
This is the **published version** of the article:

Gil Campos, Ana; Rodríguez Jiménez, Rosa María. Vida prenatal, memoria corporal y danza movimiento terapia : la DMT, un puente entre la vida prenatal y postnatal a través de la memoria corporal. 2017. 93 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/181484>

under the terms of the  license

Vida prenatal, Memoria corporal y Danza Movimiento Terapia

La DMT, un puente entre la vida prenatal y postnatal a través de la memoria corporal

Ana Gil Campos
Máster en Danza Movimiento Terapia
Universidad Autónoma de Barcelona
Tutora: Rosa María Rodríguez Jiménez
Junio 2017

Agradecimientos

A Gonzalo por su lucha encarnizada para dar orden a mis anárquicas comas... y lo que no vienen siendo comas. Gracias por apoyarme y quererme con ese corazón de artesano.

A mis compañeras de formación, acompañantes y testigos de esta experiencia a las que siempre llevaré grabadas en mis sentidos más sentidos.

A mis profesores Heidrun, María Elena, Peter y Carmen por esa mirada cuidadora a lo largo de este proceso de crecimiento.

A mi familia y amigos por confiar a pesar de no entender.

A Augusto por la humildad personal y profesional que contagia y que me ayuda a leerme con una mirada cada vez más tierna.

A mi tutora Rosa María por aceptar la propuesta y por sus consejos, sugerencias y aportaciones que sin duda harán que prosiga ahondando sobre el tema.

Y, finalmente..., a mi cuerpo por desvelarme recuerdos solo cuando estaba preparada para ello.

ÍNDICE

1) Resumen	p.4
2) Palabras clave	p.5
3) Presentación	p.5
4) Introducción	p.7
5) Objetivos generales y específicos	p.10
6) Metodología	p.11
7) Vida Intrauterina: el origen de la vida, nuestro origen	p.13
7. 1. Desarrollo fisiológico intrauterino	p.15
-Fertilización/concepción	
-Período germinal o preembrionario	
-Período embrionario	
-Período fetal	
7.2. El ser intrauterino: un ser sensitivo	p.21
7.3. El ser intrauterino: un ser en movimiento	p.23
7.4. El ser intrauterino: un ser cognitivo que aprende y sueña	p.26
7.5. El ser intrauterino: social, comunicativo y afectivo	p.27
7.6. El ser intrauterino: psiquismo fetal	p.33
8) La memoria: herramienta de continuidad entre el período prenatal y posnatal	p.44
8.1. Acercamiento al concepto de memoria	p.45
8.2. Memoria prenatal	p.49
8.3. Memoria corporal	p.53
-Memoria en el cuerpo	
-Memoria del cuerpo	
9) Abordajes terapéuticos entorno a la reelaboración de las experiencias prenatales y perinatales	p.58

10) La DMT: abordaje terapéutico para la reelaboración experiencias prenatales y perinatales	p.64
10.1. Fundamentos de la DMT	p.64
10.2. Confluencias y divergencias entre la DMT y la PPN	p.68
11) Discusión y conclusiones	p.81
12) Reflexiones personales sobre el proceso	p.85
13) Referencias bibliográficas	p.88

1. RESUMEN

Cada vez son más numerosas las voces que desde la psicología evolutiva y otras disciplinas insisten en la importancia de las vivencias prenatales en el desarrollo posterior del niño/a y de la persona adulta. La vida prenatal es el origen de nuestro devenir y, en muchas ocasiones, es una vivencia que permanece para muchos de nosotros en el olvido.

Sin embargo, parece que el cuerpo no olvida. Parece registrar minuciosa y concienzudamente en sus archivos aquellas experiencias que escapan a la conciencia, conformando lo que se denomina la **memoria corporal**.

Freud afirmaba que «la vida intrauterina y la primera infancia constituyen una continuidad menos interrumpida de lo que el parto nos hace suponer».¹ A su vez, desde la Danza Movimiento Terapia (DMT), se insiste en la importancia de las transiciones en los movimientos, en los rituales, como una manera de construir o de restablecer una **continuidad psíquica** a través del cuerpo y del movimiento. La vida prenatal y postnatal podrían hilarse a través de la memoria corporal con enfoques terapéuticos como la DMT, dando continuidad a la existencia y favoreciendo así una mayor **integración psicofísica** de la persona.

¹ Freud 1926, citado en Serrano 1997 p. 54, recogido en la tesina *Danza Movimiento Terapia, herramienta de apoyo durante el embarazo* de María Reis Carbonell Bejerano.

2. PALABRAS CLAVE

Psicología prenatal y perinatal (PNN). Desarrollo fetal. Memoria corporal. Memoria celular.
Danza Movimiento Terapia.

3. PRESENTACIÓN

En mi desempeño como psicóloga empecé trabajando con adultos y enseguida percibí que mi labor consistía en ser capaz de comunicarme con aquellos niños temerosos, avergonzados, tristes, enfadados, etc., que eran custodiados por esos cuerpos adultos. Decidí entonces centrarme en el trabajo con niños y adolescentes para poder más adelante acompañar a esos «niños hinchados de tiempo» (Beauvoir, 1972).

A continuación, el trabajo con niños de diversas edades (infantil, primaria y secundaria), desvió mi mirada hacia sus historias de gestación y nacimiento. De tal modo que, en ocasiones, observaba en ellos conductas de extrema supervivencia y escenas regresivas que me recordaban al ambiente uterino. Repasando la anamnesis realizada a los padres, encontré en varias ocasiones un punto en común: dificultades varias durante el embarazo o el parto.

Por lo tanto, se podría decir que mi motivación entorno a esta temática surgió de un hilo del que de manera fortuita he ido tirando tímidamente y que me está guiando hacia el origen de la vida.

Por otra parte, mi formación en DMT y mi propia vivencia corporal durante el máster me llevan irremediabilmente a hablar de memoria del cuerpo: **la memoria corporal** registra

todas aquellas experiencias vividas conservándolas en lo que podríamos llamar archivos del cuerpo, convirtiéndose este en un testigo de la experiencia vital de cada persona.

La relación entre moción, emoción y danza se basa en que comparten el mismo sustrato neuromuscular. Por lo tanto, a través del movimiento podemos alcanzar memorias corporales preverbales y modificar los circuitos neuromusculares. En base al Embodiment, se defiende que existe interrelación entre los cambios posturales o del registro de movimiento y los cambios psicológicos de forma bidireccional. Basándome en esta premisa, considero que el marco de la DMT puede ser útil para acceder a las fases preverbales del desarrollo vital, como son la vida intrauterina y el parto.

En la línea de legitimar las vivencias prenatales, vemos cómo varios autores defienden la existencia de una cognición y un mundo afectivo presentes ya en la vida prenatal. En la tesina «Danza Movimiento Terapia: herramienta de apoyo durante el embarazo» (Carbonell, 2007), la autora explica que varias investigaciones recogen la existencia de una comunicación emocional entre la madre y el bebé intrauterino a través de las secreciones hormonales. En concreto, Verny afirma que la excesiva secreción neurohormonal materna afecta al sistema nervioso autónomo (SNA) del feto, sobrecargándolo (Verny, 1998, citado en Carbonell, 2007).

En esta misma obra, la autora afirma: «Rossi y Check señalan que no es necesario un cerebro totalmente desarrollado para recordar, plantean la idea de la memoria celular en la que determinadas sustancias químicas llevarían los mensajes desde las 6 o 7 semanas del embarazo» (Lafuente 1995, citado en Carbonell, 2007).

Por lo tanto, parecen existir fuentes de investigación y literatura, alrededor del psiquismo prenatal, que justificarían la existencia de la memoria corporal y celular durante la

vida del bebé intrauterino y que podrían dar un marco teórico y una justificación al uso de la DMT como herramienta terapéutica para la reelaboración de experiencias vitales prenatales.

4. INTRODUCCIÓN

Para introducirnos en el tema, retomo las palabras de un poeta argentino, Martín Micharvega, exiliado en Madrid, que suenan así: «aquí (refiriéndose a Madrid) nunca nos creerán que fuimos niños»². Cuando escuché esta frase, inmersa en el objeto de estudio que hoy expongo, me vino a la cabeza inmediatamente este paralelismo «aquí (refiriéndome al mundo extrauterino) nunca nos creerán que fuimos fetos». Quizás el paralelismo no está del todo bien formulado, ya que el gran avance de los últimos años en las técnicas ecográficas, ha facilitado un importante acercamiento a la realidad intrauterina, pero sí me atrevería a decir que sin bien conocemos el origen de nuestra existencia, no terminamos de integrarlo en un sentido de continuidad existencial.

Hasta hace poco tiempo conocíamos muy poco respecto a la vida intrauterina y la observación directa de la misma parecía pertenecer al reino de las fantasías *voyeurísticas*. La vida fetal, debido a su naturaleza protegida, era considerada, a menudo, o bien como un mundo totalmente separado –como si la vida empezara realmente en el acto del nacimiento o aún bastante más tarde (...)– o, contrariamente, en el otro extremo, la vida mental del feto estaba sujeta a las especulaciones adultomorfas más silvestres, tales como atribuirle complejas fantasías y pronósticos respecto a su vida futura. En todo caso el feto era siempre comparado al adulto y cualquier reconstrucción de su vida y manera de funcionar se basaba en una práctica retrógrada, usando la adultez como punto de referencia y llegando mediante ella al feto. (Piontelli, 2002, p.8-9)

² Cita recogida en la presentación de Augusto Abello del libro: Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual. https://www.youtube.com/results?search_query=augusto+abello+blanco

Siguiendo esta línea, en la cultura china es tradición celebrar el día del cumpleaños en la fecha estimada de la concepción en lugar de festejarlo el día del nacimiento. Esta costumbre parece legitimar la importancia del período de gestación en la etapa vital de cada persona.

Lejos me encuentro de estar familiarizada con dicha cultura, pero mi formación en DMT, mi propia experiencia de desarrollo de vida prenatal y mi experiencia como psicoterapeuta me obligan a darle un lugar y un tiempo a esta cuestión. Antes de adentrarnos en el campo de la psicología prenatal, me parece importante contextualizar la temática y tener en cuenta que la trayectoria de esta disciplina es corta debido a su reciente nacimiento.

El campo de la psicología prenatal es un tema de reciente investigación, pues hasta la década de los años 70 no se habían obtenido resultados coherentes y rigurosos del comportamiento fetal. Estos trabajos han confirmado el importante papel que la experiencia sensitiva ejerce en el desarrollo del comportamiento antes del nacimiento, cuyos sistemas comienzan a funcionar en la vida prenatal. (Fifer y Moon 1988, citados en Sánchez y Beato, 2001, p. 87)

El inicio del interés científico por la vida prenatal se sitúa en los estudios realizados por el fisiólogo Preyer cuando en el año 1882 publica un estudio de observación sobre su propio hijo (Piontelli, 2002, p.30). Unos años más tarde, en 1885, este mismo autor publica *Spezielle Physiologie des Embryos*, obra en la que destaca su idea de que la motilidad fetal comienza bastante antes de la semana 12 y de que esta se generaría de manera **espontánea** y no como una mera respuesta a la estimulación externa (Piontelli, 2002, p. 31). El hecho de otorgarle a los movimientos fetales, un carácter **espontáneo**, constituye el primer paso para alejarnos de la cosificación y para considerar a cada feto como un ser único.

El fisiólogo hizo un paralelismo entre los movimientos del recién nacido y los del feto, favoreciendo así la idea de continuidad, y pudo reconocer y asociar movimientos anormales y

excesivos a fetos con alteraciones en su gestación. A su vez describió también que el feto bebía líquido amniótico (Piontelli, 2002, p.31).

Todo ello pudo confirmarse más tarde por la técnica ecográfica ya que, por ejemplo, el comienzo de la motilidad espontánea se sitúa alrededor de la semana 7,5, después de la última menstruación (Lanniruberto & Tajani, 1981; De Vries et al., 1982, citados en Piontelli, 2002, p.31) y los movimientos de chupeteo y deglución se han podido visualizar mediante esta técnica de manera muy nítida (Piontelli, 2002, p.31).

Otro de los autores de referencia en este ámbito es Prechtl, especialista en comportamiento fetal y en neurología neonatal. El autor habla de estados conductuales fetales y los define así:

Son situaciones temporales estables de las funciones neurales y autónomas conocidas como el dormir y la vigilia. Se caracterizan por un comportamiento distinto de ciertas variables actuando conjuntamente. La observación y grabación de estas variables (por ejemplo, movimientos oculares, ritmo de la frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio, patrón de EEG, motilidad) proveen de un método para poder seguir los estados conductuales durante largos períodos. (Prechtl 1985, citado en Piontelli, 2002, p. 36)

La posibilidad de acceder a la observación de dichos estados conductuales proporciona una fuente de información muy rica, posibilitando la creación de hipótesis demostrables sobre el desarrollo prenatal del bebé intrauterino, alejándonos del mundo de la especulación. Piontelli (2002, p.32) afirma que las primeras observaciones ecográficas datan de 1971 y fueron llevadas a cabo por Reinold que concluyó que se daban movimientos fetales alrededor de la semana 8 y 16 después de la última menstruación de la mujer. Desde entonces el gran avance en la técnica ecográfica en los últimos años permite la observación de los fetos en su ambiente natural sin ser molestados, sin constituir una técnica invasiva para la madre y para el feto, pudiendo llevar a cabo una observación del feto en su ambiente natural.

Gracias a dichas técnicas:

Las asunciones que se habían tomado hasta entonces desde la psicología evolutiva y la medicina se han ido *deconstruyendo*, favoreciendo la emergencia de una nueva imagen del bebé no nacido, convirtiéndose este en un ser sensitivamente desarrollado, reactivo a las condiciones del entorno, capaz de expresar sentimientos y sensible tanto al amor como al peligro.³ (Chamberlain, 1994; 1998b, citados en Piontelli 2002).

5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

General:

Explorar desde un marco teórico las posibilidades de la DMT para hilar la experiencia prenatal y postnatal, apoyándose en un continuo psicósomático, facilitado por la memoria corporal.

Específicos:

- Realizar un trabajo de revisión bibliográfica entorno al desarrollo fetal que permita tener una perspectiva global de la vida intrauterina (desarrollo fisiológico, afectos, psiquismo).
- Realizar un trabajo de revisión bibliográfica entorno al concepto de memoria y memoria corporal y contextualizarlo en el período prenatal.

³ Traducción propia

- Realizar una búsqueda entorno a las diferentes terapias existentes en la actualidad centradas en la reelaboración de la vida prenatal y perinatal y ver qué conexiones tienen con la DMT.
- Justificar desde un marco teórico los posibles beneficios de la DMT como modelo de intervención, para la reelaboración de las vivencias prenatales a través de la memoria corporal.

6. METODOLOGÍA

Este estudio se plantea como un trabajo de revisión bibliográfica y, por lo tanto, de carácter exclusivamente teórico y cualitativo.

La búsqueda se ha articulado a través de las siguientes palabras clave: Psicología Prenatal y Perinatal (PNN), desarrollo fetal, memoria corporal, memoria celular y Danza Movimiento Terapia y también a través de otros términos que han permitido acceder a la información de manera más indirecta: vida prenatal, psicología del desarrollo e infancia.

A su vez, la revisión bibliográfica se ha organizado alrededor de autores relevantes sobre la temática en cuestión: Alessandra Piontelli, Thomas R. Verny, David Chamberlain, Donald W. Winnicott y Daniel Stern, entre otros.

Se emplearon diversos portales de búsqueda de información: Google Scholar y ScienceDirect y el portal virtual de la biblioteca del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Además, se revisaron otras fuentes documentales como:

-Tesis de DMT de años anteriores.

-Publicaciones en las siguientes revistas especializadas: *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine; Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health; Pre and Peri-natal Psychology Journal.*

Finalmente, cabe destacar la importancia de varios organismos en torno a la temática, por la labor de recogida y de divulgación de información que ha facilitado considerablemente este trabajo: *The International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine; La Asociación Española de Psicología Perinatal y The Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health.*

La finalidad general de la búsqueda ha sido indagar sobre la hipótesis de continuidad psicósomática entre la vida prenatal y postnatal y su relación con la DMT como abordaje terapéutico.

Para ello parte de una exploración teórica sobre el período vital intrauterino en todos sus aspectos (fisiológico, afectivo y psíquico) como base sobre la que desarrollar la hipótesis de continuidad.

A continuación se detiene en el concepto de memoria corporal, rastreando diferentes autores y disciplinas, llegando a contextualizarlo en el período prenatal como elemento conectivo entre ambas realidades: pre y postnatal.

Finalmente se detiene en explorar qué disciplinas trabajan ya integrando dicha hipótesis y crea una base teórica sobre la que postular el uso de la DMT como abordaje terapéutico para reelaborar vivencias prenatales.

Pretende ser de utilidad para aquellas personas que se dediquen al trabajo clínico para que puedan acompañar a sus pacientes en procesos de reelaboración de vivencias tempranas y en favorecer una experiencia vital más integrada de sus pacientes.

Aspiro a que esta tesina establezca un marco teórico que sirva para inspirar futuros trabajos de investigación empírica entorno al uso de la DMT con personas que quieran reelaborar experiencias traumáticas prenatales.

7. VIDA INTRAUTERINA: EL ORIGEN DE LA VIDA-NUESTRO ORIGEN

Adentrarse en la fisiología del desarrollo prenatal resulta en mi opinión, tan imprescindible para asentar las bases de este trabajo como peligroso. El carácter absolutamente necesario del requerimiento al que hago alusión lo explican a la perfección los autores Sánchez y Beato (2001) cuando afirman: «para poder comprender el comportamiento fetal hay que tener en cuenta el **desarrollo fisiológico** y las capacidades del feto, destacando fundamentalmente las **capacidades motoras, sensoriales (gusto, oído, vista y olfato), las capacidades respiratorias y el valor fetal del corazón**» (p.89).

Sin embargo, este riguroso acercamiento científico de lo que acontece en la vida intrauterina puede de alguna manera transformar en frío objeto de estudio aquello que fue en su día nuestro origen, creando de alguna manera una distancia emocional y psíquica con nuestro pasado. Esta distancia puede surgir tanto de la racionalización de nuestra vida prenatal como de la homogeneización de las diferentes existencias prenatales, reducidas a fases y etapas evolutivas, sin tener en cuenta las diferencias individuales. Si consideramos que uno de los propósitos de este estudio se centra en favorecer la continuidad psíquica y emocional entre la vida prenatal y postnatal, debemos hacer un esfuerzo para que la rigurosidad científica no añada más distancia a una experiencia de vida aparentemente disgregada por exigencias del ambiente (intra-extra uterino).

Destaco al respecto las siguientes palabras: «la gestación humana no es únicamente un asunto de desarrollo biológico (fisiológico, anatómico, etc.), sino también un período de desarrollo psicológico»⁴ (Justo, 2014, p.240).

Me gustaría destacar que Piontelli dedicó un año de su vida a aprender a observar ecografías.

