar a luz, pero no mencionaron directamente aspectos asociados al contacto prenatal. Es importante señalar que lo mencionado no significa que estas madres no habrían podido establecer un buen vínculo pre o postnatal, solo se hace referencia a que la conexión que estas mujeres habrían logrado, se debería a herramientas que ellas mismas buscaron. Por último hay que destacar que en las madres que no realizaron ningún tipo de práctica o acompañamiento pre- parto, hay una menor producción en su discurso y cuesta que aparezca lo negativo tanto del período del embarazo como de la relación madre-hijo. Esto llevaría a puntualizar en la importancia de realizar algún tipo de práctica durante el embarazo, cualquiera que las madres elijan, lo cual sería un recurso que podría incentivar el contacto prenatal, de modo tal que podría poner en juego la toma de contacto con los aspectos positivos y negativos que se viven en esta etapa, a los fines de que en el momento de desempeñar su rol materno se vea más facilitado el ejercicio del mismo desde el punto de vista de mayor preparación interna para enfrentar situaciones no previstas, conflictos y demás aspectos que forman parte de esta nueva etapa evolutiva.

# TERCERA PARTE

## **Conclusiones**

Este trabajo tuvo como objetivo fundamental analizar las experiencias, vivencias y prácticas realizadas durante de la etapa del embarazo en un grupo de madres recientes, entre las que se incluye la musicoterapia como herramienta de preparación y su relación con el desarrollo del vínculo de apego. De acuerdo con este planteo los resultados obtenidos nos señalan que cada práctica, cualquiera sea, ayuda a las madres a informarse y contactarse con diferentes aspectos del embarazo. Algunas de estas prácticas tienen como objetivo fundamental colaborar con el vínculo prenatal, mientras que otras solo se limitan a informar. Pero en todos los casos, ya sea más directa o indirectamente, las madres logran encontrar las herramientas que les facilita la vinculación con sus hijos.

El desarrollo de este vínculo prenatal será diferente en cada madre, cada una puede encontrar sus propias herramientas para lograr esta conexión. Pero es importante que la mujer logre relajarse y estar presente en cada momento de su embarazo, que pueda reconocer y trabajar sus miedos y ansiedades, que pueda expresar sus emociones, que tome conciencia del estado en el que se encuentra y que sus actividades se ajusten a este momento. Todo esto la ayudara a ir estableciendo de a poco el vínculo con su hijo y disfrutarlo desde la gestación.

Las entrevistas con las madres nos dieron la posibilidad de conocer cómo cambia, no solo el cuerpo de la mujer en el embarazo, sino también todas las emociones nuevas a las que debe enfrentarse y procesar de la mejor manera posible, cómo cambia su vida para siempre ya que llegará un nuevo ser que dependerá de ellas para siempre. La maternidad es algo mágico, un milagro, un momento en la vida de la mujer que cambia su existencia para siempre, por lo cual es importante que la viva desde su embarazo con la mayor conciencia y participación posible.

La música ayuda mucho a las madres a lograr dicho estado. La música brinda armonía, permite la unión mente- cuerpo, permite que el cuerpo se exprese, el cuerpo recibe las vibraciones y las convierte en emociones, permite hablar desde las emociones. A través de la música la mujer puede comunicarse con su bebé, con su pareja y consigo misma. Le facilita la comprensión y reconocimiento de sus emociones, ya que por muy buscado y esperado que sea un hijo, cambiará la vida de sus padres para siempre. Por eso como psicólogos tenemos que ayudar a que las madres vivan su embarazo y

maternidad de una manera real, no tan idealizada; es decir que puedan ser concientes de que tendrán que transitar por momentos de angustia, temor, enojo, cansancio, dolor, cambios, pero que todo esto también es parte de la maternidad y lo importante es que sepan que en algún momento va a suceder para que lo afronten y solucionen sin grandes crisis.

Se puede pensar que a través de los diferentes ejercicios que realizan tanto en las sesiones como en sus casas, las madres que realizaron los talleres asociados a la musicoterapia tendrían mayor predisposición para conectarse más participativamente con sus hijos, pudiendo sentir cada movimiento de ellos, imaginando sus rostros, percibiendo ante que música logran relajarse ambos, y fundamentalmente utilizando su propia voz (ya sea cantando, hablando, leyendo un cuento). Consideramos que este tipo de prácticas son favorecedoras del establecimiento de los espacios simbólicos que ayudan a la construcción del vínculo postnatal.

Por otra parte, muchas otras madres (incluyendo las que no hacen preparaciones o las que hacen otra tal como un curso preparto común) realizan este tipo de acciones es decir cantar, hablar y escuchar a sus hijos desde el vientre a veces de modo intuitivo, recurriendo a algún aspecto tal como diría Winnicott (1991) de la memoria inconciente de cómo ellas mismos han sido cuidadas. Por lo cual, no puede decirse que en las madres que no hicieron la practica asociada a la musicoterapia habría dificultades para conectarse con sus bebés, ya que mucho de esto se relaciona con otras variables (su historia, su relación de pareja, cómo viene ese hijo a sus vidas, etc.). Sin embargo se sostiene que al incluir de un modo más integral aspectos relacionados con la conexión vincular prenatal tal como la percepción de las sensaciones corporales propias y del bebé, se inicia una conexión con otro diferenciado, en vías del comienzo de un proceso de discriminación clave para establecer este vínculo con el recién nacido.