Un periodo en el que la autora destaca la posibilidad de crearse una idea interna diferente de lo que era el feto:

Pasando de una idea de una masa uniforme a una personita diferenciada y única con sus preferencias de movimiento elegidas entre una inmensidad de posibilidades. Lo que me sorprendió durante este período era la riqueza y complejidad de los movimientos que uno podía observar a partir ya de las primeras etapas. Los bebés podían chupar, estirarse, rascarse, bostezar, frotarse sus manos y sus pies mucho antes de que las madres pudieran percibir alguno de estos movimientos. (Piontelli, 2002, p. 10)

Resulta para mí de vital importancia poder emprender este capítulo con la debida precaución para no fomentar, tanto en el lector como en mí misma, una ruptura en la experiencia internalizada de nuestro ciclo vital. A su vez insisto en esta precaución con el objetivo de poder contribuir a la legitimación de la vida intrauterina, como un momento importante per se, perdiendo la visión adultocéntrica, que podría resumirse en ver al feto como un conjunto de células y órganos en proceso de convertirse en persona, perdiendo de tal manera el respecto a la individualidad de cada existencia in útero. En este sentido, la revista *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medecine*, publica lo siguiente en uno de sus artículos:

La idea del embrión/feto visto como un niño/adulto en miniatura es cierta si consideramos que el fisiólogo prenatal será capaz de aplicar su conocimiento sobre los diferentes sistemas en los individuos recién nacidos. Sin embargo, este puede no reconocer las múltiples maneras en las que la vida antes del nacimiento difiere de la vida después del nacimiento. Es un individuo que es completamente humano en su desarrollo que de manera autónoma, poco a poco y de manera continua, actualiza su

⁴ Traducción propia

propia forma con el objetivo de realizar, a través de una actividad intrínseca, un diseño presente en su propio genoma. ⁵(Kurjak & Tripalo, 2004, p. 363)

Partiendo de esta precaución, de alguna manera me siento más legitimada para navegar por el mundo intrauterino y exponérselo al lector desde sus inicios.

7.1. DESARROLLO FISIOLÓGICO INTRAUTERINO

FERTILIZACIÓN / CONCEPCIÓN

«El ser humano nace de la unión de dos células vivas: el **ovocito** y el **espermatozoide**, transmitiendo la antorcha de la vida a una nueva generación»⁶ (Kurjak y Tripalo, 2003, p.362).

Al proceso por el cual el óvulo o también llamada célula germinal es penetrada por un espermatozoide se le denomina **fertilización** o **concepción**.

Sin embargo, «la fertilización no es un momento puntual sino un proceso bioquímico complejo que requiere de un mínimo de veinticuatro horas para completar la denominada **singamia**»⁷ (Kurjak & Tripalo, 2004, p. 364), a través de la cual la información genética de ambos gametos (femenino y masculino) se fusiona dando lugar a una nueva célula diploide (que contienen un número doble de cromosomas, a diferencia de los gametos) con material genético combinado: **el cigoto**. En resumen, es por lo tanto una nueva célula fruto de la fusión ovocito-espermatozoide que contiene una combinación del material genético de ambos progenitores (23 cromosomas del padre y otros 23 cromosomas de la madre), dando lugar a una célula con 23 pares de cromosomas (Sierra García y Brioso Díez, 2006).

⁵ Traducción propia

⁶ Traducción propia

⁷ Traducción propia

En cuanto a la duración de esta transformación, algunos autores afirman: «el proceso por el cual la célula denominada cigoto, se convierte en un nuevo ser independiente, es decir el proceso de gestación durará alrededor de 38 semanas y se divide en tres etapas» (Herranz Ybarra y Delgado Egido, 2013):

- El período germinal, desde la concepción hasta las dos primeras semanas.
- El período embrionario, desde la tercera semana hasta la octava.
- El período fetal, desde la novena semana hasta el nacimiento.

ETAPAS DEL PERÍODO PRENATAL EN EL SER HUMANO	
PERIODO GERMINAL	Se inicia con la concepción e incluye los primeros quince días de gestación. En esta fase hablamos de cigoto (constituido por 46 cromosomas) y fruto de la unión entre un espermatozoide y un óvulo (compuestos por 23 cromosomas cada uno). Se forman dos estructuras vitales: la placenta y el cordón umbilical.
PERIODO EMBRIONARIO	Se inicia a partir de la tercera semana y finaliza en la octava semana de gestación. Es el período que da lugar a la formación de los diferentes órganos. Este desarrollo se organiza a través de dos dinámicas: proximodistal y cefalocaudal.
PERIODO FETAL	Se inicia en la novena semana y finaliza con el nacimiento. Es de vital importancia que el feto pueda fabricar una sustancia llamada <i>surfactante</i> , que permite que el oxígeno acceda del aire a la sangre.

Adaptación de la Tabla 2.1. Fases del período prenatal del ser humano (Herranz Ybarra y Delgado Egido, 2013, p. 35)

PERIODO GERMINAL O PREEMBRIONARIO - *Las primeras dos semanas después de la concepción* -

Durante los días inmediatamente posteriores a la finalización de la singamia, el cigoto padece un **dobles movimiento**: un movimiento en el espacio, consistente en el descenso por la trompa de Falopio hasta el útero (aproximadamente 3 días) y un movimiento interno a través de la **división celular mitótica**, también denominada **meiosis** —«proceso que supone la división de esta primera célula en dos idénticas, cada una de las cuales da lugar a otras dos y así sucesivamente» (Sierra García y Briosó Díez, 2006, p. 65)—.

Estas células se caracterizan por ser **indiferenciadas** y por ser **totipotenciales**; es decir, que pueden dar origen a células de cualquier tejido.

La primera fase de reproducción celular (desde la primera división en dos células hasta obtener 32 células), da lugar a una estructura celular llamada **mórula**: «en estos primeros días, el aspecto de este grupo de células es el de una mora, por lo que se denomina mórula» (Sierra García y Briosó Díez, 2006, p.65). Aproximadamente hacia el cuarto día, las siguientes divisiones celulares desembocan en una estructura más avanzada llamada «**blastocito o blástula** que se compone de alrededor de 80 células» (Sierra García y Briosó Díez, 2006, p.65). En definitiva, «el término “pre-embrión” incluye el desarrollo de los estadios desde la primera división celular del cigoto a través de la mórula y el blastocito»⁸ (Kurjak & Tripalo, 2004, p. 362).

Alrededor de 5 días después de finalizar la fecundación, el blastocito comienza su proceso de implantación en el endometrio del útero, que finalizará unos días más tarde, mientras que el número de células sigue creciendo y se va organizando en dos series diferenciadas (Kurjak & Tripalo, 2004). Un grupo de células se desplaza hacia el exterior y forma un anillo alrededor de otro grupo de células que se sitúan en el centro. «De la capa exterior nacerán la placenta, estructuras de soporte y protección y la interior dará lugar al embrión» (Sierra García y Briosó

⁸ Traducción propia

Díez, 2006, p.65). Aproximadamente 15 días después de la fecundación, el blastocito termina de anclarse a las paredes del útero, «asegurándose así los canales de alimentación y soporte entre la mujer y el ser en desarrollo» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p.65) y se da así fin al período germinal.

PERIODO EMBRIONARIO. *Desde la tercera semana hasta la octava semana*

El período embrionario comienza a los 16 días después del inicio del proceso de fertilización y se extiende hasta el final de la octava semana de gestación.

Piontelli (2002) afirma que, al comenzar este período, «no tiene lugar ya ninguna división celular y por ello están instauradas la continuidad e individualidad del desarrollo del ser intrauterino» (p.120). Antes de esta fecha, la división potencial del cigoto puede dar lugar a dos individuos separados.

Al empezar la tercera semana, las células que se reagruparon en el centro del anillo durante la fase germinal forman el denominado **disco embrionario** que comenzará a dividirse en **tres capas** y cada una de ellas dará lugar a diferentes sistemas. «Las células de la capa más interna o *endodermo* formarán el aparato digestivo y respiratorio; la capa media, o *mesodermo*, dará lugar a los músculos, huesos, sistema circulatorio, excretor y reproductor», mientras que la capa externa, o **ectodermo**, «dará origen a la piel, los órganos de los sentidos y el sistema nervioso» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p.66). Por otra parte, las células que se formaron en corona, alrededor del centro, también se irán modificando dando lugar a «los tres grandes sistemas de soporte del nuevo ser dentro de la madre: el saco amniótico, la placenta y el cordón umbilical» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p.66).

«En esta etapa se desarrollan los órganos y los principales sistemas del cuerpo: nervioso, respiratorio y digestivo. Es un período muy crítico en el embarazo puesto que el embrión es muy vulnerable a las influencias del ambiente prenatal» (Herranz Ybarra, Delgado Egido, 2013, p. 36).

Por lo tanto, el período embrionario se caracteriza por la diferenciación de las estructuras corporales en los distintos órganos y actividades de los mismos. De tal manera, «hacia la tercera semana, se pone en funcionamiento el primer sistema vital ya que un primitivo corazón empieza a bombear sangre y latirá con regularidad una semana después» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p. 66).

En esta etapa:

Aparece una distinción clara entre la cabeza y el cuerpo, e incluso se pueden distinguir los ojos, la nariz, el labio y la lengua (...) el estómago ya puede producir pequeñas cantidades de jugos digestivos, los riñones purifican la sangre y el sistema endocrino ha comenzado a producir hormonas. Igualmente, los ovarios (en el caso de las niñas) o los testículos (en el caso de los niños), aparecen ya formados. Al final del período embrionario todos los órganos están formados de forma muy primitiva por lo que el organismo necesitará varios meses más para poder estar en pleno funcionamiento. Esta es la etapa final, el periodo fetal... (Herranz Ybarra y Delgado Egido, 2013, p. 36)

PERÍODO FETAL - *Desde la novena semana hasta el nacimiento-*

Este período transcurre desde el tercer mes de embarazo hasta el nacimiento y el objetivo consiste en crecer y madurar para que, al finalizar el período de gestación, el **feto** pueda adaptarse y vivir de manera autónoma en el ambiente extrauterino.

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

compleja, y establecer sus funciones; asimismo, al principio de la etapa, aparecen ya las primeras células óseas. (Herranz Ybarra y Delgado Egido, 2013, p. 36)

Durante el tercer mes se produce un crecimiento rápido y uno de los principales hitos es la conexión de los órganos con la musculatura. Por otra parte, el cerebro y las terminaciones nerviosas comienzan a enviar información a los órganos y las extremidades (Sierra García y Brioso Díez, 2006).

«Durante el segundo trimestre no sólo se siguen consolidando los órganos del feto, sino que comienza el perfeccionamiento de sus funciones» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p. 66). En estos tres meses, uno de los órganos que más evoluciona es el cerebro que «multiplica su tamaño por seis y comienza a asumir el control de la respiración» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p. 67). La madurez cerebral del feto se pone de manifiesto ya que en ocasiones, «el cerebro del feto produce una actividad electroencefalográfica parecida a la de un recién nacido» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p.67).

Algunas de las estructuras que comienzan a diferenciarse son los dedos de las manos y de los pies o las raíces de los dientes. Aparecen también las cejas, las pestañas y el pelo, de hecho, el cuerpo se protege con una capa de pelo, el lanugo, que protegerá al feto del medio acuoso en el que se desarrolla. (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p.67)

«Los cambios que experimenta el feto a lo largo del último trimestre (entre la semana 25 y 38) garantizan su supervivencia fuera de la madre» (Sierra García y Brioso Díez, 2006, p. 67) y finalmente, a partir de la semana 29, podría darse una supervivencia del feto en un ambiente extrauterino (Herranz Ybarra y Delgado Egido, 2013).

En esta línea vemos cómo los pulmones empiezan a contraerse y expandirse rítmicamente, como una forma de ejercitar y preparar los músculos respiratorios para la vida extrauterina,

aunque el feto aún accede al oxígeno a través del líquido amniótico (Sierra García y Brioso Díez, 2006).

El peso del bebé también aumenta considerablemente debido al aumento de grasa corporal (cérvix), que tiene como objetivo proteger al bebé de los cambios de temperatura que tendrá que sufrir los primeros días después del nacimiento.

El parto sin duda constituye un fuerte cambio en la experiencia física, psicológica y emocional del feto, que experimenta la expulsión o extracción de un ambiente acuoso familiar y conocido a un ambiente frío, gravitatorio y desconocido. La tarea del neonato (primer de vida postnatal) consistirá en adaptarse a este nuevo medio ambiente.

7.2. EL SER INTRAUTERINO: UN SER SENSITIVO

«Desde el segundo trimestre de gestación (...) todos los sentidos funcionan en el ser no nacido, ejerciendo la sensorialidad fetal un papel esencial en el programa ontogenético humano» (Piontelli, 2002, p.89).

El tacto: según Humphrey (1978) «el feto reacciona por primera vez al roce en su mejilla alrededor de la semana 7 de gestación»⁹ (citado en Chamberlain, 2014, p.2/14).

Otras investigaciones llevadas a cabo por Hill, Breckle y Wolfram (1983) demuestran que, hacia la semana 10 de gestación «los corpúsculos de los dedos se desarrollan y; unos días después, las palmas de las manos son sensibles a los toques ligeros». Estos mismos autores defienden que la sensibilidad se va extendiendo poco a poco al resto del cuerpo, llegando al

⁹ Traducción propia

abdomen y nalgas hacia las semanas 15 y 17 y que, finalmente, hacia la semana 20 la sensibilidad táctil se ha generalizado ya en todo el cuerpo (citados en Piontelli, 2002).

La visión: Peleg y Goldman (1980) postulan que «entre las semanas 10 y 26 se puede observar cómo el feto es sensible a la luz que se proyecta desde el exterior a través del abdomen de la madre a pesar de que los párpados del feto aún permanezcan cerrados»¹⁰ (citados en Chamberlain, 2014, p.3). Piontelli (2002) afirma: «el nervio óptico, cuya función es transmitir la luz desde el ojo al cerebro, se forma en el segundo mes de vida fetal» (p.40). Lafuente (1995) adelanta que la sensibilidad del feto a la luz se pone de manifiesto alrededor de la semana 16 de gestación, produciéndose un cambio del ritmo cardiaco del feto ante dicha exposición (citado en Piontelli, 2002).

El gusto: de nuevo Humphrey (1978) postula que el sentido del gusto empieza a desarrollarse alrededor de las semanas 13 y 14 de gestación. Para esas fechas, las papilas gustativas empiezan a desarrollarse (citado en Piontelli, 2002) y «ya se pueden observar a través de las técnicas de ultrasonido los mecanismos de succión y deglución»¹¹ (Coward (1981), Mistretta y Bradley (1975), citados en Chamberlain, 2014, p.2). El ritmo de dichos movimientos de succión y deglución variará según si el sabor de la ingesta materna es dulce o amargo (DeSnoo (1937), Tatzler, Shubert, Timischi y Simbruner (1985), citados en Chamberlain, 2014, p.2).

Bradley y Mistretta (1975) afirman que estas experiencias gustativas prenatales podrían originar las preferencias gustativas de la vida postnatal (citados en Piontelli, 2002).

¹⁰ Traducción propia

¹¹ Traducción propia

El olfato: Piontelli (2002) afirma que el olfato empieza a desarrollarse hacia la semana 17. Las investigaciones apuntan a que en el momento del nacimiento el sentido del olfato está plenamente desarrollado, ya que «los recién nacidos buscan a sus madres por el olor del pecho, de la axila y del perfume de estas, diferenciándolas del olor de otras madres» ¹² (MacFarlane (1975), Porter (1991), Schleidt y Gensel (1990), citados en Chamberlain, 2014, p.3).

El oído: Johansson et al. (1964) afirman que el estudio a través de las técnicas de ultrasonido de las respuestas fetales a estímulos sonoros externos se ha medido analizando los cambios en la frecuencia cardiaca (citados en Sánchez y Beato, 2001).

Piontelli (2002) afirma que el perfeccionamiento del nervio auditivo tiene lugar a la semana 28; la apertura del canal auricular, a la semana 36; y las respuestas del cerebro fetal al ruido están ya totalmente maduras hacia la semana 35.

7.3. EL SER INTRAUTERINO EN MOVIMIENTO

«La motilidad fetal puede ser estudiada a través de un análisis cuantitativo y cualitativo de los patrones de movimiento intrauterino perceptibles a través de la técnica ecográfica» (Fredor-Freybergh y Hrubý, 2013, p.3).

En relación a las capacidades motoras intrauterinas, Piontelli (2002) afirma:

La motilidad fetal espontánea aparece y comienza a diferenciarse en una etapa muy temprana. El primer patrón de conducta, todavía confuso y poco claro, parece ser el representado por movimientos de categoría fugaz (...) pequeños cambios del contorno fetal que duran de medio segundo a dos segundos, que aparecen de la 7 a la 8,5 semanas aproximadamente, y consisten en flexión y extensión de la columna vertebral con un desplazamiento pasivo de brazos y piernas. (p. 32)

¹² Traducción propia

Publicaciones más recientes como la de los autores Fedor-Freybergh y Hrubý (2013) también apuntan a que los primeros movimientos espontáneos en los fetos humanos aparecen 8 semanas después de la fertilización (p.3). En el mismo artículo, los autores afirman que, aproximadamente diez semanas después de dicho momento, el feto es capaz de cambiar de postura en el útero y, hacia la semana número 15 «el feto ya posee un amplio repertorio de movimientos incluyendo movimientos independientes de las extremidades, rotaciones, movimientos de cabeza, bostezos, movimientos propios de la ingesta y la respiración, etc.»¹³ (Fedor-Freybergh y Hrubý, 2013, 3).

Tajani y Ianniruberto (1990) afirman que «el sistema vestibular debe de estar considerablemente desarrollado alrededor de la semana 10, puesto que el feto presenta ya un vigoroso repertorio de ejercicios que se pueden distinguir a través del ultrasonido»¹⁴ (citados en Chamberlain, 2014, p.3). Chamberlain (2014) afirma que en el repertorio de movimientos espontáneos participan todas las partes del cuerpo e incluye: «rodar, girar la cabeza, mover los brazos de manera ondulante, pegar patadas con las piernas, flexionar la espalda, el cuello y los pies, etc.»¹⁵ (p.3).

En referencia al conglomerado de movimientos espontáneos varios autores afirman lo siguiente: «este constante movimiento, interrumpido por breves períodos de descanso, configura un vehículo de autoexpresión del ser prenatal hasta el nacimiento»¹⁶ (Van Dongen y Goudie (1980), Roberts, Griffen, Mooney, Cooper y Campbell (1980), citados en Chamberlain, 2014, p.3).

¹³ Traducción propia

¹⁴ Traducción propia

¹⁵ Traducción propia

¹⁶ Traducción propia

Piontelli (2002) también observa a partir de la décima semana movimientos de «contacto mano y cara, desperezamientos, bostezos, abertura de la mandíbula y movimientos de la lengua» (p.33). Un poquito más adelante hacia la semana 12 de gestación se observa «contacto de mano y boca, movimientos de chupar y deglutir, así como movilidad fina en los dedos» (p.33). Alrededor de la semana 15, este abanico de movimientos parece haberse completado. Piontelli (1987) afirma que los movimientos fetales se dan mucho antes de que la madre pueda sentirlos, que suele ser aproximadamente hacia la semana 16 y 22.

Debido al crecimiento del feto, «los movimientos se hacen cada vez menos frecuentes en el último período de gestación a medida que este tiene menos espacio para moverse». Por otra parte, «el descenso en la motilidad espontánea en los momentos próximos al nacimiento también parece ser debido a una acción inhibitoria por parte de las estructuras cerebrales» (Michel y Moore (1999), citados en Fredor-Freybergh y Hrubý, 2013, p.3).