Algunas limitaciones de este trabajo fueron aspectos tales como que se investigó con un grupo pequeño de madres, asimismo, el grupo fue homogéneo es decir, todas eran mujeres de un mismo nivel socio-cultural, madres primerizas y con embarazos buscados y deseados. Desde este punto de vista, los resultados no pueden ser generalizados, sino que las conclusiones se dan en el marco de los casos investigados.

Por esto sugiero seguir investigando sobre este tema, incrementando el número de madres entrevistadas a los fines de profundizar en los hallazgos de este trabajo.

Finalmente desde la perspectiva personal, considero que llegar al final de este camino que recorrí durante tantos meses, junto a libros, entrevistas con especialistas, con protagonistas de distintas historias, viviendo nervios, ansiedades, miedos y muchas emociones; marca el final de una etapa y el comienzo de otra con todo lo que eso significa. Enfrentarme con la temática elegida, me ayudó a conectarme como mujer con la maternidad desde un lugar más real, visualizando cómo vive esta etapa cada madre y comprendiendo que todas tendrán una experiencia diferente y propia de cada una.

Como futura psicóloga, esta tarea me relacionó con una gran cantidad de información y conocimientos, permitiéndome contactarme con profesionales de otras áreas y descubriendo una hermosa área de trabajo. En este sentido es de gran importancia para nosotros, en el ejercicio de nuestra profesión conocer nuevas prácticas y disciplinas en las que podemos apoyarnos y trabajar interdisciplinariamente para brindarles un mayor bienestar a nuestros pacientes.

Como cierre de este trabajo me gustaría dejar una de las canciones que Laura Gabay utiliza para su trabajo, una de las “nanas” que las madres escuchan a lo largo de su embarazo:

**SERA.**

Será que ue  
Canto bem pra  
Você  
O que será que tu  
Ouves de mim?  
Será que eu  
Adormeço você?  
Ou será que és  
Um sonho pra mim?  
Será que eu

Me apresento a  
Você?  
Ou será que  
Sabes tudo de mim?  
Será que eu  
Sou bem bom pra  
Você?  
Será que tu  
Serás boa pra mim?

La traducción de esta hermosa canción en portugués es la siguiente:

Será que canto bien para ti  
¿o que será lo que tú escuchas de mi?  
Será que yo te arrullo  
¿o será que eres un sueño para mi?  
Será que debo presentarme contigo  
¿o será que tu ya sabes todo de mi?  
Será que soy tu bien  
¿o será que tu eres el mío?

# **Referencias Bibliográficas.**

- Arias, Virginia. *Curso parto o psicoprofiláctico*. Recuperado de <http://www.planetamama.com.ar/nota/curso-de-parto-o-psicoprofilactico?page=full>.
- Benenzon, O. Rolando (1992). *Manual de musicoterapia*. España: Ed. Paidós.
- Bowlby, John (1997). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Español, Silvia (2014). *Psicología de la música y del desarrollo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Federico, F. Gabriel (2011). *Musicoterapia prenatal, un preludio a la vida*. Recuperado de <http://www.musicoterapia.org.ar/pdf/ACTAS>.
- Federico, F. Gabriel (2004). *El embarazo musical*. Buenos Aires: Ed. Kier.
- Federico, F. Gabriel (2003). *Música prenatal*. Buenos Aires: Ed. Kier.
- Gabay, L. (2007). *El vínculo prenatal como base de la formación del vínculo posnatal. Un acercamiento desde el acompañamiento musicoterapéutico*. Disertación no publicada. Jornadas para residentes en salud mental Hospital El Sauce. Noviembre de 2007.
- Gadea, M. Rosario (2010). *La aplicación de la musicoterapia durante el embarazo y sus efectos terapéuticos en la mujer embarazada*. (Tesina de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Gavensky, V. Ricardo (1984). *Parto sin temor y parto sin dolor*. Buenos Aires: Ed. El Ateneo.
- Grimalt, Lua O. y Heresi, Eliana M. *Estilo de apego y representaciones maternas durante el embarazo*. Recuperado de [http:// www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)

- Gutman, Laura (2009). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: Ed. Del Nuevo Extremo S.A.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc Graw-Hill.
- León, O. y Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: Ed. Mac Graw-Hill.
- Mandeville, B. Peter (2005). El coeficiente de correlación interclase. *Ciencia UANL*, Vol. VIII, 3, 414-416
- Oiberman, Alicia. (2007). *Nacer, jugar y pensar*. Buenos Aires: Ed. Lugar Editorial.
- Oiberman, Alicia. *Vínculo y Apego*. Recuperado de <http://www.sap.org.ar>.
- Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo- Infancia y Adolescencia*. Cap.11.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Ed. Paidós.
- Videla, Mirta (2008). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Ed. Koyatun.
- Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

# APÉNDICE

## ENTREVISTA MADRES.

Nombre.

Edad.

Edad de los hijos.

Embarazos previos. (si ha tenido embarazos previos que no han llegado a término explicar cual fue la razón)

Ocupación.

1-¿Cómo se sintió durante el embarazo? ¿Qué podría contarme de ese momento de su vida? (tanto cambios físicos como emocionales)

2-¿Fue un embarazo planificado, esperado?

3-¿Trabajó durante el embarazo? ¿Hasta que mes?