Los mismos autores, Fredor-Freyberth y Hrubý (2013), afirman que «algunos movimientos más generales como la respiración o los movimientos de boca aumentan a medida que avanza el período de gestación, mientras que otros movimientos más enérgicos como los sobresaltos disminuyen» (p.4).

Vries, Visser y PrechtI (1982) afirman que los movimientos que se observan en el tercer trimestre de gestación y después del nacimiento están ya presentes en la semana 14 de vida gestacional. Esto supone que el propio feto está ejerciendo una autoestimulación de sus capacidades motoras (Piontelli, 2002).

Por todo ello, la autora defiende que ningún patrón de movimiento neonatal se origina en el momento del nacimiento, sino que el desarrollo de las capacidades motoras del feto va a

permitir una mayor adaptación para la vida después del nacimiento, favoreciendo una experiencia de continuidad (Piontelli, 2002).

Según Prechtl (1984), el «impresionante continuum de las funciones neurales de la vida prenatal a la postnatal» es posible debido a «la importante serie de funciones preadaptativas que emergen de la vida prenatal, sobre todo durante la primera mitad de la gestación» (citado en Piontelli 2002, p.33).

7.4. EL SER INTRAUTERINO: UN SER COGNITIVO QUE APRENDE Y SUEÑA

Chamberlain (2014) describe a los seres intrauterinos como «seres con capacidad para percibir, aprender, memorizar y soñar»¹⁷ (p.4)

El autor en su artículo nos presenta uno de los primeros experimentos que se realizó para investigar el aprendizaje fetal, realizado por Albrecht Peiper en 1925. Este reveló que «en el feto se daba una natural habituación a la repetición de un estímulo auditivo».¹⁸ (Chamberlain, 2014, p.4)

A partir de entonces, han sido numerosos los estudios basados en habituación y condicionamiento clásico que han demostrado que los fetos perciben la estimulación sensorial externa y aprenden de las situaciones, poniendo de manifiesto la existencia de una unidad de registro en el feto (Ando & Hattori (1970), Feijoo (1981), Kisilevsky & Muir (1991), Kuhlman, Burns, Depp, & Newbery (1940) citados en Chamberlain, 2014, p.4).

¹⁷ Traducción propia

¹⁸ Traducción propia

Por otra parte, el aprendizaje intrauterino también se pone de manifiesto en la capacidad del feto para «sintonizar su llanto con la entonación, el ritmo y demás características de la voz materna»¹⁹ (Truby (1975) citado en Chamberlain 2014, p.4) y para recordar después del nacimiento, canciones y cuentos escuchados de manera reiterativa en el útero (Hepper (1988), Panneton (1985), citado en Chamberlain, 2014, p.4-5).

Finalmente, un dato importante que aporta luz sobre la actividad cognitiva fetal es el hecho de que existen estudios que prueban que el feto sueña mientras duerme: «estudios sonográficos detectan movimientos oculares propios de la fase REM del sueño hacia la semana 23 de gestación»²⁰ (Birnholz (1981), citado en Chamberlain 2014, p.5) y mediciones electroencefalográficas demuestran que «los bebés nacidos prematuramente sueñan en mayor medida que los demás bebés»²¹ (Roffwarg, Muzio & Dement (1966), citados en Chamberlain 2014, p.5).

Chamberlain (2014) nos recuerda que teniendo en cuenta que soñar es una «actividad cognitiva creativa que tiene sus raíces en el inconsciente, debemos sostener la idea de que los bebés intrauterinos están procesando sus propios pensamientos, sentimientos y sus experiencias de vida»²² (p.5), lo que podría poner de manifiesto la existencia de un sustrato cognitivo primitivo.

¹⁹ Traducción propia

²⁰ Traducción propia

²¹ Traducción propia

²² Traducción propia

7.5. EL SER INTRAUTERINO: SOCIAL, COMUNICATIVO Y AFECTIVO

Varios autores defienden que los bebés recién nacidos tienen una predisposición innata para la relación. Chamberlain (2014) afirma al respecto: «los bebés están socialmente orientados, buscando activamente estimulación e interaccionan con los padres usando facultades innatas para la comunicación»²³ (p. 5).

En esta misma línea, otros autores también defienden que los «recién nacidos son precoces comunicadores, procesando habilidades innatas para la comunicación»²⁴ (Papousek y Papousek (1992), Trevarthen (1977), citados en Chamberlain, 2014, p.5).

Trevarthen (1974) insiste en que todos los sonidos y gestos que realizan los bebés tienen un cariz intencionalmente social por naturaleza. Afirma que el interés por ciertas partes del cuerpo como la cabeza, los pies y los dedos están ya presentes en la semana octava de gestación, sugiriendo el carácter innato de la atención (citado en Chamberlain, 2014, p.5).

Teniendo en cuenta que tanto las capacidades sensoriales como motoras se inician ya en el ambiente intrauterino, ejercitándose para la vida postnatal, parecería ingenuo pensar que las conductas comunicativas y sociales que se observan desde el primer momento de vida, aparecen repentinamente en el momento del nacimiento.

Chamberlain (2014) defiende que, en el ambiente uterino, la vida es interactiva y las relaciones son esenciales en la experiencia vital prenatal (p.6).

Piontelli (2002) afirma que las interacciones entre gemelos en el útero incluyen juegos relacionales, patadas, golpes, caricias y se observarían a partir de la semana 20 del período

²³ Traducción propia

²⁴ Traducción propia

gestacional. En esta línea otros autores han observado los primeros contactos físicos entre gemelos a partir de la novena semana de gestación (Arabin & colleagues (1996), citados en Chamberlain, 2014).

Para Verny (1981) la comunicación entre el feto y la madre aparece en tres niveles diferentes: el nivel fisiológico, el nivel comportamental y el nivel que el autor llama «comunicación simpática» (p.76-77).

En relación al nivel fisiológico, Verny recoge los estudios del Dr. Stirnimann que demostraron que, meses antes del nacimiento, madre e hijo ya habían comenzado a acompasar y fusionar sus ritmos y respuestas, como por ejemplo las pautas de sueño del niño que quedaban fijadas, meses antes en el útero por su madre (Verny, 1981). El autor afirma lo siguiente:

«el vínculo posterior al nacimiento-que siempre se estudió como un fenómeno singular y aislado-en realidad era la continuación de un proceso vinculante que había comenzado mucho antes, en el útero»²⁵ (Verny, 1981, p.70).

También recoge varias investigaciones que ponen de manifiesto cómo la secreción hormonal de la madre (aumento de adrenalina), ligada a reacciones de ansiedad, miedo o malestar de esta producen cambios repentinos en la conducta del feto, volviéndose este inmediatamente más activo y ansioso (Verny, 1981, p.72).

En relación a la reciprocidad del vínculo, el autor añade un dato importante a nivel fisiológico: «el feto garantiza el éxito endocrino de la gestación y desencadena muchos de los cambios físicos que debe experimentar el organismo de la madre, a fin de sustentarlo y alimentarlo en el proceso prenatal»²⁶(Verny, 1981, p.85).

²⁵ Traducción propia

²⁶ Traducción propia

Este explica, por ejemplo, cómo «la placenta, que es un órgano del niño intrauterino, produce numerosas hormonas —entre ellas estrógeno, progesterona, gonadotropina coriónica, etc.— que mantienen el embarazo. Al producir dichas sustancias, el niño intrauterino participa activamente en su propia supervivencia» (Verny, 1981, p. 85).

De alguna manera, incluso en el nivel más básico de la relación (el nivel fisiológico), vemos que esta se sustenta en una **reciprocidad** de reacciones químicas y biológicas. Sin embargo, el autor afirma que ese vínculo interrelacional va más allá del intercambio hormonal.

En el nivel comportamental, se refiere a respuestas conductuales motoras que se observan tanto en la madre como en el feto. Verny (1981) recoge en su obra varios estudios que demuestran cómo «los niños intrauterinos patean cuando están incómodos, asustados, ansiosos o confundidos» (p. 77). El autor relata cómo el feto reacciona violentamente pateando cuando presencia discusiones o ante una estimulación auditiva excesiva.

En cuanto a la última vía de comunicación, «comunicación simpática» (Verny, 1981, p. 82), sería una manera de transmisión extrasensorial entre la madre y el feto a través de las emociones.

Tras observar las primeras dinámicas relacionales entre el recién nacido y la madre, diversos autores investigaron la posible aplicación de la teoría tradicional del apego al vínculo maternal-fetal y paternal-fetal.

Bowlby, en los años 50, definía el apego como «un sistema de comportamientos evolutivos que dan comienzo en el nacimiento y persisten a través de la edad adulta, motivados por y hacia la búsqueda de afecto, la exploración y los cuidados»²⁷ (Bowlby (1958), citado en Brandon, Pitts, Deuton, Stringer y Evans, 2009, p. 202).

²⁷ Traducción propia

Seguramente la imposibilidad de acceder a las técnicas ecográfica constituía en aquel entonces una barrera para otorgar a la vida intrauterina una realidad intersubjetiva afectiva. Sin embargo, contemporáneos a dicho autor, encontramos los trabajos de autoras como Deutch, Bibring y Benedeck que, desde el campo del psicoanálisis, hablan del apego prenatal como el proceso por el cual la mujer embarazada «enviste emocionalmente al feto con su energía psíquica»²⁸ (Brandon et al. 2009, p. 203).

En esta misma dirección, Rubin habla de un apego anterior al nacimiento e investiga las relaciones primarias concluyendo que la inmediata vinculación entre la madre y el neonato responde a procesos existentes ya en la vida prenatal. La autora define cuatro funciones que pone en funcionamiento la mujer en el período de gestación: «mantener tanto a ella misma como al bebé a salvo, asegurarse que el bebé es aceptado por las personas significativas, la conciencia de un nosotros, y la entrega de sí misma»²⁹ (Rubin, 1967a, 1967b, 1975, citados en Brandon et al. 2009, p. 205).

Desde entonces, varios son los autores que han investigado el apego prenatal (Cranley, Müller, Condon, etc.), pero una de las últimas definiciones sería la de Doan y Zimerman: «el apego prenatal es un concepto abstracto, que representa la relación afiliativa entre un padre y un feto (...) relacionada con las habilidades cognitivas y emocionales para mentalizar a otro ser humano (...)»³⁰ (Doan y Zimerman, 2003, citados en Brandon et al. 2009, p.207).

Se han desarrollado varias escalas para medir el apego prenatal (MFAS de Cranley (1981), PAI de Müller (1990) y MAAS de Condon (1993) citados en Brandon et al. 2009, p. 208-210). Sin embargo, dichas escalas solo miden la vinculación desde el punto de vista de la madre y del padre, dejando fuera de la ecuación la experiencia del ser no nato.

²⁸ Traducción propia

²⁹ Traducción propia

³⁰ Traducción propia

Varios autores invalidan el apego prenatal, ya que la premisa fundamental de la teoría original de Bowlby implica reciprocidad en la relación. Sin embargo, afirman que el apego prenatal solo puede ser investigado a través de la experiencia materna (Wilson et al. (2000) citados en Brandon et al. 2009, p.211).

En contraposición a esta postura, podemos decir que los avances en las técnicas ecográficas nos pueden dar una idea de reciprocidad en el apego prenatal basado en la movilidad y actividad fetal.

En esta dirección, otros investigadores registran que las madres con puntuaciones altas en los test de apego prenatal perciben más movimientos del feto (Zeanah, Carr y Wolk, 1990, citados en Brandon et al. 2009, p.211)

Esto podría ser debido tanto a una reciprocidad en la relación de apego, apelando a la capacidad subjetiva del feto a vivir el vínculo intersubjetivo con el entorno extrauterino como a que una madre que desarrolla un fuerte apego con el bebé no nato pueda ser más sensible a la percepción de dichos movimientos. Por lo tanto, se podría decir que los resultados no aportan mucha luz sobre la discusión.

Sin embargo, de nuevo varios autores subrayan cómo los recién nacidos son capaces de reconocer a la madre basándose en estimulación visual (Bushnell, Sai & Mullin, 1989, citados en Brandon et al., 2009, p. 213), en la voz de la madre (Fifer, Gomes-Pedro, Nugent, Young & Brazelton, 2002, citados en Brandon et al., 2009, p. 213) y en el olor de esta (Porter, Winberg, Varendi, Hopkins, & Johnson, 2005, citados en Brandon et al., 2009, p. 213).

En relación al nexo materno fetal, Raymond recoge lo siguiente:

Desde nuestro trabajo con experiencias perinatales, está claro que las emociones que la madre siente durante el período gestacional influyen fuertemente la creación de la personalidad del bebé en desarrollo. Estos patrones persistirán en la estructura de personalidad de cada individuo. Algunos se resolverán en el contexto natural de las experiencias del día a día, mientras que otros aspectos quedarán como características

dominantes a través del ciclo vital.³¹ (Netherton (1978), Verny (1981) Chamberlain (1982) citados en Raymond, 1987, p. 1)

Los mismos autores añaden que la depresión materna durante la gestación crea una fuerte predisposición a la depresión en el bebé durante su posterior vida adulta (Netherton (1978) y Verny (1981), citados en Raymond, 1987, p. 1).

Verny habla de dos caminos a través de los cuales se crea una impronta prenatal:

Aquella que ocurre en el sistema nervioso/en el sistema autonómico que depende de un cierto grado de desarrollo fisiológico (alrededor de los 6 meses de gestación) y una «memoria organísmica» que estaría constituida por las emociones maternas grabadas en las células del individuo desde la concepción.³² (Verny 1981, citado en Raymond, 1987, p. 1)

Beck alega que «más allá de las limitaciones sujetas a la observación, se dan fenómenos fetales intrauterinos complementarios al apego maternal y que estos deberían ser fruto de investigaciones futuras»³³ (Beck, 1999, citado en Brandon et. al 2009, p. 213).

En este sentido, Raymond (1987) sostiene que, si bien la impronta de la madre en el feto es indiscutible, este hecho no invalida la realidad de que alrededor de los 6 meses de gestación, el feto es un ser consciente, atento a la complejidad emocional, totalmente reactivo e interactivo hacia el entorno físico y emocional.

Sin embargo, alude a varios autores que hablan de una «gestalt intrauterina madre-feto»³⁴, donde este último no puede separar las experiencias y las emociones de la madre de las suyas propias, asociando ambas a un mismo *Self*. (Netherton, 1978 y Wilbur, 1980, citados por

³¹ Traducción propia

³² Traducción propia

³³ Traducción propia

³⁴ Traducción propia

Raymond, 1987, p.4). Concluye que el rol de las emociones maternas es esencial en la consciencia prenatal y focaliza nuestra atención directamente sobre el psiquismo fetal.

7.6. EL SER INTRAUTERINO: PSIQUISMO FETAL

El sí-mismo y sus límites están en el corazón de la especulación filosófica sobre la naturaleza humana, y el sentido del sí-mismo y su contraparte, el sentido del otro, son fenómenos universales que influyen profundamente en todas nuestras experiencias sociales. (Stern ,1991, p.16)

Piontelli (2002) en su obra habla de la importancia que tiene «la capacidad de **vivir mental y emocionalmente en el mundo externo**, una vez fuera de los estrechos límites del útero» (p.20-21)

Si leemos estas palabras fuera del contexto de su obra completa, pareciera que la autora sitúa el comienzo de la persona en el momento en el que el feto es expulsado/extraído del cuerpo, como si el continente tuviese el poder de otorgarle identidad al contenido.

Sin embargo, si seguimos leyendo, vemos que Piontelli abre el debate sobre el nacimiento psicológico del ser humano:

Hay analistas que consideran que el bebé no ha nacido psicológicamente hasta después de los primeros meses de vida postnatal, considerándolo una criatura sin «ego» que vive aún dentro de una especie de matriz postnatal. Por el contrario, otros analistas piensan que la vida mental opera desde el nacimiento y la mayoría de ellos consideran el hecho del parto como algo crucial que pone en movimiento el funcionamiento mental; piensan que el niño comienza a sentir y pensar solamente con el encuentro de otros seres humanos después del nacimiento. En la literatura psicoanalítica se hallan muy pocas referencias respecto a la posibilidad de la existencia en el feto de vida mental, funcionamiento del «ego» y conciencia, y de las posibles influencias de esta etapa previa, es decir, de la vida fetal, no solamente en el futuro desarrollo del individuo, sino también en el funcionamiento mental del bebé. (Piontelli, 2002, p.20)

El concepto de «Tábula Rasa» de Locke (Raymond, 1987, p.7), que haría referencia a la idea de asemejar al recién nacido a una pizarra blanca en la que las experiencias irán dejando huellas, es poco sostenible si tenemos en cuenta las observaciones ecográficas que revelan que desde el propio período de la gestación existen preferencias individuales y comportamientos marcadamente diferentes entre cada ser no nacido.

Piontelli (2002) afirma que, mediante la técnica de ultrasonidos, se observan interacciones entre gemelos in útero, incluyendo maneras de pegarse, darse patadas, juegos y caricias, a partir de la semana veinte del período gestacional. Arabin y otros autores (citados en Chamberlain, 2014) han observado que los primeros contactos entre gemelos, traducidos como «toques», se dan entre la semana 9 y 13 de gestación.

Numerosos psicoanalistas piensan que el mundo psíquico materno puede tener una gran influencia sobre el feto y orientar la estructura de su futura personalidad. Sin embargo, Piontelli (2002) afirma al respecto:

Otra vez, en este enfoque, se considera al feto como si no tuviera entidad propia y, llevado al extremo, se ve al feto como algo totalmente maleable, es decir una «tábula rasa», en la cual la madre deja su huella, y el embarazo se considera importante sólo en relación al estado de la mente de la madre. (p 20-21)

La autora parece afirmar que este planteamiento no hace más que adelantar cronológicamente el concepto de «tábula Rasa», llevándolo del nacimiento a la gestación, constituyendo así una forma de perpetuar la no individualidad del ser no nacido.

El concepto del *self* es de por sí complejo de aprehender en el contexto extrauterino, donde los cuerpos están físicamente diferenciados y separados, por lo que no es de extrañar que la polémica y la dificultad crezca cuando hablamos de un cuerpo contenido por otro.

Como afirma Laugling (2015):

El término *self* hoy en día se refiere a la esencia del ser de cada persona que lo hace absolutamente diferente del otro, pudiendo ser objeto de introspección y de reflexión. El sentido fenomenológico del *self* se refiere a la experiencia directa de sí mismo como diferente del otro (...) implica tanto los límites físicos como psicológicos y a su vez la continuidad física y mental a través del tiempo (...) se puede usar también el término para referirse a la psique y sus funciones mentales, incluyendo la intencionalidad, personalidad, ego, sentimientos, y procesos inconscientes, diferentes de las facultades mentales ajenas y continuas en el tiempo. (p. 277-278)

Son numerosos los autores que han querido dar su visión sobre el concepto del *self* y desde un amplio abanico de disciplinas (filosofía, antropología, sociología, psicología etc.). Sin embargo, teniendo en cuenta que no es el objeto principal de estudio de esta tesina, me limitaré a introducir el tema desde el prisma del psicoanálisis y ver qué lugar ocupa el psiquismo fetal en este paradigma.