4-¿Hizo algún acompañamiento o preparación pre-parto? (Si no hizo ningún acompañamiento o curso pre-parto comentar por qué no se hizo)

5-¿Cuánto tiempo?

6-¿Por qué decidió hacer esta preparación?

7-¿Siente que la ayudo pasar por esta preparación tanto durante el embarazo como después del mismo?

8- La preparación o acompañamiento que realizó durante el embarazo, ¿Le sirvió para poder conectarse con el bebé? ¿De qué manera?

9-¿Qué se acuerda del día del parto? ¿Fue parto natural o cesárea?

10-¿Cómo fue el primer encuentro con el bebé?

11- ¿Cómo fue la relación con el bebé los primeros meses?

12- ¿Durante el embarazo tenía un tiempo para relajarse y conectarse con el bebé?

13- ¿Hay algo que yo no le haya preguntado y le parezca importante destacar?

*Sensaciones físicas y emocionales vivenciadas a lo largo del embarazo y expresadas por las madres entrevistadas que realizaron la práctica de preparación vinculada a la musicoterapia.*

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Aspectos físicos	A-1- Malestar.	<p>“...al principio tuve que hacer reposo relativo porque era tratamiento...”</p> <p>“...al séptimo mes tuve cólicos renales y estuve complicada...”,</p> <p>“los primeros meses tuve sobre todo náuseas..., por ahí cansancio o pesada, tenía una hernia umbilical, tenía algunos dolorcitos porque tenía un mioma bastante grande...”</p>
	B-2- Bienestar.	<p>“...a nivel físico me sentí muy bien... tuve muy buena aceptación desde un primer momento...”</p> <p>“...hacía de todo, físicamente muy bien...”</p> <p>“a nivel físico muy bien, fue muy tranquilo el embarazo...”</p>
B- Aspectos emocionales.	B-1- Bienestar.	<p>“...yo estaba muy contenta...”</p> <p>“...emocionalmente me sentía acompañada...”</p> <p>“...fue un lindo embarazo...”</p> <p>“...a mí me gusto mucho estar embarazada, lo disfrute un montón”</p> <p>“... la sensación de dos en uno era fantástica...”</p>
	B-2- Ambivalencia	<p>“al principio del embarazo muy raro, estaba como demasiado sensible y a la vez irascible, como que no me encontraba...”</p> <p>“...al principio fue muy raro, a penas me entere porque era una sensación de una alegría muy grande pero a la vez difícil de procesar...”</p> <p>“...es un vínculo de mucho amor pero a la vez con alguien desconocido porque no lo puedes ver...”</p>
	B-3- Miedo/Ansiedad	<p>“...en el primer trimestre es el miedo de que el bebe este bien, que no tenga ninguna malformación, que este creciendo sano...”</p> <p>“Que le pasara algo malo a ella, que estuviera algo mal con ella...”</p>



<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Aspectos físicos	<p>A-1- Malestar.</p> <p>B-2- Bienestar.</p>	<p>“...tuve bastantes náuseas...”,  “...sufrí dolor de ciático y malestar en la espalda, tuve un poco de acidez...”  “...estuve siete meses en reposo...”</p> <p>“...no tuve complicaciones, ni enfermedades...”</p>
B- Aspectos emocionales.	<p>B-1- Bienestar.</p> <p>B-2- Malestar</p> <p>B-3- Miedo/Ansiedad</p>	<p>“...estaba muy feliz porque fue muy esperado...”</p> <p>“...estaba muy sensible a algunas cosas, lloraba mucho más”  “...me costó mucho porque a los 15 años me habían dicho que era estéril...”, “...los primeros meses fueron muy tediosos porque me cambio la vida...”</p> <p>“Miedo siempre tuve, yo siempre dije que no iba a tener hijos por el hecho de la demanda que tiene un bebe...”  “...temores de no poder seguir adelante con el embarazo...”  “...que ella naciera con diabetes que es la enfermedad que yo tengo de base...”  “...tenía miedo de que si ella nacía con alguna patología a causa de la diabetes si yo la iba a poder cuidar...”</p>

**Beneficios y razones de las diferentes prácticas realizadas por las madres durante el embarazo.**

## Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia

Categorías	Subcategorías	Observables
A- Beneficios.	<p>A-1- Ejercicios físicos y psicológicos enfocados al embarazo en sí mismo y al momento del parto.</p> <p>A-2-Inclusión del padre</p> <p>A-3- La música como instrumento de reconocimiento sensorial y organización.</p>	<p>“hacíamos ejercicios de focalización, en donde lo único que importaba era eso, no había ningún distractor...”</p> <p>“...principalmente en cuestiones de respiración, a concentrarme, a dejar que pase el dolor...”,</p> <p>“...Laura (musicoterapeuta) te enseña a conectarte desde otro lado, no hace falta hablarle, puede ser con música, ejercicios, focalizaciones; sentía que eso era más auténtico para mí...”</p> <p>“...el trabajo de parto fue buenísimo para poder aplicar todo lo que habíamos aprendido con Laura”</p> <p>“...con el papá también fuimos los 3 generando un vínculo hermoso...”</p> <p>“...los encuentros en pareja también fueron muy bonitos, así el papá también puede conectarse con el bebe”</p> <p>“...nosotros hacemos como rituales para que ella se vaya organizando con la música que nos paso Laura ...”, “...en la panza también era así, cuando nosotros nos acostábamos nos poníamos la música...”</p> <p>“...la música con la que trabajamos en las clases al día de hoy se la seguimos poniendo y cantando a Juli, ella las reconoce”</p>
B- Razones de la práctica.	<p>B-1- Recomendación.</p> <p>B-2- Iniciativa propia.</p>	<p>“...la contacté por una amiga que lo había hecho ...”</p> <p>“nos la recomendó la psicóloga de mi marido”</p> <p>“me la recomendó mi cuñada”</p> <p>“...cuando empecé con los cólicos a mi marido se le ocurrió que lo hiciéramos...”</p> <p>“...mi profesora de biodanza me comentó que durante su embarazo ella había hecho este proceso y me encantó”</p> <p>“...tenía ganas de hacer algo en relación al embarazo fuera de leer y lo encontré ideal, es como un espacio para la beba y para mí”</p>