En 1923, Freud publica un estudio sobre el yo (ego) que se emplea como sinónimo del sí mismo (*self*) y lo describe de la manera siguiente:

En todo individuo existe una organización coherente de los procesos mentales a la que denominamos su yo. Este yo incluye la conciencia y controla los accesos a la motilidad, es decir a la descarga de excitaciones en el mundo exterior» (citado por Lowen, 2010, p. 36).

El autor añade que, para Freud, el yo estaría situado de manera topográfica en la superficie del aparato mental, próximo al mundo exterior, debido a que requiere de la función de percepción: «las sensaciones y sentimientos sólo se hacen conscientes cuando alcanzan el sistema perceptivo» (Freud (1923), citado en Lowen, 2010, p. 37). El yo se fundamentaría, por lo tanto, en el sistema de percepción abarcando lo consciente. Sin embargo, el autor añade que el yo debe ampliarse a todo aquello que alguna vez fue consciente, incluyendo lo

inconsciente reprimido y lo preconsciente. «El yo como fenómeno psíquico se compone del sistema perceptivo y de todas sus percepciones pasadas y presentes» (Lowen, 2010, p. 37).

Esto irremediamente lleva a plantear las siguientes cuestiones:

¿El *self* dependería, por lo tanto, de la maduración de un sistema con un sustrato orgánico (sistema perceptivo)? Y, de ser así, ¿qué grado de interdependencia existiría?

¿Las experiencias prenatales y perinatales fueron alguna vez conscientes?

Freud no parece concebir la consciencia prenatal, ya que para él no existe una madurez fisiológica para la experiencia significativa hasta los dos o tres años de edad postnatal. El autor sí tiene en cuenta la experiencia del nacimiento como un hecho traumático que puede estar relacionado con experiencias ansiógenas en la vida adulta, pero asocia el material psicológico relacionado con el nacimiento al mundo de la fantasía antes que al de la memoria (Chamberlain, citado en Khamsi, 1985).

Si seguimos los pasos del psicoanálisis, vemos cómo, a pesar de que muchos autores siguen la línea de Freud, algunos otros se alejan de su postura como Rank, Winnicott y Fodor.

Para Rank, el nacimiento es un trauma universal que mantiene sus efectos a largo plazo y que es central en la vida psicológica de cada individuo. Por lo tanto, no solo asocia el trauma del nacimiento a momentos ansiógenos del desarrollo vital como lo hacía Freud, sino a la totalidad de la experiencia psicológica de la persona. (Khamsi, 1985).

Por otra parte, tiene en consideración la vida intrauterina como una experiencia dichosa y agradable que viene a ser interrumpida por la experiencia del parto. «El ego retrocede desde la ansiedad del nacimiento y la represión masiva borra los recuerdos del nacimiento y de la

gratificante experiencia in útero»³⁵ (Khamsi, 1985, p. 7). El autor no parece vislumbrar la existencia de un ego en el bebé no nacido, aunque sí introduce la vida intrauterina como un momento vital a tener en cuenta en la experiencia psíquica de la persona.

Por su parte, Winnicott también le da importancia al trauma del nacimiento y sostiene que puede ser un material mnésico importante a recuperar en el contexto terapéutico, por lo tanto parece que Winnicott estaba abierto a la posibilidad de la existencia de traumas perinatales (Khamsi, 1985).

A su vez, el analista húngaro Fodor afirma que los sueños reflejan material natal y prenatal y sus intervenciones se dirigen a relajar el trauma del nacimiento e integrar material prenatal poniendo el énfasis en el origen prenatal de la conciencia y del trauma. Consideraba sus análisis completados cuando se conseguía alcanzar los niveles prenatales de la mente (Khamsi, 1985).

Por lo tanto, parece que en la línea del psicoanálisis algunos autores se desvinculan de la línea freudiana de que el psiquismo no puede concebirse en un estadio previo al nacimiento debido a la falta de maduración biológica y amplían el campo de visión a la vida prenatal.

A su vez, a pesar de las divergencias en las diferentes orientaciones psicoanalíticas, estas parecen converger en la idea de que el nacimiento supone un hito en la experiencia vital de cada persona, independientemente de si ligamos el nacimiento a una experiencia traumática o a una experiencia de éxito según los diferentes autores y las circunstancias del parto. Este consenso lleva, inevitablemente, a plantear la siguiente contradicción: ¿de qué manera podemos hablar de trauma del nacimiento si consideramos que no existe una estructura egoíca en la que ejercer ese trauma? Por muy primitiva que sea dicha estructura, debe de

³⁵ Traducción propia

existir una organización primaria del yo sobre la que se inscriba el trauma del nacimiento al que aluden los psicoanalistas.

Otro autor que profundiza en relación al concepto del *self* es Stern (1991). Este sitúa nuestra vivencia relacional en el centro de la construcción del sí mismo como elemento organizador de la experiencia y defiende la existencia de sentidos del sí mismo en formas preverbales.

Es un supuesto básico de nuestra postura que algunos sentidos del sí-mismo existen desde mucho antes que la autopercepción y el lenguaje. Entre esos sentidos se cuentan el de ser agente, el de la cohesión física, el de la continuidad en el tiempo, el de tener intenciones en la mente (...). La autorreflexión y el lenguaje operan sobre esos sentidos preverbales existenciales del sí- mismo, y al hacerlo no sólo revelan su existencia en curso, sino que los transforman en experiencias nuevas. (Stern, 1991, p. 17).

El autor se pregunta qué tipo de sentido de sí mismo podría existir en una etapa preverbal y concluye que el sí mismo se asemeja en los primeros momentos de vida a una «percepción» repetida que no llega a ser autorreflexión. Hace, por lo tanto, una diferenciación entre experiencia directa y concepto. Según él, sería el «patrón constante de percepción lo que daría pie a una experiencia subjetiva organizada» (Stern, 1991, p. 18). Para el autor, el sí mismo comenzaría en el momento del nacimiento y su primera forma sería la de «sí mismo emergente» que iría principalmente desde el nacimiento hasta los dos primeros meses de vida postnatal y se crearía entorno a esta idea de «percepción» (Stern, 1991).

El autor no habla explícitamente de un sí mismo prenatal, aunque lo deja caer tímidamente entre paréntesis en una de sus afirmaciones: «si damos por sentado que algunos sentidos preverbales del sí mismo empiezan a formarse en el nacimiento (**si no antes**)» (Stern, 1991, p.17). Además, las percepciones sobre las que construye el concepto de «sí mismo emergente» (experiencia directa repetida, búsqueda de estimulación sensorial, preferencias y tendencias innatas, etc.) serían válidas para la etapa prenatal, como lo demuestran las

últimas investigaciones ecográficas que ponen de manifiesto como la vida intrauterina supone un período de entrenamiento de las funciones que se pondrán en marcha después del nacimiento. La idea cada vez más consolidada de continuidad entre la vida prenatal y postnatal tiñe de cierta incongruencia el considerar el inicio del «sí mismo emergente» en el momento del nacimiento, ignorando las relaciones que se crean in útero fruto de la sensibilidad a la estimulación del bebé no nato (sonidos, voces, movimientos, relaciones con gemelos in útero y relaciones con la estimulación externa).

Maiello se hacía la siguiente pregunta:

¿La presencia o ausencia de la voz de la madre podría darle al bebé intrauterino una pincelada de presencia o ausencia sobre la que construir proto ideas de ausencia y pérdida? Esta cuestión podría dar alguna idea acerca de la distancia y una diferenciación entre la voz y el oído, una diferenciación entre el yo que escucha y el yo al que no le hablan, lo cual da una idea de la formación del ego. El yo crea un nosotros con la voz, la ausencia de la voz me da la experiencia de ausencia, en mí mismo, el bebé.³⁶ (Blazy, 2012, p. 255-256).

Estas hipótesis podrían responder a dos de los cuestionamientos que planteaba anteriormente: «¿las experiencias prenatales y perinatales fueron alguna vez conscientes?» y «¿de qué manera podemos hablar de trauma del nacimiento si consideramos que no existe una estructura egoíca en la que ejercer ese trauma?».

Podría ser que, a través de la experiencia organizada de «percataciones» in útero, se pueda llegar a crear un sentido del *self* emergente o primitivo no autoreflexivo en el que queden grabadas las experiencias prenatales y perinatales.

En este sentido, Stern (1991) añade:

³⁶ Traducción propia

Cuando las diversas experiencias se vinculan de algún modo (son asociadas, asimiladas, o conectadas), el infante experimenta la emergencia de la organización. Para que el infante tenga algún sentido del sí-mismo formado, debe haber en última instancia alguna organización sentida como punto de referencia. La primera organización de ese tipo tiene que ver con el cuerpo: su coherencia, sus acciones, sus estados sentidos internos, y el recuerdo de todo esto. (p.52)

El término “percatación” acuñado por Stern y su concepto de yo corporal nos llevan directamente a pensar en sistema perceptivo y en madurez fisiológica y por ende a la primera cuestión que planteaba:

“El *self* dependería por lo tanto de la maduración de un sistema con un sustrato orgánico (sistema perceptivo) y de ser así ¿qué grado de interdependencia existiría?

En este sentido Chamberlain (2014) concluye:

La visión que ha prevalecido durante años sostiene que el cerebro de los no natos y de los neonatos era insuficiente para albergar actividad cognitiva, emocional y perceptual, incluyendo la percepción del placer y la de los padres (...). Sin embargo, investigaciones contemporáneas revelan un ser no nato, diferente de lo descrito con anterioridad, bien equipado de sentidos, reactivo a las condiciones ambientales, expresivo en emociones y receptivo al amor y al peligro.³⁷ (p. 289)

Según el autor, estos descubrimientos sugieren que los seres no natos poseen una «psique» en el sentido original de la palabra, mente, *self* y alma.

Según Verny y otros investigadores, la consciencia empieza ya en el útero, alrededor de los seis meses de gestación, mientras que otros consideran que empieza en el momento de la concepción misma (Raymond 1987).

Podemos concluir que, para algunos autores, la madurez fisiológica del feto es suficiente para que de manera primaria podamos hablar de un psiquismo fetal presente antes del nacimiento,

³⁷ Traducción propia

capaz de crear patrones de percataciones que organicen la experiencia sensorial y psíquica del ser no nacido.

Sin embargo, no podemos reducir la madurez fisiológica únicamente al funcionamiento del cerebro: «quizás el mayor hándicap de los profesionales fue la idea de que el cerebro era una medida completa de la mente, el self y la psique»³⁸ (Chamberlain, 2014, p. 289).

Según otros autores, tanto el desarrollo cerebral como el psicológico son paralelos, pero no equivalentes: «la maduración cerebral restringe el momento de aparición de las características psicológicas de nuestra especie y, aunque ésta sea necesaria, no es suficiente para la realización de los fenómenos psicológicos»³⁹ (Kargan y Baird, 2004, p. 93).

A su vez, Raymond (1987) recoge las observaciones científicas y filosóficas de Penfield, exponiendo que «el cerebro y la mente son dos elementos con funciones integradas pero separadas y que la energía y funcionalidad de la mente no puede ser aprehendida por el sistema de transmisión neuronal del cerebro»⁴⁰ (p. 7).

Estos autores se desmarcan del nuevo paradigma «cerebrocéntrico» que parece sustituir el clásico dualismo mente-cuerpo por uno nuevo, pero igualmente reduccionista: mente-cerebro. El yo corporal de que habla Stern podría ir más allá del funcionamiento cerebral teniendo en cuenta el cuerpo en su totalidad.

Según Freud, el yo es ante todo un yo corporal y «el yo se deriva en último término de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas que proceden de la superficie del cuerpo». (Freud, citado por Lowen, 2010, p.38). Lowen añade al respecto: «esto no es la sensación corporal, ya que ésta implica una percepción sino el proceso más profundo de formación de impulsos en el organismo» (Lowen, 2010, p.38).

³⁸ Traducción propia

³⁹ Traducción propia

⁴⁰ Traducción propia

El mismo autor afirmaba que «el fundamento de las técnicas bioenergéticas es que el yo no sólo comprende las percepciones, sino también aquellas fuerzas internas, «los elementos indeterminados» de Freud, que dan origen a las percepciones» (Lowen, 2010, p.37-38)

Por otra parte, Damasio (2013) introduce una idea similar al elucubrar sobre la base somatosensorial de la génesis del Yo: «las señales corporales tempranas, tanto en la evolución como en el desarrollo, ayudaron a formar un «concepto básico» del yo; este concepto básico proporcionó la referencia fundamental para todas las demás cosas que tuvieron lugar en el organismo (...)» (p. 323). Y añade:

Las representaciones primordiales del cuerpo propiamente dicho en acción podrían desempeñar un papel en la consciencia. Proporcionarían un núcleo para la representación neural del yo y así suministrarían una referencia natural para lo que sucede en el organismo, dentro o fuera de sus límites (...). (p.318)

Podríamos hacer un paralelismo entre el «sí mismo emergente» de Stern (1991) y la concepción del Yo de Damasio. Como hemos comentado con anterioridad, el concepto de Stern engloba las percataciones somatosensoriales que se organizarían en un «patrón constante de percataciones» de carácter preverbal y que escaparía al acto autorreflexivo. Paralelamente Damasio afirma: «existirían sucesivos estados del organismo, cada uno de ellos representado de nuevo a nivel neural, en múltiples mapas concertados, momento a momento, y cada uno de los cuales aseguraría el yo que existe en cada momento concreto» (p.318). Estos «estados sucesivos del organismo, representados a nivel neural» se podrían asemejar a las «percataciones» que son organizadas pero no conscientes.

En este sentido, para Stern «el sí mismo emergente» no es capaz de autorreflexión como tampoco lo es en cierta medida el concepto de «yo neural» de Damasio (2013, p.318) que

acude al concepto de «metayó» para hablar de la consciencia de la propia subjetividad. (Damasio, 2013, p. 321-328).

Vemos por lo tanto que tanto de las teorizaciones de Stern, como de las de Damasio se destila una visión progresiva de la construcción del yo, originada en ambos casos en un sustrato somatosensorial que se aleja de una visión dicotómica y excluyente entorno a la idea de ausencia o presencia de conciencia subjetiva del sí mismo.

8. LA MEMORIA: HERRAMIENTA DE CONTINUIDAD ENTRE EL PERÍODO PRENATAL Y POSTNATAL

La doctora Pionelli elaboró un estudio longitudinal consistente en realizar un seguimiento del desarrollo de varios niños desde el período gestacional (a través de la observación sistemática de ecografías), pasando por su nacimiento y hasta los primeros 5-6 años de vida postnatal. La propia autora afirma al respecto:

Mis hallazgos sugieren una continuidad remarcable en aspectos de la vida prenatal y la postnatal. No quiero decir con ello que la «herencia» sea más importante que el «ambiente». Lo que realmente pienso es que mis hallazgos sugieren que el interjuego entre «herencia» y «ambiente» comienza mucho antes de lo que normalmente se piensa, y que ciertas experiencias prenatales pueden ejercer un efecto emocional profundo en el niño, especialmente si estos acontecimientos prenatales se ven reforzados por experiencias postnatales. (Pionelli, 2002, p.17)

A raíz de su investigación, concluye que «la continuidad es realmente el hallazgo fundamental que expongo en el libro» (Pionelli, 2002, p.17), anunciando que «la unidad continua de todos nosotros, con nuestro pasado prenatal, se tornará evidente para cualquier lector» (Pionelli, 2002, p.26).

Los diferentes casos que expone la autora confirman la persistencia postnatal de los mismos patrones conductuales, actitudes presentes antes del nacimiento e incluso la representación por parte de los niños de situaciones experimentadas en el período uterino.

Esta idea de continuidad implica necesariamente un sistema de registro de las experiencias uterinas, más o menos consciente pero accesible en la etapa postnatal. Levine (2015) afirma: «a través de la memoria mantenemos un hilo de continuidad uniendo presente y pasado»⁴¹ (p. 5).

8.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE MEMORIA

Verny (2014) escribe:

El aprendizaje y la memoria constituyen dos de las facultades más destacables de nuestra mente. Aprender es el proceso biológico de adquisición de conocimiento sobre el mundo, y la memoria es el proceso de retención y reconstrucción del conocimiento a través del tiempo (...). En gran medida lo que hemos aprendido y lo que recordamos y olvidamos define quienes somos.⁴² (p. 16)

Levine, doctor en biofísica médica y psicología, expone una división general de la memoria en dos grandes bloques: «**memoria explícita**», que tendría un carácter **consciente** en contraposición a la «**memoria implícita**», ligada al contenido **inconsciente**. Ambas tendrían funciones diferenciadas y operarían a través de estructuras neuro-anatómicas diferentes (Levine, 2015, p.16).

La memoria explícita se dividiría a su vez en memoria «**declarativa**» y «**episódica**».

En cuanto a la primera, el autor afirma que constituye el sistema de memoria más consciente y voluntario de todos los sistemas, siendo objetiva, fría (carente de tonalidad emocional) y

⁴¹ Traducción propia

⁴² Traducción propia

ordenada. Su función es acceder de manera consciente a la información pudiendo activarla voluntariamente a nuestro antojo y pudiendo así comunicar información datística a los demás. Se asocia a las funciones superiores del córtex cerebral (Levine, 2015, p.16).

La «**memoria episódica**» sería menos consciente que la «memoria declarativa» y «estaría formada por el recuerdo de nuestras experiencias personales de vida, teñido de un halo de ensoñación que contrastaría con la nitidez y objetividad de la memoria declarativa.

«Estaría cargada de una vaga tonalidad afectiva y emergería de manera espontánea a modo de viñetas sobre nuestras historias de vida»⁴³ (Levine, 2015, p. 17-18). El autor afirma que tendría una gran influencia en nuestras vidas y nos ayudaría a situarnos en el tiempo y espacio. En un supuesto continuo entre lo consciente e inconsciente, haría de puente entre lo explícito declarativo y lo implícito.

En cuanto a la «**memoria implícita**», la principal característica es que no se accede a ella deliberadamente, apareciendo y desapareciendo repentinamente más allá de los límites de nuestra consciencia. Llega como sensaciones, emociones y comportamientos.

El autor divide esta memoria en dos categorías: «**emocional**» y «**procedimental**».

La «**memoria implícita emocional**», codificaría experiencias emocionales que se instaurarían como una referencia para el futuro, permitiendo nuestra adaptación y supervivencia. El autor afirma que estarían registradas en el cuerpo a través de sensaciones físicas y el recuerdo se activaría en situaciones presentes de contenido e intensidad emocional semejante al recuerdo. (Levine, 2015, p-21-23).

La «**memoria implícita procedimental**» se correspondería a los impulsos, movimientos que nos guiarían sobre **cómo** llevar a cabo destrezas, acciones, atracciones y rechazos.

⁴³ Traducción propia

Incluiría por un lado las «**destrezas motoras**» como caminar, bailar, montar en bicicleta etc., por otro, los «**patrones de acción**» en situaciones amenazantes como contraerse, retirarse, huir y finalmente los «**mecanismos instintivos de acercamiento o evitación**»⁴⁴ (Levine, 2015, p-25-26).

De la división planteada por el autor, en el caso de existir memoria en el período intrauterino, tenderíamos a pensar que esta tomaría más bien forma de memoria implícita emocional registrada en el cuerpo e incluso de memoria implícita a través de patrones de acción y de mecanismos instintivos de acercamiento o evitación.

En esta línea Fuchs (2003) hace también referencia a una «**memoria implícita**» y a la existencia de múltiples sistemas de memoria. El autor contrapone la memoria explícita que sería el «saber qué» (información que puede ser retransmitida o descrita), frente a la implícita, que sería el conjunto de conocimientos tácitos resumidos en el «saber cómo», difíciles de desgranar y de poner en palabras.⁴⁵ (Fuchs, 2003 p. 1-2).

Fuchs (2003) expone en su obra una visión personal que categoriza la memoria implícita en cinco subapartados. El primero de ellos sería la «**memoria procedural**»: esta engloba «las facultades sensorio motoras, es decir los patrones de movimiento y percepción, los hábitos que se han formado por repetición llegando a ser automatizados»⁴⁶ (p. 2).

Este tipo de memoria facilitaría el desempeño diario, obviando los detalles a favor de una percepción general de la experiencia, proporcionando una vivencia de «familiaridad y continuidad»⁴⁷ (Fuchs, 2003, p.3). A modo de ejemplo tendríamos la lectura, que una vez automatizada, obvia los caracteres singulares a favor de una comprensión global y rápida

⁴⁴ Traducción propia

⁴⁵ Traducción propia

⁴⁶ Traducción propia

⁴⁷ Traducción propia

basada en la percepción de un conjunto, o cualquier habilidad motora como tocar un instrumento que una vez adquirida, no requiere de la conciencia y atención en la ejecución de cada una de las notas o pasos. Es más, pareciera que la intervención consciente podría interrumpir el desempeño natural una vez estuviese automatizado como si entrase en competencia con una memoria tácita muscular. El autor afirma que «el aprendizaje corporal, significa olvidar lo que hemos hecho o aprendido explícitamente, y dejarlo ahogarse en lo implícito, en el conocimiento inconsciente»⁴⁸ (Fuchs, 2003, p. 3).

El segundo tipo de memoria a la que el autor hace referencia es la «**memoria situacional**», que trata de cómo vivenciamos «los espacios y situaciones en la que nos encontramos de una manera holística inseparablemente unidos a la percepción corporal, sensorial y atmosférica» tiñendo los lugares de una «atmósfera familiar»⁴⁹ (Fuchs, 2003, p. 3 y 4).

El tercero lo denomina «**memoria intercorporeal**», basada en las sensaciones que se producen en nuestros cuerpos, fruto de la interacción con los demás (Fuchs, 2003, p.4).

El autor afirma que «este aprendizaje y conocimiento basado en las interacciones no verbales está determinado por las experiencias relacionales tempranas que quedan registradas en una memoria intercorporeal implícita e inconsciente presente en cada encuentro personal presente y futuro»⁵⁰ (Fuchs, 2003, p. 4-6). Daniel Stern (citado en Fuchs, 2003, p.5) habla de «conocimiento relacional implícito». Para el autor, el desarrollo motor, emocional y social en la temprana infancia están estrechamente conectados y registrados en el cuerpo a través de «esquemas motores afectivos» (Fuchs, 2003, p.4).

La cuarta categoría de memoria sería la «**memoria incorporativa**» (Fuchs, 2003, p. 6), que habla de los elementos que incorporamos en nuestra propia estructura corporal desde el

⁴⁸ Traducción propia

⁴⁹ Traducción propia

⁵⁰ Traducción propia

exterior, a través de la imitación y la identificación. De alguna manera, sería representar y vivenciar a los otros en mí a través de «un cuerpo para los demás»⁵¹ (Fuchs, 2003, p. 6). El autor apunta a que este sería el origen del desarrollo de neurosis por interrupción de la expresión corporal espontánea.

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

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

8.2. MEMORIA PRENATAL

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

En esta línea, el psiquiatra Laing (citado en Verny, 2014) habla de información compartida por sus pacientes relacionada con experiencias que parecerían remontarse incluso al viaje del blastocito hasta su implantación en el útero.

Por otro lado, otras fuentes siempre en el ámbito de la psiquiatría se suman al interés por las experiencias de concepción en el contexto terapéutico, identificando movimientos del cuerpo

⁵¹ Traducción propia

específicos y repetidos en los pacientes, creándose patrones de movimiento comunes y únicos para las diferentes etapas del proceso de gestación. Estos movimientos estarían presentes en diferentes clientes que no poseen ningún nexo entre ellos (Raymond, 1988, citado en Verny 2014).

Paralelamente, el Doctor en Psicología y pionero en el campo de la psicología pre y perinatal Emerson (1988) afirma que los recuerdos pre y perinatales, aparecen de manera espontánea durante sesiones con diferentes tratamientos.

Resulta inevitable pensar que estas experiencias terapéuticas luchan encarnizadamente contra la subjetividad tanto del marco teórico del terapeuta, como del paciente y su predisposición a encontrar dicho material en un profesional especializado en esta materia. Sin embargo, Emerson (1988) habla de «investigación de verificabilidad»⁵² al afirmar que en muchas ocasiones vienen los recuerdos primero y, más adelante, los pacientes verifican en el historial clínico o con parientes la información que hasta ahora desconocían.

En Marc (1995), dicho autor afirma: «el ser prenatal posee un buen sistema de registro. Todos los acontecimientos pre y perinatales, desde la concepción hasta el parto, quedan registrados a niveles inconscientes profundos» (p.6).

Como hemos visto con anterioridad, Winnicott contempló la existencia del trauma intrauterino y su posible recuperación en el setting terapéutico aludiendo a un continuo psicossomático (Winnicott, citado en Khamsi, 1985).

Mi primer cuestionamiento sobre el tema es el siguiente: ¿existe realmente capacidad de almacenar información durante la vida intrauterina?

⁵² Traducción propia

Piontelli (2002) dice al respecto «cuando se estudia el campo de la vida mental fetal, la principal base de apoyo han de ser los datos que nos aportan la medicina y la biología para no caer en el reino de la pura imaginación y la especulación salvaje» (p.29).

El campo del comportamiento fetal se observa principalmente a través de la técnica ecográfica, y la gran mayoría de los estudios de memoria prenatal se basan en las percepciones auditivas fetales y en verificar si el feto humano puede detectar estímulos auditivos. (Fifer y Moon, citados en Piontelli, 2002), mientras que la detección de estímulos cutáneos y vestibulares está menos investigada y los resultados no son tan consistentes (Ronca y Alberts, citados en Piontelli, 2002).

Según Verny (2014), «el sistema nervioso central está suficientemente desarrollado hacia la edad de 6 meses en el útero (hacia el final del segundo trimestre), de manera que puedan ser capaces de poner sobre la mesa recuerdos de esa etapa»⁵³ (p.1).

Además, varias líneas experimentales han tratado de averiguar si existe algún tipo de memoria prenatal:

En Papalia et al. (2009), los autores exponen cómo los lactantes, tres días después del nacimiento, se alimentaban más de una mamila que activaba la grabación de un cuento que su madre les leía en voz alta durante las últimas seis semanas del embarazo que de las mamilas que activaban grabaciones de otras historias. Se observó que los lactantes reconocían los patrones de sonido que habían escuchado dentro del vientre. A su vez, el experimento contaba con un grupo control cuyas madres no les habían leído cuentos antes de nacer y estos respondieron con la misma manera de succionar a las tres grabaciones.

En la misma línea, otros experimentos encontraron que los neonatos de dos a cuatro días después del nacimiento muestran preferencia por secuencias musicales y de habla que

⁵³ Traducción propia

escucharon antes de su nacimiento. A su vez, prefieren la voz de su madre a la de otras mujeres, las voces femeninas a las masculinas y la lengua materna a otros idiomas (DeCasper y Fifer (1980), De Casper y Spence (1986), Fifer y Moon (1995), Lecanuet et al. (1995), Moon, Cooper y Fifer (1993), citados en Papalia et al., 2009).

Otros autores también destacan en sus experimentos la «capacidad que tiene el feto para habituarse a presentaciones repetidas de un estímulo sensitivo» (Busnel, 1993, citado en Sánchez y Beato, 2001, p. 88) y para «discriminar entre un discurso nuevo y otro ya escuchado en el útero» (DeCasper, Lecanuet, Busnel, Granier-Deferre y Maugeais, 1994, citado en Sánchez Beato, 2001, p.88). El efecto de habituación se verifica a través de la medición de la frecuencia cardíaca. Busnel concluye al respecto:

El feto se habitúa rápidamente, produciéndose una desaceleración cardíaca y produciéndose una ausencia de movimientos, volviendo a su ritmo normal tras la quinta o la sexta emisión. Si una desaceleración es entendida como reacción de atención y una aceleración como reacción de sorpresa, se puede suponer que el feto escucha y que tiene cierta memoria, puesto que presenta la capacidad de habituarse a un sonido y de discriminar sílabas. (Busnel 1993, en Sánchez y Beato, 2001, p. 95)

Ante las afirmaciones anteriormente expuestas, los autores Sánchez y Beato (2001) apelan a la existencia de una «**memoria rudimentaria**, que no presentaría las características de lo que conocemos estrictamente como memoria explícita pero que quizás podría asimilarse a la **memoria implícita**» (p. 88).

Vemos por lo tanto que diversas líneas de investigación apuntan hacia la existencia de una memoria prenatal. Según Verny (2014), existe un consenso aceptado en la comunidad científica que defiende que, hasta el tercer trimestre del período gestacional, el cerebro no funciona verdaderamente como un almacenamiento de memoria. Sin embargo, como explica el autor, su propia experiencia en el ámbito de la terapia, junto con la de otros profesionales,

viene a refutar este postulado, argumentando que los pacientes recuperan en sesiones, recuerdos bastante anteriores a dicho estadio. Esto le hace plantearse las siguientes cuestiones: ¿dónde se almacena toda esta información? ¿existe un substrato orgánico dónde queden registrados nuestros recuerdos?

8.3. MEMORIA CORPORAL

-Memoria en el cuerpo

Con el objetivo de dilucidar la cuestión anterior, Verny comienza por analizar el funcionamiento de la memoria cortical. Para ello, alude a los experimentos de Kandel, Premio Nobel en el año 2000 por sus descubrimientos sobre la transducción de señales en el sistema nervioso. Kandel describe la memoria como un «patrón de interconexiones funcionales entre células»⁵⁴ (Kandel 2001, citado en Verny 2014, p. 17). En sus investigaciones, el científico descubre que la memoria a corto plazo implica un aumento de los niveles de neurotransmisores en las sinapsis (lugar de comunicación intercelular a través del impulso nervioso), mientras que la memoria a largo plazo implica cambios proteínicos en las sinapsis. (Mirsky, 2006, citado en Verny 2014).

Paralelamente, la comunidad científica está investigando cómo se desenvuelve el ADN que normalmente está concienzudamente envuelto alrededor de las histonas para que se pueda dar la producción proteínica necesaria para formar y almacenar un recuerdo (Gaidos, 2013 citado en Verny, 2014). Por lo tanto, cada vez que percibimos a través de los sentidos algún estímulo, una imagen, una canción, un olor, la señal se transmite desde los órganos

⁵⁴ Traducción propia

sensoriales hasta las neuronas corticales. En este proceso las sinapsis crecen en tamaño debido a la producción de proteínas que permiten codificar los recuerdos (Gaidos, 2013, citado en Verny 2014).

Los estímulos sensoriales serían procesados por el córtex frontal para usarlos a corto plazo o como memoria de trabajo. De esta manera, proliferan nuevas conexiones neuronales en el hipocampo y en el área del lóbulo temporal medio. Estas nuevas conexiones fortalecen el circuito cerebral, modificando el número de conexiones sinápticas, permitiendo la creación de recuerdos almacenados a largo plazo (Gaidos 2013, citado en Verny 2014)

Según la naturaleza de la experiencia a codificar, esta se almacenará en una u otra parte del cerebro. Por ejemplo, la información espacial se localiza principalmente en el hipocampo, mientras que la parte afectiva de la experiencia se almacenará en la amígdala (Squire, 2004, citado en Verny 2014). La corriente científica actual, afirma que los recuerdos se almacenan en las neuronas y en sus sinapsis a través de la producción de proteínas, pero teniendo en cuenta que «cada órgano y cada tejido del cuerpo, está compuesto de células individuales que están en continua comunicación las unas con las otras»⁵⁵ (Verny, 2014, p. 3), el autor nos hace plantearnos las siguientes preguntas: «¿podrían los recuerdos, formarse físicamente fuera de la estructura cerebral?»; «¿existen otras células en el cuerpo, exceptuando el cerebro, capaces de almacenar recuerdos?»⁵⁶ (Verny, 2014, p. 4).

El cuerpo humano posee trillones de células de diversos tamaños repartidas en todos sus tejidos, pero incluso las células más pequeñas (los glóbulos rojos) cuyo tamaño es de 0,00076 mm, son capaces de llevar a cabo por sí solas, absolutamente todos los procesos fisiológicos

⁵⁵ Traducción propia

⁵⁶ Traducción propia

del cuerpo humano (Verny, 2014). Paralelamente, el mismo autor afirma que los últimos experimentos científicos demuestran que la estructura que controla y dirige la actividad de la célula, es la membrana y no el núcleo, como venía pensando la comunidad científica desde hace tiempo. El autor habla de «células del cerebro» (**neuronas**) y de células del resto del cuerpo (**células somáticas**) y afirma que ambas funcionan de manera muy similar, respondiendo a la estimulación con actividad química y eléctrica y con cambios en la estructura de sus proteínas y que por ello probablemente la membrana de la célula somática también sea responsable de dirigir la producción de proteínas que permiten la codificación de recuerdos. Este proceso sería común a todas las células del cuerpo y no solamente a las neuronas ya que todas funcionan de manera similar (Verny, 2014).

Por otra parte, desde los últimos **estudios genéticos y epigenéticos** se ha comprobado que las experiencias vividas modifican la información genética de cada ser humano y que esta modificación no afecta solamente al individuo en cuestión, sino que es transmitida a las generaciones posteriores a través de las células germinales (óvulo y espermatozoide) que no son células cerebrales (Reik & Walter 2001; Surani 2001, citados en Verny, 2014).

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

A su vez, Verny (2014) recoge diversos experimentos centrados en **organismos simples o unicelulares** - Physarum polycephalum y Flatworm Planarian- que han demostrado que existe retención de información en dichos organismos que no poseen estructura cerebral, poniendo en evidencia la capacidad de retención de las células no corticales (p.6-7)

Por otra parte, el mismo funcionamiento del **sistema inmune** (formado por la médula espinal, los ganglios linfáticos y los glóbulos blancos), pone en evidencia la capacidad de retención de

información presente en células repartidas por todo el cuerpo: ante el ataque de un agente externo, el cuerpo moviliza unos glóbulos blancos especializados llamados *T-cells*, que van a modificar su estructura molecular para adaptarse al invasor y aniquilarlo. Ante ataques sucesivos de este mismo agente agresor, las *T-cells* van a actuar con mayor efectividad y rapidez, poniendo en evidencia la capacidad de reconocimiento de la bacteria o virus que entró en contacto con los anticuerpos con anterioridad (Verny, 2014).

Por lo tanto, vemos que diferentes líneas recientes de investigación defienden la capacidad de almacenar recuerdos en estructuras no cerebrales.

Como conclusión, el autor postula:

Cada órgano es depositario de nuestra memoria y que el cuerpo funcionaría como una gran orquesta formada por 37 trillones de células organizadas entorno a un sistema celular cooperativo que respondería de manera global ante estímulos del entorno y ante estímulos internos»⁵⁷ (Verny, 2014, p. 8)

- **Memoria del cuerpo**

Si alzamos la vista más allá de la tradicional división cartesiana «mente-cuerpo» y del reduccionismo cada vez más al alza «cuerpo igual a cerebro», despuntan numerosos autores provenientes de diferentes disciplinas que sumados, configuran lo que podríamos llamar el cuerpo colectivo del embodiment, donde las expresiones **mente encarnada** y **memoria corporal** resuenan con fuerza.

El concepto de **mente encarnada** hace alusión al proceso por el cual todo aprendizaje que por definición, inexorablemente incluye relación, ya sea con uno mismo, con el entorno o con el otro, se realiza a través del cuerpo en movimiento, a través de la experiencia sensorial,

⁵⁷ Traducción propia

sugiriendo que «mientras que los acontecimientos mentales son el resultado de la actividad en las neuronas del cerebro, un relato temprano e indispensable que las neuronas del cerebro han de contar es el del esquema y funcionamiento del cuerpo » (Damasio, 2013, p.309). Damasio insiste en no caer en el reduccionismo arriba mencionado y aboga por defender que «probablemente no se pueda concebir la mente sin algún tipo de encarnación...» (Damasio, 2013, p. 316).

Gallagher también habla de la influencia del cuerpo en los procesos cognitivos y describe esta influencia como «prenoética», es decir «primaria a cualquier tipo de conocimiento e inaccesible por la conciencia introspectiva»⁵⁸ (Gallagher, citado por De Vignemont, 2006 p. 2). Gallagher afirma que el cuerpo da forma a la mente en el sentido más básico, aunque permanezca en segundo plano. (De Vignemont, 2006). Teniendo en cuenta que la memoria es una de las funciones cognitivas por excelencia, podemos decir que desde la óptica de Gallagher, la experiencia corporal estaría en el fundamento mismo del funcionamiento mnésico.

La idea de **memoria corporal** ya la hemos introducido con el concepto de **memoria implícita** de Fuchs (2003) y las cinco categorías de memoria expuestas por el autor, donde vemos que todas ellas contienen un componente fuertemente arraigado en la experiencia corporal.

Otros autores pertenecientes al campo del embodiment, alimentan a su vez el concepto de memoria corporal como por ejemplo Damasio, que habla de «**marcadores somáticos** para referirse a las emociones como representaciones de estados corporales, siendo el cuerpo un contenedor para todos los momentos pasados y presente» (Damasio, citado en Panhofer, 2012, p. 1). El concepto de contenedor alude inexorablemente a la capacidad de almacenar,

⁵⁸ Traducción propia

función atribuida a la memoria. Parece por lo tanto que para el autor estas representaciones corporales serían la forma en que se codifican las experiencias.

La disciplina de la DMT se encuentra fuertemente arraigada en las bases del embodiment y la memoria corporal adquiere un fuerte protagonismo en el proceso terapéutico de cada persona. El siguiente paso al almacenamiento de información sería el de la recuperación de dicho material perteneciente a la memoria corporal a través de diversas técnicas y acercamientos terapéuticos.

9) ABORDAJES TERAPÉUTICOS ENTORNO A LA REELABORACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PRENATALES Y PERINATALES

Hoy en día existen numerosos abordajes terapéuticos que tienden a pensar en términos prenatales y perinatales interesándose tanto por la vivencia psíquica del nacimiento como por el contexto ambiental uterino. Sin embargo, nos encontramos con pocas evidencias empíricas al respecto y gran parte de las aportaciones sobre la materia versan sobre la experiencia clínica de profesionales que trabajan de manera aislada, dejando patente, por un lado, la necesidad de confluir y de aunar fuerzas y conocimiento desde diferentes frentes profesionales y, por otro, la necesidad de aportar más rigurosidad científica al campo.