<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Razones de no realizar ninguna práctica	A-1- Reposo  A- 2 Falta de motivación.	<p>“No hice curso pre parto porque me dieron reposo”</p> <p>“...siempre tuve problema para saber si iba a llegar, yo estuve un mes internada desde el sexto hasta el séptimo mes que ella nace...”</p> <p>“...no sentía la necesidad, cuando le pregunté a mi ginecólogo él no me dio mucho ánimo para hacerlo...”</p> <p>“...de entrada sabía que iba a ir a cesárea...”</p>

**Formas de contacto pre-natal entre la madre y el bebe, a partir de lo aportado por las distintas prácticas o las propias características de la madre.**

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Conexión sensorial.	<p>A-1- A través de lo auditivo (voz, Música)</p> <p>A- 2 A través de la piel (caricias, posturas, masajes)</p> <p>A-3- Relajación física a los fines de estar más tranquilas y vincularse más activamente</p>	<p>“...yo le cantaba, era un momento para nosotros dos”</p> <p>“...escuchaba la música que nos había dado”</p> <p>“...poner música, hablarle, me despertaba y la saludaba...”</p> <p>“...cuando estaba sola me acariciaba la panza...”</p> <p>“...hacía los ejercicios que había aprendido...”, “... le hablaba desde mis adentros...”</p> <p>“...me ponía en determinadas posiciones para sentirla más, hacía ejercicios de respiración...”</p>

**Formas de contacto pre-natal entre la madre y el bebe, a partir de lo aportado por las distintas prácticas o las propias características de la madre.**

<b>Madres que realizaron curso pre parto.</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Conexión sensorial.	<p>A-1- A través de lo auditivo (voz, Música)</p> <p>A- 2 A través de la piel (caricias, posturas, masajes)</p> <p>A-3- Relajación física a los fines de estar particular y personalmente más tranquilas.</p>	<p>“...le hablaba mucho, le cantaba...”</p> <p>“...yo una vez por semana iba a mi clase de canto y el bebe se movía diferente...”, “...era divino hablarle y ver su reacción...”</p> <p>“...le ponía música y cantaba y bailaba con ella...”</p> <p>“...me tocaba mucho la panza, me tiraba en la cama a tocarlo...”</p> <p>“...hacerme masajes en la panza...”</p> <p>“...trabajé porque mi trabajo es independiente y podía manejar mis tiempos, dormía mucho...”</p> <p>“...tenía todo el tiempo del mundo, a pesar que seguía trabajando había bajado el ritmo...”</p> <p>“...tenía tiempo para relajarme, acostarme, hacerme masajes, hacer las respiraciones”</p>

**Formas de contacto pre-natal entre la madre y el bebe, a partir de lo aportado por las distintas prácticas o las propias características de la madre.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Conexión sensorial	A-1- A través de lo auditivo (voz, Música)	“...los últimos meses cuando dormía por ahí de un costado no me podía poner porque ella me pateaba, pero en esos momentos le hablaba”

**Sensaciones y emociones que despierta el primer contacto piel a piel con el bebé, y maneras de vivir este contacto.**

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Sensaciones y emociones.	A-1- Felicidad  A- 2 Nervios	“...la reconocí como mi familia...” “...fue bonito, es un momento increíble...” “...fue lo mejor que me paso en la vida”  “fue un momento en el que estuve muy nerviosa porque sabía que no era en la guardia donde él tenía que nacer...”
B- Conexión a través del contacto piel a piel y la mirada	B-1- Contacto piel a piel.  B-2- Mirada.	“...la tenía sobre mi pecho, en mi corazón...” “...acariciarla...”, “... la abrazaba, acobijaba” “...me la pusieron en el pecho, intente darle la teta” “...tenerla en la teta y mirarla...”  “...cuando le vi la cara es como que supe como iba a ser...”, “...esa mirada fue recíproca, solo faltaba vernos las caras...” “...yo la miraba y me daba la sensación de que la conocía de toda la vida, no era una cara nueva para mí...”

**Sensaciones y emociones que despierta el primer contacto piel a piel con el bebé, y maneras de vivir este contacto.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Sensaciones y emociones.	A-1- Felicidad	“...fue hermoso, nunca pensé que fuera tan lindo” “...recuerdo sus ojitos brillantes, y mi llanto contenido de emoción” “...la sensación es como irreal...”, “...yo la vi y me sentí realizada” “...era tan chiquita, estaba calentita...”