Lyman (2011) define el campo de la psicoterapia Prenatal y Perinatal (PPN) de la siguiente manera:

La psicoterapia PPN tiene en consideración los acontecimientos impactantes que ocurren durante la concepción y durante todos los estadios del desarrollo prenatal y perinatal, por la posibilidad de provocar secuelas psicológicas profundas y duraderas a largo plazo. Por lo tanto, la psicoterapia PPN se define como el tratamiento de las secuelas originadas por los acontecimientos tempranos, porque sin dicha intervención,

los traumas tempranos no resueltos pueden convertirse en patrones desadaptativos en la edad adulta.⁵⁹ (p. 216)

El mismo autor en su artículo pone en evidencia como antes del siglo veinte existe poca literatura en relación a la psicología y a la psicoterapia PPN y apunta a que los inicios del interés sobre el tema desde la psicología se sitúan en 1923, con Otto Rank y su trabajo sobre «el trauma del nacimiento» donde el autor postuló que el origen de las neurosis adultas procedía del carácter ansiógeno de la experiencia del nacimiento (Lyman, 2011, p. 217).

Durante el siglo veinte empiezan a surgir aportaciones sobre el tema a través de casos clínicos llevados a cabo con técnicas regresivas como la **hipnosis** o con **técnicas psicodinámicas** (Lyman, 2011, p. 217). Desde las terapias regresivas, otro de los pioneros sobre el tema fue Frank Lake que tras investigar entorno a las terapias regresivas llegó a la conclusión de que el trauma del nacimiento se puede revivir en un proceso terapéutico (Lake, (1966), citado en Lyman, 2011, p. 218).

De manera paralela, el autor cita al psicólogo y psiquiatra Arthur Janov, creador de una de las terapias regresivas llamada «**Terapia Primal**» que recalca el peso que tienen los períodos prenatales y perinatales en la experiencia subjetiva de sufrimiento durante la vida adulta (Janov (1970), citado en Lyman, 2011, p. 218). El autor insiste en la capacidad del organismo para registrar experiencias traumáticas tempranas en la fisiología del cuerpo. Estas experiencias dolorosas serían almacenadas en el sistema psique-soma del sujeto a través de mecanismos represivos dando lugar a dos «yoes» - un yo real y un yo irreal - en continua lucha, generando sufrimiento en la vida adulta. (Janov, 2009). El objetivo de la Terapia Primal sería

⁵⁹ Traducción propia

facilitar una conexión con los traumas tempranos, para liberar y relajar fisiológicamente esos dolores almacenados en las estructuras orgánicas del cuerpo. Para ello, el autor elabora un programa terapéutico secuenciado que se caracterizaría por una primera intervención terapéutica individual e intensiva durante 3 semanas de retiro en el centro de Terapia Janov – donde se recomienda el aislamiento absoluto de la vida cotidiana – y donde a través del acompañamiento de un psicoterapeuta se guía al paciente a un estado de regresión apoyándose en fenómenos fisiológicos y en un encuadre psicoanalítico para encarar los dolores acumulados desde la gestación. A esta fase, le sigue un seguimiento psicoterapéutico individual o grupal a razón de una vez a la semana durante aproximadamente un año.

Otro de los acercamientos a las experiencias pre y perinatales sería la **hipnosis**: uno de los autores dedicados a investigar las experiencias prenatales a través de la técnica regresiva de la hipnosis fue David Cheek. Chamberlain (1988) recoge el trabajo de Cheek dedicado al acompañamiento terapéutico de más de 500 pacientes, reelaborando sus experiencias perinatales a través de la hipnosis. El autor relata cómo los pacientes durante las sesiones representan secuencias de movimientos específicas, propias de las circunstancias de su nacimiento y argumenta cómo «estos recuerdos musculares son reproducidos con exactitud, están registrados y no desfallecen con el tiempo»⁶⁰ (Cheek (1975, 1986), citado en Chamberlain, 1988, p.1-2).

Otro autor recogido por Chamberlain (1988) que trabaja en esta línea de investigación es Raikov que encontró cómo sus pacientes en un estado regresivo, llevaban a cabo «un compendio de reflejos neonatales genuinos»⁶¹, según el autor «imposibles de reproducir por

⁶⁰ Traducción propia

⁶¹ Traducción propia

mera sugestión o role-playing para agradar al hipnotizador»⁶², volviendo así a defender la teoría de la existencia de una memoria corporal ligada a experiencias tempranas perinatales (Raikov (1980-1982), citado en Chamberlain, 1988, p. 2)

Ingram (2016) defiende la efectividad del uso de la técnica de la hipnosis ya que consigue acceder al origen del sufrimiento del paciente. Esta afirma: «cuando el origen es sabido-cuando un cliente puede finalmente entender el “porqué” del asunto-entonces el proceso de curación puede comenzar»⁶³ (Ingram, 2016, p.1)

Según la autora los pasos en el proceso terapéutico a través de la hipnosis serían los siguientes:

1. Descifrar qué pensamientos o creencias hay detrás del lenguaje y encontrar el origen a través de la hipnosis.
2. Evaluar esas creencias a través de una perspectiva adulta y «sensata»
3. Sustituir esa creencia por una nueva verdad más sanadora.⁶⁴

(Ingram, 2016, p.4)

Desde la **Terapia Transpersonal Holotrópica** del psiquiatra y psicoanalista **Stanislav Grof**, también existe un acercamiento a las vivencias pre y perinatales a través de los estados alterados de conciencia, quedando de manifiesto en su teoría de las Matrices Perinatales Básicas. El autor afirma que: «la exploración de los estados no ordinarios de la conciencia, nos proporciona evidencia indiscutible de que los recuerdos de las experiencias perinatales permanecen realmente almacenados en nuestro psiquismo, a menudo en un nivel celular profundo» (Grof, 1993, p. 48).

⁶² Traducción propia

⁶³ Traducción propia

⁶⁴ Traducción propia

Y sigue:

Los fenómenos perinatales manifiestan cuatro pautas experienciales diferentes a las que denomino Matrices Perinatales Básicas (MPB). Cada una de ellas está estrechamente relacionada con uno de los cuatro períodos consecutivos del parto biológico. En cada uno de estos estadios el niño atraviesa una serie de experiencias que se caracterizan por la presencia de emociones, sensaciones físicas e imágenes simbólicas concretas, lo cual supone la presencia de matrices psicoespirituales muy individualizadas que modelan nuestra experiencia vital. (Grof, 1993, p. 49)

A La primera matriz - MPB I -, el autor la denomina «Universo Amniótico» y está relacionada con la vida prenatal en los momentos previos al parto. La segunda matriz – MPB II- toma el nombre de «Opresión cósmica o Sin Salida» y está vinculada a los momentos entre contracciones y la apertura del cuello del útero. La tercera matriz – MPB III- se titula «Lucha por la Muerte y Renacimiento», está relacionada con la vivencia de atravesar el canal del nacimiento. La cuarta y última matriz – MPB IV – (no especifica el nombre), está asociada con la experiencia de abandonar el cuerpo de la madre (Grof, 1993, p. 50).

Para alcanzar los recuerdos almacenados en las diferentes matrices, la técnica de Grof se centró en un primer momento en alcanzar los estados alterados de conciencia, a través de la administración de dietilamida de ácido lisérgico – LSD - que más adelante fue sustituida por la técnica de respiración holotrópica. Su metodología de intervención combinaría: «la respiración controlada, la música evocativa y otras formas de tecnología del sonido, trabajo corporal concentrado y dibujos de mandalas» como una forma de alcanzar a nivel terapéutico estados no ordinarios de conciencia (Grof, 2010, p.1).

El objetivo de esta terapia busca facilitar por un lado: «una poderosa experiencia transformadora de naturaleza trascendental» y por otro «la auto curación del paciente,

ayudándole a adquirir conciencia y a reintegrar los elementos fragmentados del complejo mente-cuerpo» (Grof, 2010, p.1).

El modus operandi consiste en invitar al paciente a tumbarse con los ojos cerrados para favorecer el trabajo introspectivo y centrar la atención en la respiración y en las sensaciones habitadas en el cuerpo. Según el autor el ritmo de la respiración - «cada vez más rápido y eficaz» - va a favorecer la conexión con las emociones atesoradas por el cuerpo y la aparición de tensiones musculares que paulatinamente llegan a una liberación y resolución espontáneas. Es importante mantener una actitud de plena confianza en la experiencia espontánea sin juzgarse. (Grof, 2010, p. 1-2)

Grof (2010) añade que «la función de los facilitadores es la de seguir el flujo de energía y estimular su plena exteriorización. Se persiste en esta labor hasta que el sujeto alcanza un estado de resolución y relajación» (p. 2).

Este tipo de acercamiento terapéutico sentaría las bases para facilitar la aparición de experiencias tempranas de origen pre y perinatal:

Es bastante común en este contexto identificarse con un feto y revivir diversos aspectos de su propio nacimiento biológico, con detalles específicos y perfectamente verificables (...) a pesar de que la totalidad de la gama de dichas experiencias no se puede reducir exclusivamente al hecho de revivir el nacimiento biológico, el trauma del nacimiento parece representar un aspecto fundamental del proceso experiencial en este nivel. Por ello denomino este nivel del inconsciente perinatal. (Grof, 2010, p.4)

Aunque estos ejemplos son limitados para dar fe de la cantidad de técnicas y abordajes que existen en la actualidad entorno a las terapias pre y perinatales, constituyen un ejemplo representativo de la tendencia actual en el tratamiento de vivencias pre y perinatales. De tal

manera vemos que la gran mayoría de ellas recurren a estados alterados de conciencia o a técnicas psico corporales regresivas. Sin embargo, en mi opinión independientemente de la herramienta usada durante el proceso de acercamiento a las experiencias tempranas, cabe destacar que lo que debería prevalecer por encima de todo es que dichas herramientas se usen dentro de un contexto terapéutico seguro, basado en una relación de confianza entre paciente-terapeuta que ponga el énfasis en el encuentro relacional y no en la técnica, apostando por el encuentro real como clave para la curación. El texto «Essential Clinical Principles For Prenatal and Perinatal Psychology Practitioners», nos recuerda cuáles son los fundamentos básicos de la intervención en psicología PPN. A continuación, analizaremos sus puntos fundamentales y su relación con la DMT.

10. LA DMT: ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA LA REELABORACIÓN DE EXPERIENCIAS PRENATALES Y PERINATALES

10.1. FUNDAMENTOS DE LA DMT

La DMT es una disciplina que Bernstein define de la siguiente manera: «es una especialidad en psicoterapia que utiliza el movimiento como un proceso para promover la **integración** emocional, cognitiva y física del individuo. Pertenece al grupo de las artes creativas (...) y se define como el uso psicoterapéutico del **movimiento**» (Bernstein (1979), citado en Panhofer, 2013, p.50).

Su base consiste principalmente en la relación entre «movimiento y emoción (motion and emotion)» (Bernstein (1972), citado en Panhofer, 2013, p.50), facilitando un «diálogo entre el

consciente y el **inconsciente**, requiriendo atención, escucha y respuesta para conectar con las **imágenes somáticas** a través de las varias modalidades sensoriales» (Panhofer, 2009, citado en Panhofer, 2013, p.50).

Chodorow (1994, citado en Panhofer, 2012, p.9) también sostiene que «la herramienta del movimiento puede facilitar el acceso a **mundos internos** y a la **psique inconsciente** (...) el trabajo expresivo corporal englobaría un intercambio entre el consciente y el inconsciente y permite la llegada de información a lugares desconocidos».

Willke afirma en referencia al nacimiento de la DMT cómo «el interés en la expresión y en la exploración personal, en la autorrealización y en la búsqueda de la “danza interior”, está vinculado con el descubrimiento del inconsciente y la aceptación del concepto de las motivaciones inconscientes» (Willke 1992, citado en Panhofer, 2013, p.54).

Por lo tanto, vemos que uno de los fundamentos de la DMT que constituye un pilar en el proceso terapéutico se basa en la posibilidad de acceder al material inconsciente almacenado en la memoria corporal que sería de difícil acceso a través de la verbalización y a través del acto reflexivo. Panhofer (2012), afirma al respecto:

Los resultados ilustran que la memoria corporal (...) puede ser alcanzada a través del movimiento. Una comprensión de la experiencia vivida puede ser recuperada a través del proceso del movimiento, sin la necesidad de verbalización. Mucho del conocimiento permanece en el cuerpo, construyendo la base de la **intersubjetividad más temprana** (Trevarthen, 1977), o de la **intercorporalidad** (Merleau-Ponty, 1973). (p.315)

En esta línea, Fuchs afirma:

Las aproximaciones psicoterapéuticas que focalizan en el “felt sense” (“sentido más sentido”) del cuerpo como son el focusing (Gendlin, 1982), las diferentes psicoterapias corporales y la Danza Movimiento Terapia (DMT), pueden ayudar a pacientes a abrir

los núcleos de significado de la memoria del cuerpo y así desenmarañar sus motivos y emociones latentes. (Fuchs 2012, citado en Panhofer, 2012, p.7)

El mismo autor defiende que la base de nuestra personalidad (actitudes, reacciones, patrones relacionales, etc.) está basada en la memoria del cuerpo (Fuchs, 2003).

Para Panhofer, el conocimiento no puede reducirse a lo verbal, sino que gran parte del conocimiento reside en el «cuerpo sintiente» (Panhofer, 2012, p. 7) de la persona.

Considerar el conocimiento solo a partir del cerebro significaría dejar de lado una parte muy importante y vital de nuestra existencia: dejaríamos de lado todo nuestro aprendizaje temprano no verbal, nuestra primera experiencia de otorgar sentido a la vida, a nuestro entorno, a los demás y a nosotros mismos. Esta es la base sobre la cual reposa el conocimiento verbal: una sabiduría no verbal, temprana y primordial de nuestra existencia, una base que se forma durante los nueve meses de gestación, así como en los primeros años pre-verbales de la vida, y que nos acompaña toda nuestra vida. (Panhofer et al, 2012, p.11)

Vemos que la autora establece aquí un continuo entre la realidad psicosomática gestacional y post-uterina, aludiendo a la influencia que tendrá en el ciclo vital de la persona.

Como hemos visto con anterioridad, los enfoques psicodinámicos se caracterizan por mostrar especial interés por las vivencias durante las etapas más tempranas de la infancia, incluso algunos de ellos se atrevieron a remontar a la etapa gestacional. Sin embargo, debido a que son experiencias preverbales, parece más costoso llegar a dichas vivencias a través de la verbalización que a través del movimiento, vía por la cual se adquieren y crean todos los esquemas psiquesoma. La DMT nos ayuda a través del movimiento y la danza a explorar la memoria del cuerpo, sus imágenes y símbolos (Panhofer, 2012).

Chaiklin (2008) afirma que «el movimiento y la respiración marcan el comienzo de la vida y son anteriores al lenguaje y al pensamiento» (p. 27).

Por su parte, Fischman afirma que la «DMT enfoca la vivencia del movimiento sentido y los sentidos del movimiento. Se compromete empáticamente con la **experiencia intersubjetiva** enraizada en el cuerpo» (Fischman, 2008, p. 81).

En esta línea me gustaría añadir que uno de los fundamentos de la DMT se basa en la experiencia relacional en el *setting* terapéutico como forma de vehicular las experiencias relacionales tempranas. Fischman describe la relación terapéutica como el «encuentro entre subjetividades e intersección de perspectiva» (Fischman, 2008, p.81). Este «encuentro entre subjetividades» se asemeja al concepto de «momentos de encuentro» de Stern. El autor explica cómo «el concepto de momento capta la experiencia subjetiva de un cambio repentino en el conocimiento implícito relacional para ambos integrantes de la diada» (Wengrover y Chaiklin, 2008, p. 88). Paralelamente, Payne afirma que el *setting* terapéutico permite al paciente adquirir conocimiento acerca del patrón relacional que posee, permitiendo cambiar sus patrones intercorporales tempranos (Payne, citada en Panhofer, 2012).

Chace, una de las pioneras de la DMT, también enfatiza el carácter relacional de la Danza Movimiento Terapia, estableciéndose un diálogo en movimiento que «instala la comunicación a través de canales sensoriomotrices, valorando centralmente la expresión no verbal» (Wengrover y Chaiklin, 2008, p. 82).

Por lo tanto, son varias las autoras que otorgan un lugar clave al carácter relacional, dentro del proceso terapéutico en el enfoque de la DMT y el hecho de que la principal vía de comunicación sea el lenguaje no verbal facilita el acceso patrones relacionales tempranos, propios de la etapa preverbal.

10.2. CONFLUENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LA DMT Y LA PSICOLOGÍA

PPN

Si analizamos los fundamentos del campo de la psicología PPN, vemos que ambas disciplinas, DMT y psicología PPN, confluyen de manera sorprendente en aspectos claves y definitorios.

En primer lugar, el objetivo principal de la DMT: «promover la **integración** emocional, cognitiva y física del individuo» (Bernstein (1979), citado en Panhofer, 2013, p.50) parece reflejarse en el objetivo de la psicología PPN: «el objetivo es seguir los **procesos corporales y psíquicos** con curiosidad y sostén, de tal manera que el paciente puede dejar aflorar de manera natural sus **emociones** en un contexto de contención segura (...)» (Glenn y Cappon, 2013, p. 10). Si bien esta última cita no habla directamente de integración, la propia definición parece cumplir esa función integradora mencionando los mismos tres elementos presentes en el objetivo de la DMT: “**cuerpo, psique y emoción**”.

Me atrevería a decir que la diferencia podría radicar en la manera en la que participa el cuerpo en ambos procesos terapéuticos. Mientras en la DMT ese proceso de integración se realiza principalmente focalizando en el **movimiento** del cuerpo, en la PPN el proceso se centra en mayor medida en la **experiencia orgánica del cuerpo**. Indiscutiblemente en ambas disciplinas están presentes tanto el cuerpo como el movimiento, pero me aventuro a decir que mientras en la DMT el movimiento puede hacer parte de una fase previa de exploración y búsqueda dentro del proceso terapéutico, en la PPN el movimiento entraría en acción ya en la fase de introspección y conexión regresiva. A mi parecer esta divergencia pone el foco sobre el carácter creativo de la DMT—ausente en otras terapias corporales— y es ahí donde radica su potencial terapéutico en el tema que nos atañe.

En relación al cuerpo, la psicología PPN (Glenn y Cappon, 2013) sostiene la importancia **de la experiencia corporal** en el proceso de desarrollo de cada individuo en diversos momentos: en la **creación y recuperación** de experiencias vitales tempranas, en el proceso de «**sanación**» y en la propia **relación paciente-terapeuta**. El cuerpo—tanto del paciente como del terapeuta— se convierte por lo tanto en el vehículo e instrumento sanador dentro de la relación terapéutica.

En cuanto a la importancia del cuerpo en la **creación** de experiencias vitales, los autores afirman:

Las áreas en desarrollo del sistema límbico del cerebro, reciben claves no verbales a través de los sentidos, del corazón y de las vísceras. Porges (2003) afirma que a través del contacto visual, de la expresión facial del tono de voz, de los gestos, la postura, el contacto, los tiempos y la intensidad accedemos a una sensación de seguridad y contingencia en nuestras relaciones tempranas. Es a través de estos intercambios relacionales tempranos que se crean las estrategias de apego. (Glenn y Cappon, 2013, p. 7)

Esta idea nos lleva indiscutiblemente a las bases del *embodiment* de las cuales la DMT se nutre. Así es, vemos como el filósofo Merleau Ponty habla de una «corporalidad compartida» o de una «intercorporalidad» (1968, p-141-143), aludiendo a la «capacidad de comprender la acción de otra persona en primer lugar a través del cuerpo y como una condición para la cognición»⁶⁵ (Atkins, 2008, p. 48). En la misma línea, y recuperando los conceptos de Fuchs citados en el apartado de memoria de este trabajo, este autor habla de una «memoria intercorporeal implícita e inconsciente presente en cada encuentro personal presente y futuro»⁶⁶ (Fuchs, 2003, p. 4-6).

⁶⁵ Traducción propia

⁶⁶ Traducción propia

Si seguimos poniendo el foco en el cuerpo, vemos que los mismos autores confluyen con la idea arriba mencionada de Panhofer sobre la dificultad de acceder a ciertas experiencias preverbales a través del lenguaje. Hablamos aquí de la **recuperación** del material mnésico:

Sabemos que las experiencias tempranas de nuestros pacientes residen en las estructuras cerebrales y corporales en desarrollo y no pueden ser alcanzadas a través de «hablar sobre ello» o contando una historia desde una perspectiva lógica. (...) Numerosos teóricos e investigadores en psicología pre y perinatal han discurrecido sobre cómo el cuerpo y los procesos inconscientes sostienen nuestras experiencias tempranas y permanecen con nosotros, ejerciendo una influencia en nuestras vidas.⁶⁷ (Gleen y Cappon, 2013, p.14-15)

Y añaden:

En la terapia pre y perinatal, la relación encarnada terapeuta-paciente es aún más importante, dado que nos enfrentamos a una etapa vital en desarrollo donde el cerebro se encuentra en formación, y la curación de traumas tempranos, se construye a través de acciones y respuestas no verbales y corporales. (Glenn y Cappon, 2013, p. 4)

Por otra parte, los autores recogen el significativo trabajo de Donald Hebb cuya teoría afirmó en 1949 que «las experiencias crean conexiones neuronales» y que las vivencias se organizan en «redes neuronales» (Glenn y Cappon, 2013, p. 8). La activación de una de las partes de esa red podría activar la red completa y aplicar cambios a dicha organización neuronal a través de la creación de nuevas experiencias. En el campo terapéutico, esta teoría tiene un valor incalculable ya que los resultados obtenidos en esta línea de investigación llamada «neurociencia afectiva», llevan implícitos la posibilidad de ejercer cambios en la organización

⁶⁷ Traducción propia

neuronal a lo largo de todo el ciclo vital en el contexto psicoterapéutico. (Glenn y Cappon, 2013, p.1).

En consonancia con esta idea, uno de los pilares de la DMT se fundamenta en la premisa de que la relación entre «moción y emoción» (Panhofer, 2012, p. 7) se basa en que comparten el mismo sustrato neuromuscular. Por lo tanto, a través del movimiento podríamos alcanzar memorias corporales preverbales y modificar los circuitos neuromusculares. En base al *Embodiment*, se defiende que existe interrelación entre los cambios posturales o del registro de movimiento y los cambios psicológicos de forma bidireccional (Damasio (2000), citado en Fischman, 2005).

Por lo tanto, en ambas disciplinas vemos cómo el **cuerpo** ocupa un lugar fundamental no solo en las experiencias que nos llevan a «enfermar» emocionalmente, sino también en el proceso de **sanación**.

El tercer pilar en el que ambas disciplinas se enmarcan es en el carácter relacional del abordaje terapéutico basando el motor de la curación en la relación paciente-terapeuta. Para ello el terapeuta debe de estar dispuesto a estar presente y a abrirse al encuentro real con el paciente. Desde la DMT, García (2007) define la presencia terapéutica de la siguiente manera «es la disponibilidad a ser modificados en el encuentro con el paciente, evitando al mismo tiempo el riesgo de fusión o de simbiosis con él, gracias al mantenimiento de una constante relación con la capacidad de pensar»⁶⁸ (p. 1).

En esta línea, desde la psicología PNN afirman que la clave del proceso de curación está en el «ser» y no en el «hacer» (Siegel (2010), citado en Glenn y Cappon, 2013, p. 11) y definen la

⁶⁸ Traducción propia

actitud del terapeuta cómo «soy capaz de estar con el otro y conmigo mismo y no hay nadie y nada más en lo que pensar o que hacer. Solo estoy aquí, abierto, curioso, en calma y compasivo» (Glenn y Cappon, 2013, p. 11)

Los mismos autores afirman que el objetivo de la terapia es «tener la experiencia de ser encontrado en una relación basada en el cuidado. Este proceso ayuda al paciente a crear nuevos caminos neuronales y nuevos modelos mentales» (Glenn y Cappon, 2013, p. 10)

La confluencia entre enfoques en su vertiente relacional va más allá y ambas disciplinas definen la relación terapéutica como una **relación encarnada**, dónde se ponen en juego las vivencias corporales individuales e intersubjetivas en el espacio relacional.

En los fundamentos de la DMT veíamos como Fischman habla del espacio relacional terapéutico como un lugar donde el terapeuta se «compromete empáticamente con la **experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo**» (Fischman, 2008, p.81) y Chace habla de cómo a través de la DMT «se instala la comunicación a través de canales **sensoriomotrices**, valorando centralmente la expresión no verbal» (Wengrover y Chaiklin, 2008, p. 82).

Desde la psicología PPN afirman:

El fundamento de la resonancia curativa entre paciente y terapeuta reside en el cuerpo, la persona y la capacidad de «ser» del terapeuta. El encuentro terapéutico debe ser un encuentro encarnado, donde el terapeuta analiza su propio proceso de manera simultánea al del cliente. En terapia pre y perinatal, la relación encarnada paciente-terapeuta es vital (...). (Glenn y Cappon, 2013, p. 4)

Por lo tanto, vemos que ambas disciplinas no solo comparten «un enfoque centrado en la subjetividad y lo social donde se reconoce la naturaleza social de lo específicamente humano» (Abello y Liberman, 2011, p.9) sino que para ambas, esta reciprocidad relacional se enmarca dentro de una **dimensión encarnada** del «ser» y del «estar».

Es más, las dos disciplinas usan una terminología parecida poniendo de manifiesto la confluencia entre los dos enfoques terapéuticos: *attunement*, sincronía y simbolismo a través de las imágenes, son tres términos compartidos y tres elementos que acompañan el proceso terapéutico en DMT y en psicología PPN.

Desde la psicología PPN, los autores afirman al respecto: «el paciente observa nuestras claves no verbales y si son congruentes y se ajustan al paciente, este podrá moverse hacia la confianza y hacia una experiencia de **sincronía**» (Glenn y Cappon, 2013, p. 10)

En esta línea, uno de los pilares de la DMT también reside en la sincronía. Schmais (1985) recoge la relevancia de este elemento en las dinámicas relacionales grupales y afirma que: «la danza movimiento terapia, usando gestos sencillos, expresivos, rítmicos y repetitivos, crea las condiciones que nos enseñan a movernos de manera acompasada con el otro. El desarrollo de la **sincronía** es un proceso que ayuda a la resocialización, promueve la relación y la cohesión grupal»⁶⁹.

En cuanto al concepto de *attunement*, desde la psicología PPN, hablan de este término definiéndolo cómo el conjunto de «elementos somáticos relacionales» o como la «regulación interactiva psicobiológica» (Aposhyan (2004), citada en Glenn y Cappon, 2013, p. 12), aludiendo de alguna manera a una sintonía relacional organísmica.

⁶⁹ Traducción propia

De manera paralela, en la DMT esta herramienta es básica en el proceso terapéutico: «el *attunement* somático – entendido éste como ajuste o afinación somática – es una herramienta primordial para construir la relación de apego y mostrar empatía kinestésica (Harvey 1994; Loman 2005; Sandel, Chaiklin and Lohn, 1993, Tortora 2006)»⁷⁰ (McCarthy, 2008, p. 47). El autor añade: «los terapeutas en DMT se ajustan a los clientes usando sus propios cuerpos probando las cualidades captadas en el movimiento de estos (Kestenberg 1985; Loman 1994, 1998)»⁷¹ (McCarthy, 2008, p. 47)

El uso de las imágenes también es un punto en común entre ambos enfoques. Desde la DMT, el simbolismo alcanza un valor incalculable en el proceso terapéutico, ya que permite establecer un puente entre el mundo interno y externo, dándole forma y aliento al caos interior. Schmais habla de ello en los siguientes términos:

Enraizado en sueños y nutrido por la fantasía, el simbolismo en la danza-como en todas las artes en general- resume, abrevia y estructura lo que se ve, lo que se siente e imagina. (...) Las expresiones simbólicas en danza terapia construyen un puente entre los mundos internos y externos del paciente, transfiriendo energía desde una realidad a otra en un contexto social. Los pacientes que viven en un mundo de caos y terror encuentran orden y significado compartiendo una expresión simbólica. Se convierten en parte de un evento que trasciende al self.⁷² (Schmais, 1985, p. 33)

Desde la psicología PNN, se incide en el uso de imágenes en una fase intermedia del proceso terapéutico como una manera de dar orden a la experiencia traumática y traerla al presente de manera expresiva: «llamamos al relato de lo sucedido; poco a poco invocando imágenes y recuerdos» (Glenn y Cappon, 2013, p. 17)

⁷⁰ Traducción propia

⁷¹ Traducción propia

⁷² Traducción propia

Desde ambas disciplinas se plantea el trabajo terapéutico como un proceso secuenciado en diferentes fases bien diferenciadas e hiladas por transiciones sutiles guiadas en el plano físico y emocional.

Para ilustrar la idea anterior, desde la DMT reflejaré aquí las fases del trabajo terapéutico propuestas por Schmais (1981) que, si bien están orientadas a trabajar con grupos, pueden ayudar al lector a construirse una idea de un proceso grupal e individual desde este campo de intervención.

Schmais (1981) habla de las siguientes fases: «calentamiento, desarrollo y cierre»⁷³ (p.103) En la primera fase de calentamiento el objetivo es la acogida, crear un ambiente psicológica y emocionalmente seguro e ir esbozando conjuntamente, terapeuta-paciente, el paisaje emocional que más adelante se podrá abordar en una fase más profunda, tanto desde el lenguaje verbal como desde el lenguaje corporal.

La fase del desarrollo se correspondería inicialmente a una fase más bien exploratoria donde la herramienta del movimiento nos puede ayudar a acercarnos al núcleo emocional del paisaje inicial, que poco a poco podrá ir alcanzando un cariz más sentido y vivido dándole expresión a los sentimientos más profundos y en ocasiones caóticos.

La fase del cierre se correspondería a una fase de integración de lo ocurrido y de transición hacia la despedida y hacia el cierre, donde el componente verbal es muy importante para darle significado al simbolismo ocurrido durante el proceso e integrar la experiencia corporal con la experiencia cognitiva, ayudando a dar espacio a la comprensión y a alternativas vitales.

⁷³ Traducción propia

Por su parte en la psicología PPN también se establecen fases progresivas en el proceso terapéutico. Los autores Glenn y Cappon (2013, p. 16-20) las describen de la siguiente manera:

Fase 1- Anclar el proceso y crear seguridad: como bien indica el nombre de la primera fase, el objetivo principal sería el de crear seguridad emocional y psíquica para el paciente, pero también definir el setting terapéutico, empezar a consolidar la relación de confianza y obtener información relevante para el proceso.

Fase 2- Moviéndonos hacia el interior: es una fase de transición que pretende que el paciente empiece a conectar con el cuerpo, con la ayuda de preguntas orientadas hacia la sensación sentida a nivel corporal. Por ej: «qué estás notando en tu cuerpo, ahora mismo» (p.16).

Fase 3- Sensaciones sentidas, imágenes y recuerdos: en esta fase prosigue el acercamiento al cuerpo orientándolo hacia recuerdos y experiencias tempranas.

Fase 4- Regresión a experiencias tempranas: el paciente conecta con el recuerdo primario y el terapeuta lo detecta ya que el paciente está inmerso en una experiencia muy interna, seguramente manteniendo los ojos cerrados e incluso el aspecto del paciente puede transmitir una imagen más joven. Los autores insisten en que el paciente debe siempre permanecer conectado al presente por lo que el terapeuta hace sentir continuamente su presencia y acompañamiento en el aquí y ahora. Los autores hablan de una «catarsis conectada» (p. 17).

Fase 5- Viaje de vuelta: esta fase sería una transición de vuelta a la experiencia presente. El terapeuta puede percibirla ya que la catarsis baja, hay un cambio de energía en el paciente y suele volver paulatinamente al contacto ocular con el terapeuta. Empieza también a aportar verbalizaciones sobre la experiencia, pero de manera más desordenada. Sería el comienzo de

la integración de la vivencia y el terapeuta debe ayudar a diferenciar el antes y el después y a conectar la experiencia temprana con la realidad del paciente en el presente a nivel relacional.

Fase 6: Integración en la experiencia actual: es el momento de realizar un trabajo cognitivo más riguroso basado en un proceso lingüístico entorno a lo vivido. El terapeuta realizará ciertas preguntas que favorecen la búsqueda de patrones conductuales o relacionales, modelos mentales y percepciones en el paciente adulto relacionados con la experiencia temprana. Este proceso de integración, según los autores favorece la creación de nuevas redes neuronales.

En conclusión, podemos afirmar que ambos abordajes terapéuticos – DMT Y psicología PPN – laten al compás de una sensibilidad afinada en la misma tonalidad musical, dando un lugar primordial al aspecto relacional encarnado, a la experiencia corporal como motor del proceso de curación, a la importancia de crear un encuentro seguro y a la integración verbal de la experiencia sentida.

Sin embargo, ahí donde percibo que radican ambas disciplinas y donde la DMT puede aportar una nota disonante enriqueciendo la melodía, sería en el aspecto **CREATIVO** de la danza movimiento terapia. De tal manera, el concepto de creatividad ligado al movimiento es uno de los pilares y motores del proceso de sanación a través la DMT.

Se podría decir, o al menos así lo percibo yo, que el concepto de «creatividad» está actualmente muy manido y resuena en el marco de nuestra cultura occidental como una exigencia más para sumar a la lista de «deberíamos» cotidianos, casi como un propósito de año nuevo.

¿Qué sería por lo tanto la creatividad?

García (2012) afirma: «se suele asociar creatividad a la producción de los artistas pero en realidad, el verdadero significado del término es buscar en el impulso vital que lleva la expresión humana a manifestarse de mil maneras» ⁷⁴(p.23).

Varios autores, entre los que se encuentra Winnicott, han teorizado sobre ella. En concreto este último la define como la «energía fundamental y básica que guía el desarrollo de todas las personas» ⁷⁵ (Winnicott (1992), citado en García, Plevin y Macagno, 2012, p. 26).

En ambas definiciones queda de manifiesto que la creatividad se constituye como un legado universal, inherente a la condición de ser humano independientemente de las capacidades cognitivas de la persona y la obra de García et al. (2012) defiende que la creatividad estaría presente en los actos más cotidianos del día a día sin tener que enmarcarse en un contexto artístico. Sin embargo, lo que realmente convertiría un acto cotidiano en creativo sería el abordaje de este:

Reconocemos una acción como creativa porque esta va más allá de nuestras conductas habituales, puede implicar una forma diferente de implicarse con nuestro ámbito y no necesariamente desagradable o cómoda. Nuestra manera habitual de comportarnos está en gran parte basada, no solamente en condicionamientos culturales, sino también en la necesidad de utilizar patrones de acciones conocidas y casi automáticas, que como tales, implican un ahorro energético considerable en la cotidianidad. Sin embargo, estos pueden llegar a ser binarios, demasiado rígidos, excluyendo nuevas elecciones expresivas a los problemas de la vida». ⁷⁶(García et al. 2012, p.24)

Las diversas acepciones de la creatividad recogidas en la obra de García et al. (2012), dan fe del carácter natural de esta y de su relación con el concepto de salud del ser humano (p.24).

⁷⁴ Traducción propia

⁷⁵ Traducción propia

⁷⁶ Traducción propia

Sin embargo, en el contexto de la DMT que aquí nos atañe, la pregunta a plantearnos sería en qué medida el cuerpo en movimiento podría relacionarse directamente con la creatividad.

En este sentido, Winnicott (1992) en su obra *Realidad y Juego* apelaba a la relación directa entre juego y creatividad y sostenía la idea que la primera forma de juego del bebé era en relación a su propio cuerpo a través de la experimentación con el movimiento. La obra de García et al. (2012) ilustra a la perfección esta idea:

Despertar la creatividad o encontrarla de nuevo, implica redescubrir ese espíritu de juego que todos hemos conocido y disfrutado en la infancia en mayor o menor grado (...) Para todos nosotros, el cuerpo es el primer objeto de nuestro juego. Los bebés de tan solo pocos meses exploran los movimientos de sus manos o repiten los sonidos placenteros que acaban de aprender a vocalizar. Más adelante, el juego se desarrolla y se transforma, pero este implica el cuerpo con mayor intensidad. Mientras se juega, los movimientos fluyen de manera armoniosa, y los gestos se ordenan de manera espontánea provocados por instintos subjetivos.⁷⁷ (García et al. 2012, p. 57)

Una vez relacionado el movimiento y el cuerpo con la creatividad, la última pregunta cae por su propio peso: ¿por qué la creatividad – en este caso en movimiento – podría ser terapéutica?

En primer lugar, porque la creatividad es una forma de conectar el impulso interior con el exterior y es en este continuo diálogo bidireccional dónde se enmarca el desarrollo sano del individuo, en esta capacidad de retroalimentación y retroestimulación continua entre ambas realidades. Winnicott hablaba de la creatividad en estos términos «espero que el lector acepte una referencia general a la creatividad, que no permita que la palabra se pierda en la creación exitosa o aclamada, sino que la mantenga unida al significado correspondiente a una coloración de toda la actitud hacia la realidad exterior» (Winnicott, 1992, p. 61). Gracia añade: «se trata de una disposición a entrar en una relación dinámica con lo que nos ofrece el mundo,

⁷⁷ Traducción propia

una aptitud a utilizar nuestra imaginación para descubrir y emplear las potencialidades de nuestro ámbito en función de nuestro deseo personal»⁷⁸ (García et al. 2012, p.24).

Al contrario de lo que se suele pensar y como hemos ido viendo a lo largo de este trabajo, la realidad intrauterina queda lejos de estar desvinculada del exterior, ya que a través de las ya desarrolladas capacidades sensoriales, el feto está en relación con lo que acontece tanto dentro de la cavidad uterina como de la estimulación que le llega desde fuera del útero. Es más, esta capacidad para conectar lo interno con lo externo empezaría en la vida uterina y, probablemente, el momento del parto— que supone EL VIAJE hacia el exterior— y las condiciones que lo acompañen, marquen una dinámica de vinculación entre lo interno y externo para el resto de la vida. Por lo tanto, la herramienta de la creatividad, sobre la que se fundamenta la DMT, puede ser clave para reconstruir ese vínculo interno-externo que según las circunstancias, puede ponerse en juego durante la gestación y durante el parto.