**Sensaciones y emociones que despierta el primer contacto piel a piel con el bebé, y maneras de vivir este contacto.**

<b>Madres que realizaron curso pre parto</b>		
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observables</b>
A- Sensaciones y emociones.	A-1- Felicidad	“...es como una locura, es muy fuerte, es lo más fuerte que me paso en la vida...” “...ya cuando estás en la habitación tenes a tu bebe, no lo podes creer, es muy emocionante...”
	A- 2 Miedo	“...en un principio tenía miedo porque iba saliendo de la sala de parto y estaba toda adormecida y cansada...” “...tenía miedo que se fuera a caer...”
	A-3- Necesidad de intimidad.	“...no avisamos a ningún familiar así que estábamos los 3 solos...” “...le dije a mi marido que no quería que entrara nadie, quería que estuviésemos los 3 solos...”
B- Conexión a través del contacto piel a piel	B-1- Contacto piel a piel.	“... cuando llegamos a la habitación te hacen que lo pongas en la teta y ella se agarro perfecto...” “lo primero cuando en la sala de parto la sacan te la ponen un minuto cerca de la cara, le di un besito...”

### **Factores que influyen en el desarrollo de la relación post-natal.**

<b>Madres que realizaron la preparación en el marco de la musicoterapia</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Observables</b>
A- Relación post natal fácil.	“las primeras 2 semanas fueron muy buenas porque mi marido estuvo cien por cien con nosotras, para mí fue un poco más simple por la ayuda...” “...toma la teta re bien...” “...nos adaptamos muy fácil porque ella era muy tranquila...” “...la sonrisa de la mañana es hermosa...” “...yo la había esperado tanto”
B- Relación post natal complicada.	“...las segundas 2 semanas hasta el primer mes empezaron los cólicos...” “estuvo siete días en neo así que no pudimos tener mucho contacto esa primera semana...” “...se me complico el tema de la teta porque me lastimó” “Es un cambio muy grande, cambia la relación en la pareja, cambia todo...” “...es una mezcla de mucho amor, con una plenitud y mucho cansancio, no saber que hacer en situaciones nuevas...”

### **Factores que influyen en el desarrollo de la relación post-natal.**

<b>Madres que realizaron curso pre parto</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Relación post natal fácil.</b>	<p>“...no llora casi nunca...”</p> <p>“...él es un bebe muy tranquilo, lo único que hace es reirse...”</p> <p>“...duerme re bien...”</p> <p>“...me tiene loca de amor, al padre totalmente enamorado...”</p> <p>“...uno está cansada, con sueño pero el bebe te miro, te hizo una sonrisa y hace que todo valga la pena...”</p>
<b>B- Relación post natal complicada.</b>	<p>“...la primera semana estaba muy preocupada porque dormía mucho, engordó poquito...”</p> <p>“...duro porque no dormía de noche...”</p> <p>“...vos sabes que ese ser depende de vos para todo..., no podes hacer nada porque ese ser depende totalmente de vos, perdes tu independencia...”</p>

### **Factores que influyen en el desarrollo de la relación post-natal.**

<b>Madres que realizaron solo controles médicos.</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Observables</b>
<b>A- Relación post natal fácil.</b>	<p>“...duerme todo el tiempo, a la noche duerme seis horas seguidas...”</p> <p>“Ella estuvo un mes en neo y salió hecha una señorita porque ya venía con los horarios listos...”</p> <p>“Cada tres horas toma la teta...”</p> <p>“...gesticula un montón, ahora yo le hablo mucho más...”</p> <p>“...es lo que esperé por mucho tiempo y es increíble”</p> <p>“Divina, la gorda es un sol...”</p>
<b>B- Relación post natal complicada.</b>	<p>“...cambios en casa, en la pareja...”</p> <p>“Ella estuvo un mes en neo...ese primer mes fue muy desgastante...”</p> <p>“...fue muy difícil irme a mi casa sin ella, llegar y ver el moisés pero no tenerla a ella, sentís como que la abandonas...”</p> <p>“...hay que acostumbrarse a toda una nueva responsabilidad...”</p>

## ÍNDICE DE CONCORDANCIA.

Preguntas	Juez 1. Pertinencia	Juez 2. Pertinencia	Juez 3. Pertinencia
1	3	2	3
2	3	3	3
3	2	3	3
4	3	3	3
5	3	3	3
6	3	3	3
7	3	3	3

### Referencias:

- 1- No adecuada.
- 2- Medianamente adecuada.
- 3- Adecuada.

### Preguntas:

- 1) ¿Cómo se sintió durante el embarazo? (sensaciones y cambios durante el embarazo)
- 2) ¿Hizo algún acompañamiento o preparación pre-parto?
- 3) ¿En qué colaboró la preparación durante el embarazo o posterior a el?
- 4) ¿Durante el embarazo tenía un tiempo para relajarse y conectarse con el bebé?
- 5) La preparación o acompañamiento que realizó durante el embarazo ¿Le sirvió para conectarse con el bebé?  
¿De qué manera?
- 6) ¿Cómo fue el primer encuentro con el bebé?
- 7) ¿Cómo fue la relación con el bebé los primeros meses?

### Resultados obtenidos:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.888888889	3

### Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		lim superior	lim inferior	Valor	gl1	gl2	sig
Medidas individuales	0,727272727	0,343606067	0,939602954	9	6	14	0,0003797
Medidas promedio	0,888888889	0,610959452	0,97902302	9	6	14	0,0003797

Modelo de efectos aleatorios de un factor en el que los efectos de las personas son aleatorios.

## ENTREVISTA EUGENIA EMMER.

### **Desde tu experiencia ¿me podrías dar una definición de musicoterapia?**

Los encuentros pueden ser individuales o grupales, en general hago una primera entrevista con la mamá sola donde conversamos, veo el motivo de consulta, hago una anamnesis, averiguo el tipo de embarazo (si se ha previsto anticipadamente una cesárea, si es de alto riesgo, si hay alguna situación a tener en cuenta), esto también determina si se va a trabajar en grupo o individual.

El objetivo del proceso es brindar un espacio de contención y acompañamiento, utilizando herramientas desde la musicoterapia principalmente para alcanzar el mayor bienestar bio-psico-emocional-espiritual de la mujer gestante, favorecer el vínculo prenatal y favorecer al bebé por nacer con una estimulación musical adecuada. Los efectos están en la mujer, en la pareja, en el bebé, en el vínculo, en la preparación para el parto, en la crianza; y cuando es grupal en el intercambio con otras mamás y papás.

A veces hago encuentros de pareja y son maravillosos, es hermoso ver cómo los ayuda a los papás a habilitarse la dimensión de la paternidad que tiene que ver con la sensibilidad, el juego, la ternura, la posibilidad de aprender, de equivocarse, con una parte más maternal dentro de lo masculino y no solo con “papá proveedor” que es lo que está más instalado culturalmente.

### **¿En estos encuentros cómo trabajas?**

Cuando llegan les pregunto qué otras actividades hacen, hay mamás que vienen y están haciendo pilates o natación, hay otras que en paralelo están con algún curso de amamantamiento o algún curso pre parto, para mí es buenísimo cuando están haciendo algún otro curso porque sé que ahí les hacen una bajada de información, un poco bestial, pero que me ahorra un montón de tiempo. También he hecho abordaje desde ese enfoque y tengo una bibliotecita con algunos libros que los hago circular, se llevan un libro y lo leen, cuando vienen charlamos pero ya vienen más informadas.

En una misma sesión es importante pasar por el cuerpo, la escucha, por ahí se complica en la misma sesión poder usar todas las herramientas que quiero utilizar.

Por ejemplo tuve una mamá que empezó en la semana nueve, yo siempre aconsejo empezar recién en la doce después de la ecografía de los tres meses; pero en el caso de esta chica yo sentí que la tenía que acompañar, estaba necesitando acompañamiento. Esto no es un curso estructurado, es absolutamente artesanal, hay recursos que se pueden repetir pero voy construyendo con lo que cada mamá y pareja trae.

Cada encuentro depende mucho del tiempo con el que contamos para trabajar, el tipo de embarazo, el tipo de necesidad, en el primer encuentro lo que hago es ver cómo llega, qué le anda pasando y en función de eso elijo, es como que hay una paleta de posibilidades, hay recursos que utilizo bien específicos del trabajo con embarazadas como por ejemplo la técnica de relajación a través del movimiento, el trabajo de audición en movimiento tiene que ver más con bailar, es un momento de trabajar más con el cuerpo. Trabajo mucho con atención plena, técnicas más corporales, para situarse en el aquí y ahora, tomar conciencia del cuerpo, escucha y masajes vibracional con pelotas, improvisaciones musicales terapéutica libres o referenciales (libre es que no hay un tema, y la referencial es en relación a un tema específico), visualizaciones guiadas con música que permiten explorar ciertos temas, la música es una cinta transportadora que sostiene, permite sentirse seguro para viajar a territorios que en otro lugar pueden ser sentidos como amenazantes.

También hago mucho contacto con las manos, trabajo con la respiración y la escucha, el diálogo interno, en todos los encuentros hay un momento de contacto con el bebé, contacto con uno mismo para hacer contacto con el bebé. Un momento de pasar por el

cuerpo, de escucha interna, de atención plena para poder recibir lo que está presente, un momento de trabajo con las visualizaciones o con la improvisación o con la voz donde ahí es como más autoexpresivo y un momento de contacto con el bebé.

Algo que me parece hermoso de la música es que siempre cuando trabajas lo intramusical o lo inter-musical estás trabajando en lo intra-personal y lo inter-personal, entonces de alguna manera es como muy integrador el trabajo. Tanto como la música para mí es muy importante el silencio, la posibilidad de poder escuchar y recibir lo que está, es como un acto de amor, donde uno va haciendo las cosas que va sintiendo por amor. Hay un lugar de entrega y de recibir lo que está que me parece muy importante a la hora de gestar y de traer la vida de un bebé, es un acto de mucha entrega y hay una dimensión de lo desconocido. Es un lugar donde hacen contacto el embarazo y la maternidad, es un lugar de mucha profundidad.

## ENTREVISTA LAURA GABAY.

El embarazo es un momento de grandes cambios, la maternidad nos hace contactar con nuestros lados más claros y nuestros lados más oscuros, tanto la maternidad como el ser madre, nos contacta con estos lugares de falta que uno tiene y la sensación de “¿yo voy a ser capaz, voy a poder?”; y por otro lado nos contacta con la plenitud siempre y cuando esa mamá este profundamente conectada, porque sino puede contactar más con su lado oscuro y vivenciar un embarazo no tan agradable. En el embarazo siempre existe un alto contenido de culpa, yo lo trabajo mucho con las mamás.

Si yo no recibí un buen apego con mi madre la sensación es si yo voy a ser capaz de dar apego, la culpa entonces de que quizás no voy a ser buena madre. Hay algo que es muy fuerte que se reedita en el embarazo que es la tradición del linaje femenino a lo largo de la vida de cada embarazada, bastante inconsciente muchas veces aflora de un modo increíble al consciente y lo pueden poner en palabras. Es algo que es transmitido de generación en generación teniendo que ser cumplido de algún modo, casi como un kabalá, puede estar por ejemplo el dictamen que se hizo en algún momento de que los hijos hacen que las mujeres dejemos de tener una vida personal.

**Por ejemplo uno escucha a muchas mujeres que dicen que todas las mujeres de su familia han tenido malos embarazos o partos dolorosos.**

En el parto es donde más uno lo ve, por ejemplo en mi familia todas las mujeres fueron a cesárea y ¿quién soy yo para cortar ese pacto?, o todas tuvieron trabajos de parto larguísimos y complicados. Ahí hay que hacer un trabajo muy grande de corte de lo que uno trae como mandato familiar. Este mandato familiar va a tener que ver un montón en el apego porque si yo por ejemplo, viene este mandato de que el parto es doloroso y cruento, empiezo a generar una situación de tensión interna hacia mi situación de embarazo, más tirado sobre todo hacia el último trimestre.

Tampoco podemos ahondar mucho en la oscuridad de la mamá, en el embarazo es muy importante trabajar con la luz, la parte clara de la mamá, con lo que si puede, con aquello que va a hacer que los temores descendan. Todo esto influye directamente en el apego con su bebé. Una mamá muy miedosa no termina de contactar con el bebé por miedo a encariñarse y que al bebé le pase algo.

También hay mamás que de entrada uno ve un profundo contacto y comunicación profunda con su bebé. En esos casos me dedico a darle herramientas para que esa mamá pueda estar mejor, este más preparada en el parto, no necesito profundizar tanto en el apego. Además todas esas técnicas con las que se trabaja hace que el apego se profundice mucho más, porque en todas ellas el bebé maravillosamente desencadena reacción, desde la herramienta misma estas construyendo puente.

Yo intento no trabajar con el dolor, pero para mí es importante que las mamás sepan que es algo más de lo que puede suceder y trabajar aliadamente al dolor, todo hace que la mamá vaya cayendo en lugares donde el apego cambia. Por ejemplo hacer que tome conciencia de cuando está teniendo una contracción o que perciba como se mueve el bebé.

Si yo no puedo contactar con mis propias emociones, con mis propias carencias, con mis propias luces y demonios, es difícil contactar con otro ser humano y encima me tengo que hacer cargo y lo llevo adentro mío.

El apego se va construyendo como cualquier relación humana, no es que porque me quede embarazada e incluso fue un embarazo buscado, significa que yo voy a tener un buen apego derecho. Ese apego se va a ir construyendo en relación también con lo que me pase en el embarazo.

El tema de sentir al bebé tiene mucho que ver con cómo se puede percibir la mamá a ella misma, con el contacto que tiene con ella misma, que nivel de conciencia corporal tiene. Cuando la mamá siente que el bebé se mueve es más fácil empezar a trabajar el apego, porque mientras tanto está desde la fantasía y desde una ecografía donde lo ve.

Yo siempre digo que a mi me preocupa más una mamá que en el noveno mes a mi me dice “yo he tenido un embarazo divino, la verdad que si no fuera por el tamaño de panza que tengo no me entero que estoy embarazada”, me preocupa más esa mamá que la que tuvo náuseas o algún otro síntoma. La mamá que no tuvo ningún síntoma, que no referencia ningún tipo de cambio en nueve meses, tenemos muchísimas posibilidades de que esa mamá no se pueda apegar al bebé cuando nazca, porque ella continuó con su vida tal cual era y cuando se encuentra con el bebé de frente, la realidad la sobrepasa.

Es muy importante antes del nacimiento, el tiempo que la madre tiene que darse de estar a solas con su bebé, eso significa si está trabajando una licencia. Porque es importante la preparación del nido, eso también hace al apego.

Es muy bello también empezar a trabajar la intuición, el famoso instinto maternal, es buenísimo trabajarlo durante el embarazo porque hace al apego, y ese vínculo prenatal que estableces con tu hijo es lo que va a permitir el establecimiento de un vínculo postnatal más sano, es ir escuchando a tu hijo. Y ahí hay un profundo vínculo entre la música o la musicoterapia y las relaciones humanas, que es la escucha. La escucha es algo a desarrollar, no es algo muy innato. Nos pasamos interpretando lo que el otro esta comunicando, la comunicación no es direccional, hay mucho de metafórico en la comunicación.

Cada una de las cosas que voy trabajando con las mamás van armando este hermosísimo rompecabezas que son las relaciones, que es todo un tema a trabajar, y lo que se profundiza muchísimo es la escucha. La escucha no tiene que ver con la palabra, sino que tiene que ver con esto de estar atento a lo que esta pasando en el aquí y ahora. Hay diversidad de herramientas para trabajar la escucha; se trabaja desde la atención plena, desde la conexión con un mismo a través del cuerpo, desde ejercicios profundos y trabajados desde el sonido. El sonido tiene la capacidad de entrar por rincones que la palabra no puede o le llevaría el doble de tiempo, por lugares no tan concientes de la persona.

El trabajo de conciencia es súper importante, el trabajo de presencia que se llama, aprender a estar presente con uno mismo y con lo que hay. Desde este lugar yo trabajo un montón desde “recibo al dolor con cariño”, porque en esta ocasión el dolor esta siendo tu amigo, trae cada contracción y cada contracción te avisa que tu hijo está más cerca, es el único dolor en esta vida que vale la pena, tiene una significación de vida y amor.

El bebé arma con su mamá un estilo musical que tiene coherencia, armonía y un ritmo del cual no se sale. Arma lo que se llama una poliritmia musical, el bebé va al doble del corazón de la mamá; él sabe que mientras esta poliritmia este bien todo esta bien. Si el ritmo cardíaco de la madre cambia, el bebé sabe que algo en la comunicación entre ellos se rompió, el bebé interpreta que algo paso pero no que paso algo en el vínculo.

### **¿El problema es cuando eso se mantiene?**

Cuando esto siempre esta desvinculado de un modo u otro, no puede sentir que verdaderamente arma esa poliritmia, esa canción con su madre adentro del útero. El diálogo profundo que la madre tiene con el hijo es interno, aunque no le hable externamente. Además el apego se da desde el momento en el que la mamá se entera que esta embarazada, pero hay apegos que vamos a tener que reparar.

Es importante trabajar con el tema del deseo, porque en los casos en los que nos encontramos con un embarazo no tan deseado, en el fondo hay algo que esta haciendo que esa mamá no va a hacerse un aborto.

Además no es tan sencillo quedar embarazada, por eso cuando viene una mamá y me dice que la única vez que no se cuidó quedó embarazada, yo pienso que en esa mujer había un deseo muy grande más que una gran fertilidad.

### **Me podrías contar cómo es tu trabajo con las madres.**

Para mí hay como un pilar básico, los pilares son el trabajo respiratorio que lo trabajo desde distintos tipos de ejercicios, la respiración tiene que estar totalmente familiarizada, tiene que estar tan internalizada al momento del parto que no la tenga que pensar sino que salga de modo natural, es un trabajo profundo y reiterativo, todas las sesiones de un modo más o menos explícito se trabaja la respiración. La otra pata fundamental es ejercicios de atención plena y de enraizamiento, o sea tratar que la madre este lo mejor plantada en esta tierra y lo más presente posible consigo misma y con lo que hay; mientras más presente este la mamá y receptiva a escuchar lo que le esta pasando se puede trabajar, mientras más aceptante y menos juiciosa de lo que le esté pasando este mejor va a poder estar.

Una sesión transcurre medianamente en un espacio de escucha, para mí es muy importante escuchar cuáles son las quejas que trae la madre, porque la queja me va a decir también a donde yo tengo que trabajar y qué tengo que reforzar en esta mamá. El trabajo de la presencia se trabaja de un montón de formas, es la relajación y la conciencia corporal, es el trabajo activo a través de ejercicios de movimiento que me hacen entender donde estoy parada, cómo estoy parada, las posturas que estoy tomando, alinear el eje corporal. Tanto el trabajo de respiración como todo el trabajo de atención plena y corporal son sumamente importantes junto con la escucha, y el tercer pilar gigantesco, junto con todas estas herramientas el trabajo de un modo hilado que es el vínculo, pero una vez que tengo sustento para hacerlo.

### **¿Has tenido alguna madre con la que no has podido trabajar el vínculo?**

Desgraciadamente si, no son la mayoría pero las hay, generalmente con las mamás que me ha sucedido son mamás que han estado con problemas psicológicos importantes. Cuando veo esta circunstancia intento durante el embarazo derivar a psicólogo y hacer un trabajo en equipo.

### **¿A partir de cuándo es indicado empezar con este proceso?**

Los años me hicieron comprender que lo ideal es esperar la ecografía del tercer mes, cuando era más joven creía que era buenísimo empezar a penas la mujer se enteraba que estaba embarazada, pero la realidad es que es un porcentaje muy alto el de mamás que pierden sus embarazos en el primer trimestre, entonces favorecer o trabajar tanto con el apego en ese primer trimestre sin saber como viene la mano..., me paso de mamás que empezaron sus trabajos en la semana siete del embarazo y en la doce lo perdieron, y después hubo que trabajar mucho el desapego.

### **¿Tienen que hacer “tarea” en la casa?**

Si la tarea es que se comprometan en hacer los ejercicios, es un compromiso personal y te vas dando cuenta cuánto tiempo deciden dedicarle a su panza y a su hijo, los ejercicios que les doy son para que no duren más de diez o quince minutos por día, pero tengo mamás que llegan y me dicen que no tuvieron tiempo. Es ir entrenando a la mamá en que los tiempos van a cambiar y en estar presente.

### **¿Las sesiones son siempre individuales o a veces grupales también?**

Hago individual y grupal, trabajo mucho más individual, me encantaría trabajar más en grupo porque es precioso pero desgraciadamente es muy costoso armar grupos porque

no tengo 20 embarazadas juntas, me cuesta organizar los horarios de las madres que tengo. Lo máximo que he tenido en un grupo son diez madres.