Por otra parte, el hecho de que esta conexión interno-externo, en el caso de la DMT esté ligada al movimiento permite como hemos visto anteriormente acceder al impulso interior más auténtico. Este estaría ligado a experiencias preverbales de difícil acceso a través del código del lenguaje que en los primeros meses de vida no opera como elemento organizador de la experiencia, a favor de la experiencia del cuerpo sentido en movimiento.

A su vez, García et al. (2012), nos recuerdan la relación directa que existe entre la creatividad y la emoción priorizando en su obra la «calidad emocional de la actitud creativa hacia la vida»⁷⁹ (p. 24). El trabajo terapéutico a través del movimiento creativo sería, según la autora, una ventana directa al mundo emocional, facilitando la conexión con dicho material

⁷⁸ Traducción propia

⁷⁹ Traducción propia

imprescindible en un proceso terapéutico: «dejar fluir los impulsos creativos significa abrirse a una amplia gama de emociones. El aspecto más vital de la creatividad es sin duda este placer singular producido por el proceso creativo que siempre acompaña la variedad emocional»⁸⁰(García et al. 2012, p.24).

Por lo tanto, la herramienta misma de la creatividad a través de la cual trabaja la DMT favorecería una conexión con el mundo emocional creando una vía de acceso directa y, sobre todo, segura con las emociones ligadas a las vivencias almacenadas en el cuerpo.

El término seguro aquí, en mi opinión, es fundamental, ya que la búsqueda y exploración a través del cuerpo está guiada por el impulso interno del paciente y no por un guía externo, que si bien puede estar presente para acompañar y atestiguar la experiencia, debe quedar en un segundo plano y dejar que el cuerpo del paciente sea el propio explorador de sus recuerdos, marcando los ritmos y los tiempos.

Finalmente y para concluir con la aportación de la DMT, en mi opinión la creatividad es fundamental en el acompañamiento de experiencias tempranas como son la gestación ya que seguramente no exista mayor acto de creación que la transformación de una única célula, en una vida humana con todas sus complejidades en un breve período de tiempo. Así es, los cambios producidos durante la gestación que se originan con la concepción y con la división celular mitótica dan fe del período de mayor transformación en el ciclo vital de un ser humano que participa del mayor acto de creación en continua interacción entre lo externo y lo interno. De tal manera vemos que muchas de las estructuras en las que se apoyará el feto para su desarrollo, como son el cordón umbilical o la placenta, nacen de la propia célula origen, pero que sin el sostén del ambiente externo estarían condenadas a la desaparición. La gestación

⁸⁰ Traducción propia

sería por lo tanto el máximo acto de creación poniendo de manifiesto el vínculo interno-externo necesario para ello y presente en los fundamentos de la DMT.

11. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el inicio, sentí cierta resistencia a usar el término «prenatal» de algún modo porque me parecía una forma de subordinar léxicamente el período intrauterino al momento del nacimiento como hito existencial, desacreditando de alguna manera el lugar de la vida intrauterina per se. Sin embargo, finalmente con la intención de facilitar la comunicación y la claridad del escrito, me decanté por integrarlo como un sinónimo más de «vida intrauterina».

Aun así, espero y deseo que esta elección no haya mermado uno de los principales objetivos de este trabajo (proporcionar al lector la sensación de continuidad existencial entre la vida intrauterina y extrauterina), ya que solo desde este sentir subjetivo se puede mirar y dar continuidad a la posible experiencia vital fragmentada del paciente.

Para proporcionar esta experiencia integrativa ha sido necesario remontarse al desarrollo prenatal desde diferentes perspectivas y desde ahí hemos podido observar cómo tanto las **capacidades sensoriales** como las **habilidades motoras** se construyen y se entrenan ya en la etapa uterina, perfeccionándose para la posterior adaptación al ambiente ex-útero.

Por otra parte, diversos autores también recogidos aquí han puesto de manifiesto la rica **experiencia afectiva y relacional** del feto en la etapa prenatal, proyectando una imagen de éste como un ser sintiente y relacional, enfatizando la predisposición innata a la relación en un ambiente intrauterino, donde la vida es mucho más interactiva de lo que las dimensiones espaciales invitan a imaginar. Esto se ha puesto de manifiesto tanto a través de la visualización

de interacciones entre gemelos –captadas a través de ultrasonidos– como por la movilidad y la actividad fetal en respuesta a emociones maternas, dando fe de una reciprocidad en el apego prenatal.

De manera paralela, se abre el debate sobre el **psiquismo prenatal**, llegando a la conclusión de que posiblemente este término se pueda aprehender en el contexto uterino, como la experimentación organizada de percataciones sensoriales y corporales. El Yo corporal ocupa un protagonismo único en relación al psiquismo prenatal, entendiendo éste como la experiencia de la totalidad corporal, escapando a las limitaciones cerebrocéntricas.

Podemos concluir, por lo tanto, que el estudio de la vida fetal parece dar fe de la conexión entre la vida pre y postnatal. Sin embargo, el elemento esencial que otorga continuidad existencial al ser humano es la **memoria**, clave a su vez en los procesos terapéuticos. En ella – y en concreto en la **memoria corporal**– me baso para justificar el uso de la DMT en el acercamiento terapéutico a experiencias vitales preverbales como la vida uterina.

En este sentido, el trabajo recoge varios estudios que dan fe de la existencia de memoria en la vida prenatal y de la capacidad del feto para retener información aludiendo a la existencia de una memoria rudimentaria que se acercaría más bien al concepto de **memoria implícita** ligada al material inconsciente. La **memoria prenatal** podría darse tanto por la madurez fisiológica del sistema nervioso central, alcanzado en el tercer trimestre de gestación, como por la hipótesis sostenida por varios autores (Verny, 2014) de que la **memoria sería celular u organísmica** en el sentido más amplio de la palabra, alejándonos del reduccionismo ligado al concepto de memoria cerebral.

Sobre la posible recuperación de material mnésico entorno a experiencias vitales pasadas, se basa el motor de los procesos terapéuticos. Siendo la **psicología prenatal y perinatal** una

disciplina de reciente creación, es indiscutible que muchos de los abordajes terapéuticos hayan ignorado o minimizado esta realidad en sus intervenciones. Sin embargo, la rápida evolución de las técnicas ecográficas ha podido dar fe de la riqueza experiencial in útero desviando el foco de atención de algunos enfoques psicoterapéuticos. Ciertamente es que este escrito por limitaciones temporales y estructurales no recoge la totalidad de las psicoterapias que en la actualidad se interesan por el tema, pero sí puede llegar a transmitir una idea de su planteamiento. Algunas de ellas parten de un trabajo corporal que permitiría hacer de puente entre el consciente y el inconsciente, facilitando de tal modo la integración de experiencias traumáticas pasadas en el presente. El punto común entre dichas terapias corporales –y a su vez diferenciador de la DMT– sería el carácter minuciosamente guiado, catártico y regresivo ligado en muchos de los casos a un estado alterado de conciencia.

En este sentido, tanto desde la psicoterapia PNN como desde la DMT, se insiste en la importancia de que dichas experiencias regresivas se enmarquen dentro de un *setting* terapéutico seguro y conectado con el presente, basado en la dinámica relacional terapeuta–paciente como elemento dinamizador y contenedor de los diferentes procesos. Esta experiencia intersubjetiva gatearía sigilosamente hacia la intersubjetividad relacional temprana del paciente con su entorno primario, accediendo a experiencias vitales tempranas.

Una de las posibilidades que otorga la DMT, a diferencia de los abordajes terapéuticos verbales, sería el fácil acceso a experiencias tempranas preverbales por el hecho de compartir el mismo canal de comunicación: **el cuerpo y su lenguaje**. Por lo tanto, la DMT, por su carácter relacional y por el uso del cuerpo como vía de expresión, podría facilitar en mayor medida la recuperación de dicha experiencia intercorporal temprana del feto o del niño con su entorno.

En conclusión, el cuerpo –testigo incondicional de vivencias que por razones cronológicas y madurativas escaparon al lenguaje– nos proporciona un canal de comunicación no verbal que favorece el acceso a patrones relacionales tempranos propios de la etapa preverbal.

Para finalizar, me he detenido en el **carácter creativo** de la DMT –entendiendo éste como el impulso vital que alimenta la expresión del ser humano, conectando lo interno y lo externo– por ser uno de sus elementos diferenciadores y por las implicaciones que a nivel terapéutico se deducen. Hemos visto que por un lado el proceso de creación conecta directamente con la pulsión más saludable del ser humano y constituye un puente directo hacia el mundo emocional. Por otra parte, permite esa conexión interno–externa tan necesaria: «hemos descrito la creatividad como una fuerza o impulso para manifestarnos en el mundo; para proyectar nuestra realidad interna en las acciones que llevamos a cabo (...)» ⁸¹(García et al., 2012, p. 57).

El proceso creativo es un momento de integración que, en numerosas ocasiones es vivido como una experiencia de unidad ⁸² (García et al. 2012, p. 25)

Esta unidad apela a la necesidad de integración psicofísica a la que aludía en la introducción, cerrando y dando sentido de esta manera al pulso de este escrito.

12. REFLEXIONES PERSONALES SOBRE EL PROCESO

Embarcarme en esta temática para el trabajo de final de máster no fue una decisión fácil, como supongo tampoco lo fue para mis compañeras elegir la suya. En mi caso, el tema

⁸¹ Traducción propia

⁸² Traducción propia

latía en mi interior con demasiada intensidad como para pasar a su lado sin detenerme y eso fue lo que me llevó a querer sobrevolar su estampa. Soy consciente de que el movimiento que acompaña este escrito es –como he mencionado– un «sobrevuelo» que pide tiempo y mayor profundidad para pasar del agitado y veloz aleteo al sereno desplegar de las alas.

Por ello, mi intención se enmarcó desde un comienzo –y espero que así haya sido– en intentar iluminar el foco donde dirigir una posible mirada dentro de los procesos terapéuticos y en concreto en el de la DMT: dicho foco sería las experiencias pre y perinatales.

Enfocar la atención en la vida intrauterina, en mi caso, ha ido de la mano de dos conflictos internos:

Uno de ellos fue el miedo a que la mirada microscópica, necesaria para aprehender el origen de la vida desde su comienzo unicelular, me llevase a la pérdida de una perspectiva global sobre la temática y a alejarme del objetivo principal: «explorar desde un marco teórico las posibilidades de la DMT para hilar la experiencia prenatal y postnatal, apoyándose en un continuo psicósomático, facilitado por la memoria corporal».

El segundo fue el temor a que las teorías entorno al desarrollo prenatal pudieran ejercer un efecto culpabilizante sobre el rol de la madre, por las conclusiones que se pudieran derivar de las consecuencias en el feto de la relación madre-bebé intrauterino. En este sentido, mi intención inicial fue abordar el tema incluyendo una perspectiva social de las dinámicas que acompañan el proceso de gestación. Sin embargo, por limitaciones temporales y por no caer en la dispersión, tuve que desechar dicha postura. No obstante, aprovecho aquí para señalar que, si bien hemos visto que el papel de la madre es vital en este período, ya que por razones biológicas ejerce de elemento contenedor directo, no debemos olvidar que esta función de «sostén», tal y como explicaba Winnicott, es una cuestión de corresponsabilidad en tanto en

cuanto la madre tiene que ser a su vez sostenida por su entorno, ya sea este pareja, grupo familiar o social. Abelló (2011), en referencia a esta idea de Winnicott habla de «tarea múltiple en torno al sostén, una tarea que se desplegaría con efecto telescópico (...)» (p.73)

Me atrevería a decir que este mismo efecto telescópico se ha puesto en marcha para la elaboración de este trabajo que, si bien ha sido directamente sostenido por mí, ha necesitado de un sostén múltiple y en ocasiones invisibilizado para salir adelante.

Siguiendo el paralelismo entre este escrito y el proceso de gestación objeto de estudio, siento este escrito como un inicio a partir del cual seguir creciendo y ahondando, consciente de que las limitaciones temporales dejan muchos campos abiertos e incompletos. Personalmente me gustaría seguir ahondando sobre el nacimiento del psiquismo fetal desde diferentes paradigmas y sobre el concepto de memoria celular.

Por otra parte, de cara a un futuro, sería interesante tener la oportunidad de aplicar la DMT en pacientes que hayan tenido dificultades durante su experiencia pre y perinatal , para poder verificar si la DMT es una herramienta facilitadora en la reelaboración de experiencias uterinas y elaborar propuestas de intervención. En este caso, tal y como hizo Piontelli, un estudio longitudinal con niños de corta edad, puede ser muy interesante porque la cercanía con la etapa prenatal es mayor y da lugar a la posibilidad de menos sesgos.

Espero por lo tanto, que este trabajo pueda contribuir por un lado a ser más sensibles a las experiencias prenatales en los contextos terapéuticos y por otro, que pueda servir de inspiración para seguir desarrollando el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abello, A. y Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Atkins, K. (2008). *Narrative Identity and Moral Identity. A Practical Perspective*. London, England: Routledge.
- Beauvoir, S. (1972). *La femme rompue. L'âge de discrétion*. Paris, France: Folio.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Deuton, W. H., Stringer, A. y Evans, H. M. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4), 201-222.
- Blazy, H. (2012). Thinking the Unthought. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 26(4), 249-258.
- Carbonell, M. R. (2007). Danza Movimiento Terapia, herramienta de apoyo durante el embarazo. Tesina. Máster de Danza Movimiento Terapia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Chamberlain, D. (2014). The sentient Prenate: What Every Parent Should Know. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health*, 28(4), 1-14.
- Chamberlain, D. (1988). The Significance of Birth Memories. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 2(4), 208-226.
- Damasio, A. (2013). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona, España: Booket.
- De Vignemont, F. (2006). A Review of Shaun Gallagher: How the Body Shapes the Mind. *Psyche*, 12(1), 1-7.

- Emerson, W. (Fall 1988). Birth Trauma: The Psychological Effects of Obstetrical Interventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health*, 13(1), 11-44.
- Fedor-Freybergh, P.F. y Hrubý R. (2013). Prenatal and Perinatal Medicine and Psychology Towards Integrated Neurosciences: General Remarks and Future Perspectives. *International Journal in Prenatal and Perinatal Psychology Medicine*, 25 (1-2), 3-15.
- Fischman, D. (2005). Danza Movimiento Terapia. "Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos. I Congreso de Artes del Movimiento. Instituto Universitario Nacional del Arte, Buenos Aires, Argentina.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En H. Wengrower y S. Chaiklin (Eds.), *La vida es danza. El arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Fuchs, T. (2003). The memory of the body. Recuperado de <http://www.klinikum.uniheidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/ppp2004/manuskript/fuchs.pdf>
- Gallagher, S. (2005). How the body shapes the mind. New York, U.S.A.: Oxford. University Press.
- García, M.E. (2007). Il ritmo dei processi mentali e la presenza psicocorporea del terapeuta. En Centro Musicoterapia Benenzon (Ed.) *Musica tra neuroscienze arte e terapia*. Torino, Italia: Musica Pratica.
- García, M.E., Plevin, M., Macagno P. (2012). *Creative Movement and Dance*. Rome, Italia: Gremese.
- Glenn, M., Cappon, R. (2013). Essential Clinical Principles For Prenatal and Perinatal Psychology Practitioners. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 28(1), 20-42.

- Grof, S. (1993). *La mente holotrópica: los niveles de la conciencia humana*. Barcelona, España: Kairós.
- Grof, S. (2010). El viaje chamánico: Observaciones de la terapia holotrópica. Recuperado de <http://www.onirogenia.com/psicologia-transpersonal/el-viaje-chamanico-observaciones-de-la-terapia-holotropica.pdf>
- Herranz Ybarra, P. y Delgado Egido, B. (2013). *Psicología del Desarrollo*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Ingram, J. (2016). Hypnotherapy in the Treatment of Children and Adults Who Suffer Anxiety Due to Prenatal and Birth Trauma. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health, 30(4)*, 1-6
- Janov, A. (2009). *El grito primal*. Barcelona, España: Edhasa.
- Justo, J. (2014). Prenatal Maternal Psychic Development and Fetal Behavior: an Interacting Reality. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 5(1)*, 239-244.
- Kargan, J. y Baird, A. (2004). Brain and Behavioral Development During Childhood. *The Cognitive Neurosciences III*. N. York, U.S.A.: MIT Press, 93-103.
- Khamsi, S. (1985). Psychoanalysis, Birth and before. *Pre and Perinatal Psychology Association of North America, 1(1)*, 6-10.
- Kurjak, A. y Tripalo, A. (2003). The facts and doubts about the beginning of human life and personality. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medecine, 14(6)*, 361-369.
- Laughlin, C. (2015). Constructing the Self: A Neuroanthropological Account. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 29(4)*, 276-299.
- Levine, P.A. (2015). *Trauma and Memory. Brain and Body in a Search for the Living Past*. California, U.S.A.: North Atlantic Books.

- Lowen, A. (2010). *El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter*. Barcelona, España: Herder.
- Lyman, B.J. (2011). Prenatal and Perinatal Psychotherapy with Adults: An Integrative Model for Empirical Testing. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 25(4), 215-234.
- McCarthy, D. (2008). *Speaking about the Unspeakable. Non-Verbal Methods and Experiences in Therapy with Children*. Philadelphia, U.S.A.: Jessica Kingsley Publishers.
- Marc, C. y Seguí, C. (Mayo de 1995). El período prenatal como origen de las estructuras del carácter. Comunicación presentada en el *XI Congreso Internacional de la International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, Heidelberg, Alemania.
- Panhofer, H. (2012). La sabiduría y la memoria del cuerpo. En Giménez, C.(Ed). *La investigación en danza en España*. Valencia: Mahali Ediciones.
- Panhofer, H., Payne, H., Meekums, B. & Parke, T. (2012). The embodied word. In S Koch, Fuchs, T & C Müller (Eds). *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Panhofer, H. (2013). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Papalia, D.E., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México D.F. Mc Graw Hill.
- Piontelli, A. (1987). Infant observation from before birth. *International Journal of PsychoAnalysis*, 68, 453-463.
- Piontelli, A. (2002). *Del feto al niño: un estudio observacional y psicoanalítico*. Barcelona, España: ESPAXS.

- Raymond, S. (1987) Perinatal Memories as a Diagnostic Psychotherapeutic Tool. *Pre-and Perinatal Psychology Journal*, 1(4), p.1-9.
- Sánchez, A. y Beato, M. S. (Eds.). (2001). *Psicología de la memoria. Ámbitos aplicados*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Schmais, C. (1981). Group Development and Group Formation in Dance Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 8, 103-107.
- Schmais, C. (1985). Healing Processes in Group Dance Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 8, 17-36.
- Sierra García, P. y Brioso Díez, A. (2006). *Psicología del desarrollo*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Stern, D. (1991). *El Mundo Interpersonal del Infante*. Madrid, España: Paidós.
- Verny, T. (1981). *The Secret life of the Unborn Child*. New York, U.S.A.: Summit
- Verny, T. (2014). What Cells Remember: Toward A Unified Field Theory Of Memory. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 29(1), 1-9.
- Winnicott, D. W. (1958). *Collected Paper s. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York, U.S.A.: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, España: Laia.
- Winnicott, D. W. (1992). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa