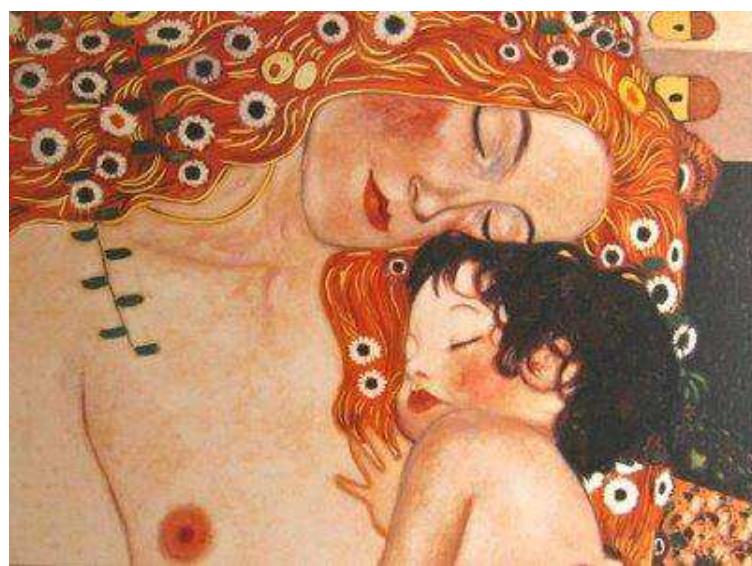


# UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

## ESCUELA DE ENFERMERIA

### TRABAJO DE FIN DE GRADO

### JUNIO 2013



### DESARROLLO DE LOS VINCULOS AFECTIVOS

### DURANTE EL EMBARAZO, PARTO

### Y EL PRIMER AÑO DE VIDA

***BONDING DEVELOPMENT DURING PREGNANCY, LABOR  
AND FIRST YEAR OF LIFE***

Autora : Rosario Duque Núñez.  
Tutora : Lourdes Alvarez Trigueros.

**INDICE:**

<b>1-RESUMEN-----</b>	<b>Pág 3</b>
<b>2-INTRODUCCION-----</b>	<b>Pág 5</b>
<b>3-CAPITULO I : VINCULOS AFECTIVOS EN EL EMBARAZO-----</b>	<b>Pág 16</b>
<b>4-CAPITULO II : VINCULOS AFECTIVOS DURANTE EL PARTO-----</b>	<b>Pág 19</b>
<b>5-CAPITULO III : VINCULOS AFECTIVOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA-----</b>	<b>Pág 28</b>
<b>6-CONCLUSIONES -----</b>	<b>Pág 38</b>
<b>7-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----</b>	<b>Pág 40</b>

## **RESUMEN**

El ser humano es un ser social por naturaleza, y como tal necesita del contacto con otros para desarrollarse. Nacemos con una predisposición innata a vincularnos. El objetivo de esta vinculación es doble: por un lado proporcionar **la supervivencia física**, cumpliendo así funciones biológicas, y por otro lado **configurar la estructura mental del individuo** a través de la presencia y el contacto con la “figura de apego” (que generalmente es la madre), la cual funciona como una base segura desde la cual explorar el mundo, interactuar con el entorno y con los demás, posibilitando a su vez la confianza y seguridad para un adecuado desarrollo de la personalidad y despliegue de la propia autonomía.

Los objetivos de esta monografía son, por un lado, revisar las aportaciones que fundamentan **la teoría del apego** y vinculación temprana, eje fundamental de este trabajo, y por otro demostrar como los trastornos en la creación del vínculo afectan al desarrollo psicoevolutivo en cada una de las diferentes etapas a estudio: embarazo, parto y primer año de vida.

## **PALABRAS CLAVE:**

-Apego

-Vínculo

-Teoría del Apego

-Embarazo

-Parto

-Infante

## **ABSTRACT**

Human being is social by nature, and this is the reason why needs the contact with others to develop it self. We are born with natural predisposition to bonding. The aim of bonding is first of all **The guarantee of surviving**, according to biological behaviours and besides, **configure a mental structure** through the presence and contact with the adherence figure (generally the mother), who works as a safety basis. From this basis human being is brought to interact with the environment and people, becoming a confident person in order to reach autonomy.

Aiming of this monograph will be, initially, reviewing the supporting of **attachment theory** and early bonding, essential axis in this monograph. On the other hand showing how disruptions in the bonding creation affects the psychoevolutive developing in each stage: pregnancy, labor and first year of life.

## **KEY WORDS**

-Attachment

-Bonding

-Attachment theory

-Pregnancy

-Labor

-Infant

## **INTRODUCCION**

Desde que nacemos los seres humanos necesitamos establecer lazos afectivos para poder sobrevivir. A diferencia de otras especies, requerimos de un largo periodo de maduración desarrollo y cuidado antes de ser reconocidos como individuos autónomos. Este periodo esta marcado por la influencia que ejercen nuestros cuidadores primarios. Muchos teóricos entre ellos el propio Bowlby (creador de la teoría del apego) han realizado diversas investigaciones al respecto constatando la importancia que tiene la creación de los primeros vínculos afectivos en el desarrollo de la futura personalidad del adulto. Antes de comenzar a analizar la Teoría del Apego, definiremos dos conceptos básicos para su comprensión.

### **1.1 DEFINICION DE VINCULO Y APEGO.**

Si buscamos en el diccionario la definición de vínculo encontraremos que es una palabra que proviene del latín “vinculum” cuyo significado es unión, atadura de una persona o cosa con otra.

**Vínculo afectivo** : Es el lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida en un contexto de comunicación y desarrollo. Las funciones del vínculo son:

- mantener la proximidad con el cuidador principal.
- provocar un sentimiento de seguridad que promueva la exploración.
- regular las emociones.
- promover estrategias frente al estrés.
- favorecer la sociabilidad.

**Apego** : Mecanismo preprogramado que activa toda una gama de comportamientos posibilitando la vinculación madre-hijo con el objetivo biológico de proveer la proximidad, protección y seguridad por parte del cuidador, permitiendo la exploración de lo desconocido.

Bowlby va a emplear el término “figura de apego” para designar a esa persona con la que el recién nacido establece una relación especial. A este vínculo especial lo va a llamar “Apego”. Todos los autores coinciden, en la importancia que tienen las primeras relaciones humanas en la creación del propio vínculo, en el desarrollo de la personalidad y en su salud mental, pero no todos coinciden en lo referente a la naturaleza y origen del vínculo.

TEORIAS SOBRE EL ORIGEN DEL VINCULO.

1-Teoría del impulso secundario<sup>1</sup>: considera la relación afectiva del niño como un proceso secundario, condicionado por otros impulsos primarios mas básicos y originales, por lo que el hecho de que el bebe se interese por la madre y cree con ella un vínculo se debe a que satisface sus necesidades, con lo cual aprende a que ella es una fuente de gratificación. Esta teoría es defendida por los psicoanalistas. Sin embargo se ha demostrado en diversos estudios, tanto en el hombre como en otras especies, que la conducta de apego puede desarrollarse y dirigirse hacia objetos que no suministran esos refuerzos (como ya veremos mas adelante en los experimentos realizados por Harlow).

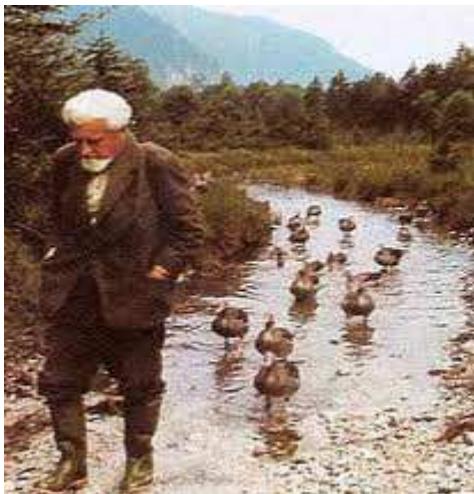
2-Teoría de la conducta instintiva: postula que el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conductas en los cuales la proximidad con la madre es una consecuencia previsible. Los sistemas de conducta que el niño posee son: conductas procuradoras del contacto corporal (reflejo prensor, de succión...). Conductas que manifiesta preferencia perceptiva por los estímulos sociales como la voz y el rostro humano, y por último señales de comunicación social (gesto, llanto, risa...). La madre también posee sistemas conductuales para el desarrollo del vínculo afectivo: tendencia a establecer un contacto piel con piel con su bebe interacciona en un nivel no verbal ,contacto frente a frente. Las necesidades biológicas son resueltas en un contexto mas global de besos, caricias ,palabras suaves.....En la especie humana el bebe nace en un estado de gran inmadurez y su desarrollo es muy lento, por eso es la especie en la que mas tarda en aparecer la conducta de apego.

**1.2 ORIGENES DE LA TEORIA DEL APEGO**

A través del tiempo la relación temprana del niño con su madre ha sido motivo de muchas investigaciones. Hasta mediados del siglo XX “el apego” entre un niño y su madre era explicado por la corriente psicoanalítica. Los primeros trabajos en esta línea fueron realizados por Rene Spitz (1935), psicoanalista austriaco, fue uno de los primeros en utilizar como método de investigación la observación del niño. Sus estudios se basaron en investigaciones sobre “hospitalismo”<sup>2</sup>en niños de un orfanato. Afirmó tras sus investigaciones que “que el desequilibrio en el desarrollo causado por las condiciones ambientales desfavorables durante el primer año de vida de un niño , produce un daño psicosomático que no puede ser reparado”. Otro de sus estudios demostró que en circunstancias favorables y con una organización adecuada se puede lograr un desarrollo positivo. La madre seria la representante del medio externo y a través de ella el niño puede comenzar a constituir la objetividad.

A mediados de los cincuenta comienzan a aparecer las aportaciones etológicas al estudio de la afectividad. Las mas relevantes fueron las elaboradas por Lorenz y Harlow. El interés primario de los etólogos era entender los mecanismos y la programación que producen patrones innatos de comportamiento y las motivaciones por las cuales se comportan de ese modo.

**Konrad Lorenz (1935)** basó gran parte de sus estudios, en experimentos realizados con aves. Describió la existencia de un periodo cercano al nacimiento durante el cual las aves se vinculan al progenitor. A éste periodo se le denomina “IMPRONTA”, y es en éste periodo donde se establece un fuerte lazo de unión (vinculo de apego) entre las crías y sus madres, a las que seguían nada mas romper el cascaron . Gracias a la imprenta, el animal recién nacido fija su atención y se vincula con el primer objeto que ve, oye o toca. Este objeto normalmente será la madre, aunque en sus estudios las crías le seguían a él como si fuese su propia madre, si ésta, no estaba presente en el momento de nacer. Desde la perspectiva de Lorenz, esto ocurre con muchas especies, incluida la humana. Nacemos con un instinto que nos predispone a vincularnos para favorecer así la supervivencia.



Pero fue **Harry Harlow (1958)** con sus investigaciones con monos, quien encaminó a Bowlby a la construcción de la Teoría del Apego. Harlow en su articulo “The nature of love” (1958) y Zimmerman (1958-1959), observaron que cuando los bebes Rhesus eran llevados al laboratorio, separados de sus madres reales, y éstas, eran sustituidas por dos madres artificiales (una de ellas estaba recubierta de felpa, y la otra no era mas que un armazón de alambre, madera y cables dotada de pezones artificiales), Harlow descubrió, que los monos bebe, pasaban cerca de diecisiete a dieciocho horas con la madre de trapo y menos de una hora con la de alambre con independencia de cual de las dos les proporcionara el alimento<sup>3</sup>. Tras éste estudio Harlow afirmo, que el contacto físico es la variable más importante para el establecimiento del vínculo maternal. A partir de estas observaciones en primates, se evidenció que el concepto de apego se da en las crías de casi todas las especies de mamíferos, incluidos los seres humanos.

**John Bowlby (1907-1990)** psicólogo, psiquiatra y psicoanalista inglés, perteneció a una familia de clase media alta, fue criado por una niñera. Su padre murió de forma trágica cuando tan solo tenía cuatro años. Fue un niño desatendido durante la infancia, ya que tan sólo veía a su madre durante una hora al día, después de la hora del té. Esto se debía a que la aristocracia británica consideraba que la atención parental excesiva era contraproducente. La situación se agravó cuando su niñera abandonó su casa. Esta separación le marco profundamente, representando para él como la muerte de su propia madre. A los siete años fue ingresado en un internado, conforme a los cánones educativos de su condición social. Bajo estas circunstancias, todas estas separaciones que vivenció, hacen lógico comprender, el porqué de sus posteriores estudios centrados en la ansiedad y angustia inherentes a cualquier separación .

Paradójicamente lejos de destruirle, aquellas experiencias le dotaron de una sensibilidad al sufrimiento infantil, que le acompañó el resto de su vida. En los años de la posguerra comenzó a trabajar en instituciones para niños inadaptados y carentes de afecto. Trabajó para la OMS en 1951, elaborando la obra “Cuidados maternales y Salud mental”. En esta obra el autor desarrolla y consolida sus ideas respecto al “Apego”, elaborando una teoría que ha resistido el paso del tiempo y hoy continúa vigente.

Inspirado en los estudios de “IMPRONTA” de Lorenz, esbozó su teoría en el artículo “la naturaleza del vínculo del niño con su madre” (International Journal of Psychoanalysis 39, 1958). Hoy en día, es el enfoque más aceptado sobre los vínculos afectivos. La Teoría del Apego describe y conceptualiza los efectos de los vínculos tempranos en el desarrollo psicológico del niño, la tendencia propia de los seres humanos a crear vínculos entre sí, y la consecuencia de no contar con ellos<sup>4</sup> (Casulla & Fernández, 2005). Bowlby considera “el apego” a todo comportamiento que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte o sabia, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño y sus cuidadores<sup>1</sup>.

Respecto al proceso en el que se establece el apego, Bowlby (1976) divide el desarrollo de la conducta de apego en cuatro fases:

1-conductas procuradoras del contacto corporal: reflejo prensor, reflejo de moro o del abrazo, reflejo de búsqueda y reflejo de succión.

2-conductas que favorecen los estímulos sociales: la voz y el rostro humano.

3-señales de comunicación social: gesto, llanto sonrisa.

4-conductas de formación de relaciones recíprocas. El niño va adquiriendo cierta comprensión de los sentimientos y motivación que mueve a la madre.

En la especie humana el bebé nace en estado de gran inmadurez y su desarrollo es muy lento, por eso es la especie en la que más tarda en aparecer la conducta de apego. La conducta materna que contribuye a que se desarrolle el vínculo afectivo firme y fuerte viene caracterizado por su sensibilidad para responder a las señales del bebé, por mantener un contacto físico frecuente y sostenido y por la existencia de un ambiente regulado, de tal forma que el bebé puede percibir las consecuencias de su propia conducta social, llevándole a percibir resultados previsibles y poder establecer una relación recíproca con la madre. La teoría del apego se basa en la necesidad que presenta el bebé de estar próximo a su madre o cuidador principal ya que éste le proporciona los cimientos necesarios para su posterior desarrollo. La falta de cuidados maternos puede llevar a un desajuste en la integración social y dificultades en las relaciones interpersonales.

La Doctora Alicia Oiberman afirma en sus investigaciones sobre vínculo y apego<sup>5</sup> que “el apego garantiza la proximidad entre la madre y el bebe aún después de haber satisfecho necesidades tales como el hambre y el frío”. Así es que el bebe no desarrolla un vínculo social con la madre solamente por la asociación de ella con la satisfacción del hambre o el alivio del dolor, sino que lleva consigo, una tendencia biológica innata orientada al desarrollo de vínculos sociales para también, mas adelante, poder integrarse y pertenecer a un grupo.

**Donald Winnicott (1896-1971).** Pediatra y psicoanalista inglés, centra su teoría en el desarrollo emocional del infante, planteando la relación madre-hijo como una unidad inseparable. La madre experimenta una preocupación primaria, que se desarrolla principalmente en el embarazo, parto y que continúa varias semanas tras el nacimiento. La madre sufre un “replegamiento”, centrando su existencia en su hijo. Esta identificación madre-hijo en los primeros momentos de la vida, es esencial para la supervivencia. Winnicott incluye el concepto de “madre suficientemente buena” definiéndola como aquella que se adapta a las necesidades del hijo, de manera adecuada al momento madurativo. El bebe aprende a tolerar la ausencia gradualmente, en base a la confianza de la reaparición de la madre, y al registrar estas ausencias inicia el reconocimiento del mundo exterior. La madre suficientemente buena hace experimentar al niño la frustración necesaria para el desarrollo individual, poco a poco el bebe entiende que la desilusión gradual le va a ayudar a aceptar la frustración. Elabora en sus estudios la “TEORIA DEL OBJETO TRANSACIONAL” definiéndola como un objeto material que posee para el niño un valor preferente. Este permite efectuar la transición entre la primera relación oral y una verdadera relación de objeto. De este modo se convierte en una eficaz defensa contra la angustia y opera como un refugio simbólico donde el niño puede depositar y proyectar sus temores, ansiedades y fantasías. No obstante aunque tal refugio actúa como una representación de la madre, como su símbolo, el niño es capaz de distinguirlo, sabe que no es ella. Al utilizarlo, simbólicamente, el niño ya está en condiciones de diferenciar la realidad de la fantasía, lo interior y lo exterior<sup>6</sup>.

**Mary Ainsworth (1913-1999).** Psicóloga estadounidense, en 1950 se traslada a Londres uniéndose al equipo de investigación de la clínica Tavistock, donde conoce a J..Bowlby que en ese momento era el director del proyecto de investigación que trataba sobre los efectos de la separación maternal sobre el desarrollo de la personalidad de los niños. En 1954 realiza sus propias investigaciones en Uganda. La investigación se centró, en los efectos de la presencia-ausencia de la madre sobre la conducta exploratoria de los niños. Las aportaciones de Mary Ainsworth permitieron la expansión de la Teoría del Apego. En 1970 junto a Bell diseñaron un estudio experimental al que denominaron “SITUACION EXTRAÑA” para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración en condiciones de alto estrés, en las que el infante es sometido a una serie de separaciones y reencuentros con la figura de apego. Consta de ocho episodios de treinta minutos cada uno, en los que la madre y el niño son introducidos en una sala de juegos con una persona desconocida .

DESARROLLO DE LOS VINCULOS AFECTIVOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PRIMER AÑO DE VIDA.

<i>Número de Episodio</i>	<i>Personas Presentes</i>	<i>Duración</i>	<i>Breve descripción de la acción</i>
<b>1</b>	<i>Madre, bebé y observador.</i>	30 minutos.	<i>El observador introduce a la madre y al bebé en la sala experimental, y sale.</i>
<b>2</b>	<i>Madre y bebé.</i>	3 minutos	<i>La madre no participa mientras el bebé explora. Si es necesario, se estimula el juego pasados dos minutos.</i>
<b>3</b>	<i>Desconocido, madre y bebé.</i>	3 minutos	<p><i>Entra el desconocido. 1º minuto: el desconocido permanece en silencio.</i></p> <p><i>2º minuto: el desconocido conversa con la madre.</i></p> <p><i>3º minuto: el desconocido se aproxima al bebé. Después de 3 minutos la madre sale discretamente.</i></p>
<b>4</b>	<i>Desconocido y bebé.</i>	3 minutos o menos.	<i>1º episodio de separación. La conducta del desconocido se coordina con la del bebé.</i>
<b>5</b>	<i>Madre y bebé o más.</i>	3 minutos	<i>Primer episodio de reencuentro. La madre entra, saluda, y reconforta al bebé. Despues intenta que vuelva a jugar. La madre sale entonces despidiéndose.</i>
<b>6</b>	<i>El bebé solo.</i>	3 minutos o menos.	<i>2º Episodio de separación.</i>
<b>7</b>	<i>Desconocido y bebé.</i>	3 minutos o menos.	<i>Continua la segunda separación. El desconocido entra y coordina su conducta con la del bebé. Intenta interactuar con él.</i>
<b>8</b>	<i>Madre y bebé</i>	3 minutos.	<i>2º episodio de reencuentro. La madre entra, saluda al bebé, y le coge en brazos. Mientras tanto, el desconocido sale discretamente.</i>

**Sacado de : "Desarrollo socioafectivo en La Primera infancia". M.Ortiz, M.Fuentes .F:López, J.Palacios.**

En el método de “**situación extraña**” Concluyó afirmando:

Los niños que exploraban y jugaban mas en presencia de su madre, esta conducta disminuye cuando entra el desconocido .Todos estos datos sirvieron de apoyo empírico para afirmar que” la madre funciona como una base segura para la exploración y que la percepción de cualquier amenaza activa las conductas de apego y hace desaparecer las conductas exploratorias”. A través de este estudio Ainsworth<sup>7</sup> identificó tres tipos de apego:

**1-APEGO SEGURO.** Los niños buscan interactuar con su cuidador y este responde conforme a sus requerimientos, confía en que sus progenitores le ayudaran si se encuentra en situación adversa. Con esta seguridad se animan a explorar el mundo exterior, protestan y disminuyen la actividad exploratoria cuando se les separa del cuidador. Ainsworth creía que estos niños mostraban un patrón saludable<sup>8</sup> en sus conductas de apego. La responsividad diaria de sus madres había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la “situación extraña” les animaba a explorar sus alrededores. En líneas generales los niños con apego seguro tendrán mayor probabilidad de tener relaciones interpersonales satisfactorias, relaciones íntimas estables y serán personas mas seguras. Diferentes estudios consideran que estos niños representan el 65%.

**2-APEGO ANSIOSO –EVITATIVO.** El niño no busca interactuar con su cuidador, no protesta ante las separaciones y parece no estar angustiado. Trata de desenvolverse sin el apoyo de otros. Estos sentimientos son producto del constante rechazo-ausencia de la figura materna cuando el niño busca consuelo o protección. Las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño por lo que los niños se mostraban inseguros y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación. Representan un 20%.

**3-APEGO ANSIOSO-AMBIVALENTE.** El niño interactúa poco con su cuidador. Mantiene una combinación de conductas de contacto y rechazo. Temeroso ante la exploración del mundo exterior, propenso al aferramiento. Puede protestar de forma intensa en la separación (lanzando juguetes, golpeando....).En el reencuentro rechaza a la madre/cuidador. Las madres de estos niños habían procedido de forma inconsciente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen. Representan el 10%.

### **MARY MAIN Y JUDITH SALOMON (1990)**

Describieron un cuarto grupo de tipo de apego al que llamaron:

**4-APEGO DESORGANIZADO O DESORIENTADO.** Es considerado el de más alto riesgo puesto que los padres presentan incompetencias parentales severas y problemas emocionales graves, producto de experiencias traumáticas en su infancia, tales como haber sido víctima de maltrato infantil, negligencias, abandono, abusos sexuales y un sinfín de experiencias traumáticas no elaboradas. Este estilo de apego en particular se vincula de manera directa con el maltrato infantil. Los padres que establecen una relación vincular de apego desorganizado con sus hijos, no sólo no poseen las capacidades parentales para responder de manera adecuada a las necesidades básicas y afectivas de sus hijos, sino que la mayoría de las veces, los maltratan física y psicológicamente. Las estadísticas demuestran que, el 80% de los niños que manifiestan este estilo de apego sufre maltrato infantil severo en su hogar. Lyons-Ruth & Block, (1996) citado en Dantagnan (2005) afirman que: "Mientras más severa es la historia de violencia y abuso de los padres, más hostil es la relación con sus hijos. (...) las experiencias traumáticas no elaboradas, impregnán sus prácticas parentales de miedos intensos y angustias, que se transforman en rechazo, violencia física o abuso sexual". Son niños que demuestran gran inseguridad y conductas contradictorias, cuyo patrón de apego es buscar la proximidad a la madre de maneras extrañas y desorientadas (aproximarse a la madre de espaldas, quedarse inmóvil, mirar fijamente al espacio, mirar hacia otro lado al ser sostenidos por la madre, estereotipias, deambular desorientado de un lado a otro).

**FRANZ RUPPERT.** Profesor de psicología en la Universidad de Munich. Psicólogo y psicoterapeuta que desde 1995 trabaja sobre el trauma ocurrido durante el periodo de vinculación temprana, comprobando la importancia que tienen sus consecuencias para la experiencia del ser, resultando, una simbiosis traumática que condiciona las relaciones con los demás. Hace quince años comenzó a estudiar los comportamientos derivados del apego no seguro. Para Ruppert "el trauma simbiótico"<sup>9</sup> es generado por cualquier tipo de apego no seguro. Este autor apoya que el desarrollo del vínculo comienza ya desde el embarazo. Define el embarazo como "un proceso inconsciente y sin palabras en el que el feto resuena emocionalmente con la madre y viceversa ".En el cerebro límbico (que es donde se encuentra nuestra parte emocional) es donde se produce el vínculo. Sostiene que "un trauma en el periodo de vinculación tiene consecuencias fundamentales para la experiencia del ser, resultando una simbiosis traumática que condicionará las futuras relaciones con los demás". Como resultado de esta experiencia traumática la personalidad se fragmenta en diferentes partes: \*Una es la memoria del trauma.\*Otra parte al servicio de la supervivencia \*Y otra parte sana desde la cual se mantiene el contacto con uno mismo y con la realidad. Para sanar el trauma es preciso acceder a la parte saludable y autónoma dentro de la estructura de la personalidad. Los niños con apego seguro tienen una parte sana muy clara, pero los que han vivido en ausencia /rechazo de su madre (trauma) padecen sentimientos de soledad, miedo, rabia,dolor....junto con dificultades emocionales y de relación a lo largo de toda su vida.

**KLAUS Y KENNELL (1978).** Proponen<sup>10</sup> la hipótesis de que existe, inmediatamente después del parto, un período durante el cual el apego de la madre hacia su hijo se desarrolla. Durante este período tan particular, cuya duración se estima entre pocos minutos y pocas horas, la probabilidad que ciertos acontecimientos den origen a los lazos afectivos madre-hijo será más fuerte en este período que en cualquier otro momento de la vida del niño. Más específicamente, entre la madre y el hijo se desarrollan interacciones complejas y crean una unión permanente entre ellos. Klaus y Kennell<sup>11</sup> afirman que un contacto entre la madre y el infante durante este período es esencial para que el desarrollo ulterior del niño sea óptimo. La hipótesis del bonding tiene sus raíces en dos campos de investigación distintos. Por un lado, Klaus y Kennell, para elaborar su teoría, se inspiraron en investigaciones sobre el apego de los animales. Del otro lado, sus reflexiones fueron alimentadas por las numerosas observaciones realizadas a propósito de los problemas del apego presentes en las madres de niños que sufrieron una larga estadía en la unidad de cuidados intensivos.

**KAPLAN Y MAIN (1985)**<sup>12</sup> diseñaron un cuestionario, el *Adult Attachment Inventory* (AAI), que sirve para evaluar el modelo interno activo de las personas adultas. En este cuestionario se pregunta al sujeto por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia así como por la valoración de estas experiencias. No se trata de evaluar las experiencias objetivas del sujeto sino la interpretación y elaboración que hace de las mismas. A través de este procedimiento se obtienen tres tipos distintos de modelos internos activos:

1. Padres seguros o autónomos que muestran coherencia y equilibrio en su valoración de las experiencias infantiles, tanto si son positivas como si son negativas. Ni idealizan a sus padres ni recuerdan el pasado con ira. Sus explicaciones son coherentes y creíbles. Estos modelos se corresponderían con el tipo de apego seguro encontrado en niños. Estos padres suelen mostrarse sensibles y afectuosos en sus relaciones con sus hijos, que suelen ser clasificados como seguros en la Situación del Extraño.
2. Padres preocupados. Muestran mucha emoción al recordar sus experiencias infantiles, expresando frecuentemente ira hacia sus padres. Parecen agobiados y confundidos acerca de la relación con sus padres, mostrando muchas incoherencias y siendo incapaces de ofrecer una imagen consistente y sin contradicciones. Estos padres se muestran preocupados por su competencia social. En su relación con sus hijos muestran unas interacciones confusas y caóticas, son poco responsivos e interfieren frecuentemente con la conducta exploratoria del niño. No es extraño que sus hijos suelan ser considerados como inseguros-ambivalentes.
3. Padres rechazados. Estos padres quitan importancia a sus relaciones infantiles de apego y tienden a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas. Lo poco que recuerdan lo hacen de una forma muy fría e intelectual, con poca emoción. El comportamiento de estos padres con sus hijos, que son generalmente considerados como inseguros-evitativos (Ain y Hesse, 1990).

Algunos estudios encuentran una cuarta categoría: padres *no resueltos*, que serían el equivalente del apego inseguro desorganizado/desorientado. Se trata de sujetos que presentan características de los tres grupos anteriores y que muestran lapsus significativos y desorientación y confusión en sus procesos de razonamiento a la hora de interpretar distintas experiencias de pérdidas y traumas (Main y Hesse, 1990).

**ORTIZ BARON Y YARNOZ YABEN(1993).** "El apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica que perdura en el tiempo".

**SROUFE Y WATERS (1997).** Describieron el apego como: "Lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan con un sistema conductual que opera flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos en interacción con otros sistemas de conducta". La activación de conductas de apego depende de la evaluación por parte del infante de un conjunto de señales del entorno que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primero y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996).

**PETER FONAGY (2002).** En su elaboración teórica<sup>13</sup> toma en cuenta tanto los aportes del psicoanálisis, como los de la teoría del apego, y las neurociencias. Introdujo el concepto de mentalización. Para Fonagy (1998), la mentalización, o función reflexiva, consiste en la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en otros; es la habilidad de dar una interpretación convincente a la conducta propia y de otros, a partir de los estados mentales subyacentes. El significado de los afectos se desarrolla a través de representaciones integradas del afecto de uno mismo y de los otros. Plantean que "Es la combinación de la representación de la experiencia propia y la representación de la reacción del cuidador lo que permite que el niño elabore el modelo teleológico de la mente y le permite entender las demostraciones afectivas de los otros, a la vez que hará que pueda regular sus propias emociones" En el primer año de vida del bebé con el cuidador, el primero adquiere las bases de la competencia en la teoría de la mente. Para Fonagy (1993), lo que el cuidador aporta a la relación con el niño parece ser crítico para el establecimiento tanto del apego seguro como de la mentalización. El cuidador sensible interacciona con el niño considerándolo como persona y enlaza desde la realidad física con la experiencia interna del niño. De forma inconsciente, con su conducta, el cuidador asigna un estado mental al niño, tratándolo como un agente mental. El niño lo percibe y lo usa en la elaboración de modelos teleológicos, lo que permite el desarrollo de un sentido básico de la propia individualidad. El que el niño desarrolle y perciba estados mentales en sí mismo y en otros depende, en un primer momento, de su observación del mundo mental del cuidador, a través de compartir con él experiencias (juego simbólico, conversaciones, etc.), y posteriormente entrarán en juego también las conversaciones e interacciones sociales que tenga el propio niño.

### **1.3 ACUERDOS, NORMATIVA Y CONVENIOS INTERNACIONALES EN DEFENSA DE LA SALUD MENTAL INFANTIL.**

La teoría del apego ha contribuido a establecer determinadas políticas y prácticas encaminadas a la protección de la infancia, reivindicando una protección legal e integral para garantizar el desarrollo emocional y los vínculos afectivos que el niño haya establecido. J.Bowlby en 1951 elaboró un informe para la OMS que tuvo un gran impacto cultural, político y científico.

- El primer contexto normativo del cual tenemos constancia fue la Declaración de los derechos del niño aprobado por asamblea general de las Naciones Unidas en **1959**. En su artículo nº2 “El niño gozará de protección especial para que pueda desarrollarse física, mental, moral y espiritualmente”. En el artículo nº6 “Siempre que sea posible crecerá al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material”.
- El 20 de noviembre de **1989**, fue adoptada por asamblea general de la ONU la Convención de los derechos del niño, fue el primer código universal, legalmente obligatorio, que contiene normas que entregan orientaciones éticas, valores y operaciones destinadas a la protección y cuidados necesarios para lograr el bienestar de los niños. España ratificó este convenio el 20 de diciembre de 1990 y posteriormente se convirtió en ley. En sus artículos destaca “que los menores deben desarrollarse en un ambiente familiar que le proteja, oriente y guíe, reconociendo el derecho a vivir con sus padres a menos que sea necesario una separación por el interés del niño (art nº9) siendo el Estado quien lo garantice.
- En el artículo nº39 de La Constitución Española de 1978 alude a la protección de la familia y de la infancia
- En el artículo nº24 Título III de La Carta de los Derechos Fundamentales de la E.U enumera los derechos a los que el niño tiene derecho.
- La Ley Orgánica 1/1996 habla de la protección jurídica del menor y las leyes autonómicas sobre los derechos de la infancia.
- La Ley de Cantabria 7/1999 28 de Abril protege la infancia y adolescencia, salvaguarda los derechos y propicia un entorno alternativo y estable y seguro.
- Decreto 23/2007 de 1 de Marzo que incluye los derechos de la madre, padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario de Cantabria.



## **CAPITULO I**

### **DESARROLLO DEL VINCULO AFECTIVO DURANTE EL EMBARAZO**

El embarazo supone para la mujer, uno de los acontecimientos más importantes de su vida. Las relaciones madre-hijo surgen desde el inicio de la gestación y son predictivas del propio vínculo que creará el niño. La creación de este vínculo forma parte del proceso biológico natural del embarazo, tiene sus precursores desde el momento anterior a la concepción, en donde ya se inicia la fase de deseo. Durante la gestación existen cambios tanto somáticos, físicos y psíquicos que generan una profunda ambivalencia en la madre hacia el embarazo. El concepto que desarrolle de sí misma como futura madre y la calidad esas primeras relaciones afectivas, serán determinantes para el desarrollo de las relaciones entre ambos.

#### **1.1 CREACION DEL VINCULO AFECTIVO EN EL EMBARAZO**

La creación del vínculo<sup>1</sup> madre-hijo va a depender de:

- Antecedentes maternos: Al comenzar la gestación la madre tiene reservas emocionales favorecidas por el apoyo recibido por su familia. El autoconcepto y conocimiento de que sabe desempeñar su rol materno esta condicionado por factores positivos entre los que encontramos:
  - Embarazo planeado.
  - Salud durante la gestación.
  - Economía familiar.
  - Atención prenatal temprana.
  - Características de la relación de pareja.
  - Fantasías asociadas al hijo por nacer.
  - Experiencias vividas en torno a la gestación.
  - Personalidad previa.
- Características del niño: El bebé se convierte en una fuente de satisfacción para la madre, influyen factores positivos como:
  - Sexo preferido .
  - La salud del niño.
  - Nacimiento a término.
- Experiencia hospitalaria: El trabajo de parto y alumbramiento influyen en la relación del hijo con la madre. Complicaciones pueden distorsionar la percepción materna del niño, y la madre estará más pendiente de sus propias necesidades y tal vez atribuya al niño sus molestias.

La experiencia del embarazo es una etapa del ciclo vital que genera un proceso de redefinición, con amplias posibilidades de modificar el modelo operativo interno de la mujer (Bowlby, 1995; Bretherton, 1999). Es un periodo dinámico donde se produce una mayor permeabilidad y vulnerabilidad y en el cual la mujer reedita su propia historia víncular y en el cual aumenta el riesgo de padecer una reactivación de patologías previas.

La mujer que ha vivido un adecuado proceso de socialización en familia, edifica una buena imagen de si misma como futura figura materna. Usará esas imágenes vivencias y conductas aprendidas para la creación de su propia familia .A nivel afectivo se produce una interacción entre las señales que la madre percibe, como las interpreta generando en la madre unos sentimientos que a su vez son percibidos por el feto y repercuten en él.

**BORIS CIRULKYN**. Como neuropsiquiatra plantea “cuando el bebe humano llega al mundo, nace ya con una preferencia neurosensorial”. Las técnicas ecográficas han permitido hacer un seguimiento del feto y comprobar la existencia de ciertas competencias sensoriales.

### **1.2 REACCIONES SENSORIALES DEL FETO INTRAUTERO.**

- **VISION.** Según Pérez Llorca<sup>14</sup>, la visión está integrada por dos funciones distintas, ver y mirar. El recién nacido mira pero no ve, posiblemente porque no tiene experiencia de imágenes durante la gestación. El feto intraútero no ve, pero es capaz de captar luminosidades intensas desde el interior y exterior del habitáculo.
- **OLFATO.** El hecho de que el recién nacido huela a la madre y no al padre, puede ser debido al propio olor de la leche materna, aunque niños lactados con biberón siguen oliendo a la madre, quizá por los efluvios de la piel y el sudor. Incluso otros, al faltar la madre, eventualmente dejan de tomar biberón, hasta que se les hace oler prendas de la madre. Todo esto es explicado por los psicoanalistas como que esto es debido a “la información olfatoria proveniente de la vida intrauterina pudiera explicarse porque el quimismo de la sangre fetomaterna, el líquido amniótico, tuvieran un olor específico, capaz de ser retenido en un proceso de memoria almacenada y correlacionado con un agente generador: la madre.
- **GUSTO.** Los órganos del gusto surgen al tercer mes de vida intrauterina. Esta demostrado, que los receptores gustativos son de fácil excitación dentro del útero, ya que los productos aromáticos y sabrosos se pueden detectar en la alimentación de la madre y en el medio acuoso del líquido amniótico. Se ha comprobado que soluciones glucosadas intraamnióticas genera expresiones fetales de complacencia al deglutar líquido amniótico, mientras que las de tipo salino u otras sustancias de sabor acre (lipiodol) promueven su rechazo.
- **TACTO.** Filogenéticamente, es el primero de los sistemas sensoriales. El tacto fetal ha sido explorado por medio de la sensibilidad a los sonidos de baja frecuencia y a las vibraciones. Se evidencia una respuesta táctil precoz intraútero. Este alto umbral de sensibilidad se correlaciona funcionalmente con la evidencia de los reflejos de succión prenatales. El feto adquiere el hábito de succionar el pulgar, hecho que perdura en los primeros meses de la etapa posnatal y que los psicoanalistas encuadra dentro de la denominada “fase oral”. A través de la piel también le llega al feto información del exterior (frío, calor, placer, dolor...). A través del tacto la madre comienza a establecer el vínculo afectivo por medio de la caricia en el abdomen. Se ha comprobado ecográficamente que la fricción energética sobre el vientre de la madre, despierta una singular respuesta de movimientos fetales. Por el contrario, fetos exageradamente móviles, calman su macrocinesia cuando la madre intenta acariciarle a través de su propio abdomen, en un intento de masaje gratificante.
- **OIDO.** El oído interno, a los seis meses de vida intrauterina, tiene una anatomía similar a la del adulto, dando muestras de receptividad auditiva. Existe un ruido base provocado por los latidos vasculares, el flujo placentario y la voz materna que es superior en intensidad a otras voces (el feto distingue mejor los agudos

Que provienen de la madre, que los graves de procedencia paterna). Estudios realizados, demuestran un cierto poder de memorización de los sonidos percibidos intraútero, con capacidad de evocación posterior. Ejemplo: tras el nacimiento, la reproducción de cintas grabadas con ruidos intrauterinos basales, así como su propio latido cardíaco, obtenido por doppler, favorecen la inducción al sueño del recién nacido. Satt y Spencer estudiaron el fenómeno de adquisición prenatal, en el que observaron la preferencia de como una canción de cuna cantada por la madre durante el embarazo era superior a la de una canción nueva.

### **1.3 FORMACION DEL APEGO.**

El vínculo de apego es un lazo afectivo primario, (es una urgencia biológica) que determinará nuestra futura salud mental. Existen dos fases:

- 1- *preconcepcional*: El deseo de tener un hijo surge en los años escolares, se observa en los juegos de los niños que imitan los roles maternos y paternos en los cuales reproducen las experiencias de su propia crianza.
- 2- *etapa prenatal*: Se confirma y acepta el embarazo durante el primer trimestre. Durante el segundo aparecen los indicios de la formación de un ser separado, cambios corporales aparición de movimientos fetales y el auge del bebé imaginario. Durante el tercer trimestre se personifica al bebé y aparecen indicadores como (anticipación a la conducta maternal relacionada con la nutrición, tonalidad y diálogo con el bebé, periodicidad en los controles).

El vínculo<sup>15</sup> entre la madre y su hijo se produce en el seno materno. Este vínculo se establece tanto a nivel celular como afectivo. A través de la comunicación entre el embrión y los tejidos del útero tienen lugar los procesos durante los nueve meses de embarazo y permiten al futuro bebé vivir en el seno de su madre sin ser rechazado, produciéndose una tolerancia inmunológica por la que el embrión alimentarse y sentir a través de la madre.

López Moratalla<sup>16</sup> en su informe afirma: "Desde el inicio, mientras el embrión atraviesa las trompas, envía avisos moleculares que reciben respuestas por parte de la madre, estableciéndose un diálogo molecular por el que el embrión recibe energías para vivir y ambos se preparan para nueve meses en simbiosis". Por medio de este fenómeno natural el embrión, que es un extraño en el organismo de la madre no es rechazado, y no se activan las defensas correspondientes. Esta tolerancia inmunológica se genera a través de sustancias que libera el embrión desde los primeros días y que desactivan las células maternas que debieran de generar rechazo. Por otra parte en la mujer se producen cambios sustanciales en el cerebro. El proceso biológico natural del embarazo reduce el estrés en la mujer al desactivar la hormona llamada "cortisol" (desde el segundo al cuarto mes de embarazo se reduce la respuesta emocional y física al estrés), y se produce un aumento de confianza en la mujer durante este periodo debido al aumento de otra hormona llamada "oxitocina" esta hormona se libera principalmente a partir del quinto mes de embarazo con los movimientos fetales.

## **CAPITULO II**

### **DESARROLLO DEL VINCULO AFECTIVO DURANTE EL PARTO.**

El parto es una experiencia única, tal vez una de las más importantes en la vida de la mujer. Durante el embarazo la madre ha desarrollado una imagen de su hijo, esta imagen esta basada tanto en los deseos y expectativas de la madre, como en la percepción que ella tenga del bebe (movimientos, patadas, imagen ecográfica...)

En el momento del parto, la madre a de estar preparada para afrontar la separación física con el bebe y adaptarse al bebe real y teniendo que ser capaz de adaptarse lo mas rápidamente a sus necesidades. Este proceso de vinculación con el bebe conlleva un enorme trabajo de adaptación. La capacidad materna de establecer un vínculo adecuado en esos primeros momentos es primordial para su equilibrio y desarrollo. El apego madre-hijo viene determinado por los comportamientos tanto de la madre como del bebe, aunque el rol de la madre es mas activo, necesita recibir respuestas del niño ya que sino la conducta de la madre se vera afectada.

#### **2.1 PRINCIPALES CONDUCTAS DE LA MADRE ANTE LAS SEÑALES DEL RECIEN NACIDO**

- Disponibilidad/ desentendimiento. La madre disponible es aquella que esta atenta a las señales del niño. La madre desentendida es aquella que se preocupa por sus propias actividades y parece no darse cuenta de las señales del niño y en ocasiones hasta se olvida de él.
- Aceptación / rechazo. La aceptación es la capacidad de la madre para asumir que esta atada al niño en el sentido de que debe cuidarle adecuadamente y prestarle atención. La madre que rechaza expresa enfado, se opone a sus deseos creando una atmósfera de conflicto.
- Cooperación / interferencia. La madre cooperadora es la que respeta la autonomía del niño y evita ejercer un control directo sobre él. La madre que interfiere es aquella que impone casi siempre su voluntad sin tener presente el estado anímico del bebe.
- Sensibilidad / insensibilidad. La madre sensible interpreta correctamente las señales del bebe, entendiendo por sensibilidad el estar disponible para el recién nacido aceptarlo y cooperar en todas sus necesidades . Para Hinde 1965 las condiciones maternas que facilitan el apego es la sensibilidad materna.

#### **2.3 APEGO EN EL PROCESO DEL PARTO. BONDING.**

En las dos últimas décadas , buena parte de las investigaciones se han centrado en confirmar que los mecanismos químicos , hormonales y neurológicos facilitan el vínculo madre hijo desde el parto. Los recién nacidos reconocen a sus madres desde el mismo momento del nacimiento gracias al olfato, por eso es importante no lavarles nada mas nacer, ya que reconoce a su madre por el olor a líquido amniótico. Nada mas nacer la oxitocina liberada provoca que la madre sienta un "enamoramiento" hacia su bebe, que facilitara su cuidado. La oxitocina disminuye la actividad del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, lo que aumenta los niveles endógenos de opiáceos e induce efectos anti-estrés, como: baja tensión arterial, ritmo cardiaco y

hormonas del estrés, bienestar y relajación, además de una óptima termorregulación. Es considerada también un gran mediador y controlador de las emociones y comportamientos sociales como el amor, la memoria, la rabia, la agresión y el establecimiento de correlaciones entre experiencias pasadas y presentes, promueve un aumento del umbral del dolor y un descenso de los niveles de ansiedad, disminuye el miedo e incrementa la confianza, la empatía y la generosidad. Por tanto bajo los efectos de la oxitocina sentimos bienestar, estamos más tranquilos y con una mayor y mejor predisposición ante los demás. Por eso la oxitocina juega un papel fundamental en el vínculo y el cuidado del bebé. De la misma manera que se va avanzando en el conocimiento neuroquímico de cómo se establece el vínculo cada vez es mayor la evidencia de que alterar ese equilibrio hormonal de la madre mediante sustancias como la oxitocina sintética en el parto o del bebé mediante la separación puede alterar de por vida el desarrollo cerebral del bebé<sup>17</sup>. Una atención individual y respetuosa, que aporte a la mujer tranquilidad y sensación de libertad y confianza, redundará en que la producción de oxitocina sea adecuada para que el parto se desarrolle con normalidad. Cuando se crean las condiciones adecuadas para que la mujer genere su propia oxitocina, los partos se acortan y son vividos con menos estrés tanto por la madre como por el bebé. En un parto movido exclusivamente por oxitocina endógena, las contracciones son menos dolorosas y más llevaderas, que las originadas por el syntocinón. Entre las mismas el cerebro produce endorfinas que nos ayudan a descansar y nos proporcionan sensación de bienestar, lo que reduce la necesidad de otros tipos de analgesia con efectos secundarios indeseados. Tras el parto, esas mismas hormonas facilitan el vínculo con la criatura y la instauración de la lactancia. Es obligación de los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito del parto, conocer como funciona el sistema oxitocínico y como influye en el parto, para favorecer el desarrollo del mismo y disminuir la probabilidad de intervenciones médicas y la morbilidad materno-fetal.

Por otro lado las endorfinas producidas durante el parto hacen que ese momento sea muy placentero y provoquen una conexión madre-hijo. El trabajo psicológico que la madre debe de hacer como puérpera, se podría comparar con el del duelo. La depresión puerperal tiene mucho que ver con la separación del bebé dentro de ella, y el vacío así creado. Eso hace revivir separaciones y carencias vividas con anterioridad por la mujer, y muy especialmente todo lo relacionado con su propia madre.

Todo el universo mental de la madre, tiene que recolocarse y reorganizarse para dar cabida al bebé real por un lado, y por otro al cambio de rol, pasando de ser hija a ser madre<sup>18</sup>. En el momento del parto las madres son muy sensibles a cualquier observación que realice el personal sanitario por lo que tendremos que extremar el cuidado de nuestras palabras, ofrecerles todo nuestro apoyo para favorecer la creación del vínculo porque si algo ocurre en el momento posterior al parto, creará una perturbación para el establecimiento del mismo.

Desde el primer momento, la madre utiliza todos los canales sensoriales para comunicarse con el recién nacido. La mirada, el tacto, la palabra y fundamentalmente el amamantamiento. Para comprender la interacción madre-hijo, es necesario tener en cuenta :

- Entender los afectos de la madre, que se nutren de la conducta de su bebé.
- Situación familiar y social en la que se encuentra la madre.
- Su propia historia personal.

Paulby y Hall (1980), realizaron un estudio sobre la interrelación de los bebés con madres que tenían un historial de antecedentes con alteración mental, comprobando que eran madres que apenas se dirigían al bebé, le miraban menos, le sostenían en brazos menos tiempo y a menudo no estaba en su campo de visión por lo que atendían menos a sus necesidades. La separación de la madre en el momento del parto, provoca un estrés emocional al recién nacido. Este hace lo posible por reunirse con ella mediante el llanto. La evolución del llanto, dependerá de la respuesta de la madre. Disminuyen con la regularidad y prontitud de las respuestas maternas. Pasado un tiempo, sino se reúne con la madre, deja de llorar pero se siente amenazado.

Diversos estudios confirman que la experiencia de separar a los niños de sus madres es estresante para el bebé y puede dejar secuelas que afecten al desarrollo infantil y a la propia creación del vínculo, por lo que solo estaría justificada en casos de situación grave y urgente riesgo vital.

#### BONDING.

La transición del medio intrauterino al extrauterino es un proceso complejo, durante el cual se producen múltiples modificaciones, en varios sistemas, de forma simultánea y en el transcurso de pocos minutos. El éxito del proceso de adaptación depende de que éstas se realicen en forma correcta. Tanto la madre como el niño traen una riqueza de recursos internos a estos primeros momentos juntos. La responsabilidad más importante de quienes los atienden es permitir que florezcan estas habilidades naturales y no interferir con ellas. El término “bonding” proviene del inglés (“bond” significa vínculo) y es el fenómeno que aparece inmediatamente después del nacimiento, cuando el recién nacido y los padres logran reconocerse y desarrollar el apego. El término bonding es entonces utilizado para describir un proceso rápido que se produce inmediatamente después del nacimiento y durante el cual la madre dirige su comportamiento de apego hacia su hijo. Este apego se facilitaría por el contacto piel a piel, las miradas mutuas entre la madre y su recién nacido que ocurren durante el primer amamantamiento posterior al nacimiento.

(Klaus y Kennell 1976). Estos dos pediatras norteamericanos <sup>18</sup> realizaron un estudio sobre vínculos que se establecen entre la madre y el bebé en la primera hora de vida. Introdujeron la práctica (*room-in*) que consistía en dejar al RN con la madre en la misma habitación, estableciendo ese contacto piel con piel durante el periodo del postparto y los tres días posteriores. Observaron que con relación al grupo control, en éste grupo aumentaba la tendencia a la lactancia, el diálogo no verbal era mucho más rico y al cabo de cinco años tenían un lenguaje más desarrollado. Todo esto les llevó a afirmar:

*“Existe un estado psicoafectivo especial en la madre al que denominaron **bonding** o lazo afectivo en los primeros momentos posteriores al parto, por el que las madres tienden a tocar, acariciar y sostener. Estos niños tienen mayor relación con la madre, entrando en contacto a través de la mirada estableciéndose un vínculo en este periodo sensible”.*

### **2.3 METODO CANGURO. CONTACTO PIEL-CON PIEL**



El método de la madre canguro (MMC)<sup>19</sup> surgió en Colombia para dar respuesta a la necesidad de mantenimiento de la temperatura corporal en RN de bajo peso como alternativa al uso de incubadoras. La situación en los hospitales colombianos obligaba incluso a compartir incubadoras, aumentando así el riesgo de contraer infecciones, en un país con un creciente aumento de su tasa de natalidad. Por este motivo, los profesionales colombianos decidieron adoptar una medida drástica enviando a estos RN a casa con sus madres. Para mantener la temperatura corporal idearon una faja-mochila que permitía el contacto piel con piel entre el niño y su madre. Esta medida lejos de aumentar la mortalidad supuso todo un éxito, observándose un descenso en la tasa de mortalidad, descenso de la tasa de infecciones y el proceso de inicio de la lactancia natural se daba más rápido. Tras este éxito hospitales de EEUU comenzaron a trabajar con este método a mediados de los ochenta. En Europa los primeros hospitales que introdujeron este método fueron los países nórdicos (Suecia). En 1994, el Hospital Joan XXIII de Tarragona fue el primero en introducirlo en España. En la actualidad, el MMC, tiene una difusión a nivel mundial. Avalado por la OMS y la UNICEF quienes en 1989 elaboraron un documento sobre la eficacia de este método. El MMC<sup>20</sup> constituye una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del RN en materia de calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación precoz, seguridad y amor.

Sus principales **características** son:

- Contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado.
- Lactancia materna exclusiva.
- Se inicia en el hospital y se continua en el hogar.
- Apoyo domiciliario y seguimiento.
- Método que permite la humanización del parto.

Sus principales **ventajas** son:

- Facilitador de la lactancia materna.
- Contribuye a la humanización neonatal.
- Potencia el vínculo afectivo madre-hijo.
- Control del ritmo cardiaco y respiratorio.
- Control de la termorregulación.
- Control del peso y metabolismo.

- Favorece la instauración del ritmo del sueño.
- Reduce la estancia hospitalaria.
- Reduce el nivel de estrés del RN, aumentando la seguridad del mismo.
- Disminuye el riesgo de infecciones.
- Aumento de la confianza y autoestima de la madre.
- Los padres se sienten implicados y comprometidos en el cuidado de su hijo.
- Tiene efecto analgésico para el RN.
- Mejora la estimulación inmunológica.
- Proporciona protección sobre la sobreestimulación ambiental (luz, sonidos...).
- Mejora los estados conductuales durante el primer año de vida.
- Ventajas en el desarrollo cognitivo del RN :
  - Voz materna-estimulación auditiva.
  - Proximidad al cuerpo-estimulación del olfato.
  - RN apoyado en torax-estimulación cinestésica y vestibular.
  - Contacto piel con piel-estimulación táctil
  - Visión de cara y cuerpo de madre-estimulación visual y afectiva

En Cantabria existe desde el año 2008 un “Plan estratégico de Atención al Parto”<sup>21</sup>, cuyo **objetivo general** : es mejorar la atención al parto y nacimiento del SCS, ofreciendo una asistencia fisiológica y personalizada , basada en la evidencia científica y sensible a los aspectos emocionales y sociales de este proceso. Dentro de los **objetivos específicos** estaría el introducir el contacto piel con piel dentro de la primera hora de vida .La no separación y el inicio precoz de la lactancia. La “Humanización del parto”. Unidades neonatales abiertas. Pensar en el RN, en la mujer y en las necesidades de ambos durante el parto. Además desde el año 2007 el Hospital Universitario Marques de Valdecilla esta acreditado por la UNICEF como hospital amigo de los niños. Desde el 1 de Marzo del 2007 a instancias de la consejería de sanidad y servicios sociales aprueba el “Decreto de los derechos de la madre/ padre y el recién nacido en el ámbito sanitario ”. La OMS<sup>22</sup> 1985 recomienda:” El RN sano debe de permanecer con la madre siempre que sea posible ”. La observación del RN no justifica la separación de la madre. Debe de recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.



IMÁGENES OBTENIDAS DEL SERVICIO GALEGO. CONTACTO “PIEL CON PIEL”



#### **4 LACTANCIA MATERNA**

***La OMS, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomiendan a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos.***

En la última revisión sistemática sobre esta cuestión, publicada en 2009 (Kramer MS, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review)*, The Cochrane Library, 2009, N.o 4), se incluyeron dos ensayos clínicos controlados y otros 18 estudios realizados en países tanto desarrollados como en desarrollo. Sus resultados respaldan las recomendaciones actuales de la OMS<sup>23</sup>. Dichos resultados indican que la lactancia materna exclusiva, sin otros alimentos ni líquidos, durante los primeros 6 meses de vida tiene varias ventajas en comparación con la lactancia materna exclusiva durante solo 3 a 4 meses, seguida de la combinación de la lactancia materna con otros alimentos. La OMS sigue atentamente los resultados de nuevas investigaciones y dispone de un procedimiento para reexaminar periódicamente sus recomendaciones. Las directrices se actualizan mediante revisiones sistemáticas acompañadas de una evaluación de la calidad de los datos, proceso que trata de garantizar que las recomendaciones hechas estén basadas en los mejores datos disponibles y no estén sujetas a conflictos de intereses.

Un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años. Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF con respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño son:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.



Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Así, por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 35% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia exclusivamente materna. La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico. Desde el punto de vista emocional, asegura el establecimiento del vínculo

madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para el desarrollo de su personalidad. Por todo esto, la lactancia materna (LM) ,es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del RN.

La superioridad de la leche materna viene determinada por su composición, ya que se adapta a las necesidades específicas del lactante. El calostro es la primera leche, es de aspecto amarillento y contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas (que previenen al RN frente a infecciones). Es el alimento idóneo para los primeros días ya que el tamaño del estómago del bebe es pequeño y se tiene que adaptar.

También es importante saber que la composición de la leche va cambiando a lo largo de cada toma. En la primera parte de la toma la leche contiene mas agua y azúcar para satisfacer la sed del bebe, después va a ir aumentando gradualmente su contenido en grasa, aportando así más calorías que sacian. Por eso es importante y recomendado que el bebe termine de mamar de un pecho antes de ofrecerle el otro. Como norma general es aconsejable comenzar cada toma por el pecho del que ha mamado menos en la toma anterior.

El acto de amamantar conlleva a una proximidad y contacto estrecho madre-hijo. Provoca en los dos un intercambio de miradas, a través del abrazo se siente querido, la succión directa en el pecho materno provoca la síntesis de hormonas como la oxitocina y la prolactina. Todo esto provoca el establecimiento de un vínculo especial que se traduce en niños mas equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia.

En 1989, la OMS junto con la UNICEF redactó una serie **de medidas para para promover una lactancia exitosa**<sup>24</sup>: Todo servicio de maternidad y de cuidados a RN ha de:

1. Tener una política de Lactancia materna escrita que sea comunicada periódicamente al personal.
2. Entrenar a todo el personal para llevar a término esa política.
3. Informar a todas las mujeres sobre los beneficios y la práctica de la LM.
4. Ayudar a las madres a iniciar la LM durante la primera hora después del parto
5. Enseñar a las madres como amamantar y como mantener la LM si se separan del bebe.
6. No dar a los RN ningún alimento ni bebida que no sea leche materna .Solamente se hará por indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto: dejar que los bebes y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar que la LM se de cada vez que el bebe lo pida.
9. No dar tetinas chupetes u otros objetos artificiales para la succión de los bebes amamantados.
10. Promover la creación de grupos de apoyo a la LM, y remitir a las madres a los mismos.

### **VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.**

#### **GENERALES**

- Siempre está a punto, no hay que prepararla y está a la temperatura adecuada.
- Es gratuita.
- No existen errores en su preparación ni en la dosificación de las tomas.
- No se contamina porque no hay manipulación de la misma.

#### **PARA EL NIÑO**

- Tiene la composición ideal para el bebé, varía la proporción de nutrientes a medida que el niño crece. Su proporción durante el día cambia según las necesidades.
- Es rica en hierro por lo que se absorbe mejor que la leche artificial. Posee, proporciones adecuadas de calcio y fósforo.
- Se digiere mejor y apenas provoca estreñimiento.
- Protege al niño de infecciones porque es rica en inmunoglobulinas.
- Protege de la muerte súbita del lactante.
- Protege de enfermedades futuras como el asma, alergia, obesidad y diabetes.
- Favorece el desarrollo intelectual y de la visión ya que contiene ácidos grasos de cadena larga, que son un importante componente que recubre las neuronas y la retina.
- Los bebés alimentados a pecho tienen menos caries y deformidades dentales.

#### **PARA LA MADRE**

- Favorece el vínculo emocional madre-hijo.
- Las madres que amamantan pierden el peso ganado con más facilidad.
- Favorece la involución uterina tras el parto.
- Existe menor riesgo de anemia, depresión e hipertensión después del parto.
- Retrasa la ovulación. Efecto anticonceptivo.
- Las madres que dan el pecho tienen menos incidencia a padecer cáncer de mama y de ovario.
- Protege contra la osteoporosis.

#### **PARA LA SOCIEDAD**

- Debido al menor número de enfermedades en los niños que se alimentan con LM, se reduce el gasto sanitario y de recursos públicos.
- Menor absentismo laboral de los padres por tener niños menos enfermos.
- Ayuda a la economía familiar, reduciendo el gasto en alimentación.
- Es ecológica (no necesita ni embasarse, ni prepararse, ni transportarse).

### **INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA NATURAL.**

- Virus del VIH (inmunodeficiencia humana). Es la principal contraindicación y la más frecuente debido a que esos niños podrían adquirir la infección a través de la leche materna.
- Existencia del virus T.(leucemia humana)
- La galactosemia impide que el niño no pueda tomar leche de su madre y tampoco artificial, ya que es una enfermedad metabólica rara que se caracteriza por no poder absorber la galactosa de la leche, ya que su acumulación alteraría diferentes órganos.
- En madres con diagnóstico de cáncer, que tras el parto iniciaran tratamiento, ya que puede ser muy tóxico para el bebe.
- Madres que consuman drogas (heroína, cocaína....).
- Intentar evitar al máximo el consumo de alcohol y tabaco.

El postparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna, la cual desempeña un papel decisivo en la instauración temprana de vínculo madre-hijo. Esta experiencia de creación vincular es muy compleja y requiere contacto físico e interacción en esos momentos tempranos de la vida .Por tanto la separación del bebe y la madre en ese postparto inmediato, interfiere con este proceso. Este periodo se visto invadido en ocasiones, por gran cantidad de procedimientos médicos y de enfermería **no siempre justificados**, y que implican en muchas ocasiones separaciones innecesarias , que desde luego van a interferir en el establecimiento del vínculo madre-hijo.

La participación de las parejas en las vivencias tanto del embarazo como la presencia durante el parto, contribuyen a la creación de seguridad en la mujer, sintiéndose ellos más vinculados al hijo y a su pareja. Existen evidencias científicas<sup>25</sup>, que afirman que “la actitud de la pareja ante la lactancia natural es determinante, llegando en ocasiones a condicionar tanto el inicio como la duración de la misma.”

Los padres /pareja, deberían de recibir información sobre los beneficios de la LM para la salud del bebe y de la madre. También deberían de estar informados sobre el buen funcionamiento de la LM (postura, agarre....) ya que cumplirían un papel de refuerzo importante en los momentos en los que la madre este cansada, confusa etc. Cada vez más hombres están implicados en todo el proceso de crianza de los hijos, y todas las medidas que enfermería realice al respecto deberán de incluirlos, como una parte mas de este proceso.

## **CAPITULO III.**

### **DESARROLLO DE LOS VINCULOS AFECTIVOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.**

En la pareja madre-hijo existe un equilibrio dinámico, y su interacción es la resultante de *distintos tipos de conducta*<sup>1</sup>:

- Conducta de apego
- Conducta exploratoria
- Juego (que es la antitética al apego)
- Conducta de atención de la madre / desatención de la madre.

En una pareja armoniosa los cuatro tipos de conducta se ponen de manifiesto y progresan uniformemente. La principal función del vínculo afectivo consiste en dar seguridad al bebe respecto a la exploración del mundo que le rodea. A partir del año, los bebes se vuelven más autónomos porque se sienten más seguros emocionalmente y no necesitan la presencia permanente de las personas adultas con las cuales esta vinculado. Existen cuatro etapas en el desarrollo del vínculo afectivo de los bebes durante el primer año:

1. Antes de los dos meses los bebes responden sin discriminación ante cualquier persona.
2. Hacia las ocho a doce semanas, los bebes lloran, sonríen y balbucean más ante la madre que ante cualquier otra persona, pero todavía responden ante los demás.
3. A los seis o siete meses, los bebes muestran un vínculo afectivo claro con la madre, y disminuyen su expresión de amistad hacia los demás.
4. Los bebes desarrollan un vínculo afectivo con otras personas familiares, como el padre o los hermanos. El miedo a los extraños puede aparecer entre los seis y ocho meses.

Desde que el niño nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel con piel, las miradas, la lactancia....El bebe comienza a reconocer y diferenciar a la persona que le acompaña y le cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia. Estas manifestaciones indican un desarrollo del vínculo óptimo entre la madre y su hijo.

Según la teoría de Eric Erikson, el primer año de vida esta caracterizado por la fase del desarrollo de la confianza / desconfianza. Después de la vida intrauterina, el niño debe de enfrentarse a un mundo menos seguro. Para Erickson el niño aprende a confiar cuando es cuidado de forma consistente y cálida. Si el niño no se desarrolla en este ambiente, se puede desarrollar un sentimiento de desconfianza. En su teoría describe ocho etapas en el desarrollo del ciclo vital en las que el ser humano va desarrollando su personalidad a base de enfrentarse a crisis o conflictos.

### **3.1 DESARROLLO SOCIOAFECTIVO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA**

La primera infancia es una etapa caracterizada por la indefensión del niño. Es necesario que un adulto se encargue de satisfacer sus necesidades básicas de manera satisfactoria para poder establecer en el niño sentimientos de seguridad. Necesita un adulto que lo quiera, para ayudarle a ir realizando e integrando estas necesidades. El proceso de socialización se inicia en el nacimiento y permanece a lo largo de toda la vida, consiste en una interacción entre el niño y el mundo que le rodea. La socialización en los primeros años de vida se va a llevar a cabo a través de las personas que se encargan de satisfacer las necesidades del niño y de integrarlo en un grupo social.

Las emociones que aparecen en los seis primeros meses de vida son bastante indiferenciadas. Una de las primeras en aparecer es “la angustia”, es manifestada por el niño mediante el llanto, debido a que tiene una necesidad vital. “La sonrisa” también aparece muy pronto, que en las primeras semanas es debida a la sensación de satisfacción que producen algunas reacciones fisiológicas (tener el estomago lleno...), por lo que estas primeras sonrisas son un tanto reflejas. La sonrisa social aparece en el niño cuando interacciona con otros, y se da hacia los seis primeros meses de vida. En el segundo semestre del primer año se dan una amplia variedad de emociones, dándose más rápidamente y con más intensidad. Una de las mas importantes es “el miedo a los extraños”, que éste se amortigua si esta la madre presente. Otra respuesta emocional de esta edad es “la ansiedad por la separación de la madre, dura aproximadamente de los nueve a los catorce meses y luego va disminuyendo progresivamente. Las mejoras que se producen al final del primer año de vida son debidas a la evolución de las capacidades cognitivas, así como los avances en su memoria. Todo esto va a permitir al niño entender con más facilidad las emociones de los demás y poder anticiparse a conductas.

#### **Del nacimiento a los tres meses:**

- **Apego:** Preferencia general e indiferenciada por las personas.
- Visualmente prefiere a una persona que a un objeto.
- Se queda observando caras.
- Protesta cuando se le deja solo.
- Al estar en brazos de la madre se calma.
- A los dos meses es capaz de manifestar angustia, excitación y placer.
- A los tres meses aparece la sonrisa social.
- Aumentan las expresiones faciales, la tonicidad e inicia la vocalización.
- Gorgoea y arrulla en respuesta a sonidos.
- Es especialmente sensible a la voz humana, le tranquiliza y reconoce la voz de su madre.
- El tacto es el sistema sensorial que el niño tiene mas desarrollado, a través de él surgen las primeras emociones.
- El llanto es el medio de comunicación más efectivo, no solo para expresar sus necesidades físicas como hambre, frío...sino también la necesidad de contacto con otros.

**De los cuatro a los seis meses:**

- Apego: Tiene preferencia por personas conocidas, pero no rechaza a los extraños.
- Inicia la socialización. Emite sonidos, tose, movimientos de lengua...
- Sonríe y vocaliza, para mantener contacto con las personas y así llamar su atención.
- Prefiere jugar con personas que con juguetes.
- Responde a los sonidos humanos volviéndose a la persona que habla.
- Se dan la vuelta al oír su nombre.
- Ríen y se enfadan con facilidad.

**De los siete a los nueve meses:**

- Apego: Edad del “extraño”. Preferencia por conocidos y rechazo por los extraños.
- Respuesta activa ante el lenguaje y los gestos.
- Manifiesta lo que le gusta y lo que le molesta.
- Grita para llamar la atención.
- Inicio de la socialización, quiere ser aprobado.
- Inicio del juego.
- Comienza a imitar sonidos del lenguaje.
- Sesibilización con otros niños. Llora si ellos lloran.
- Mueve los brazos para que le cojan.

**De los diez a los doce meses :**

- Apego: Procura proximidad y establece relaciones privilegiada con una o varias personas.
- Busca compañía y recibir atención.
- Imita gestos, expresiones y sonidos.
- Aumenta la dependencia hacia su madre.
- Muestra miedo a lugares extraños.
- Muestra cariño a personas.
- Tiene preferencia por determinados juguetes.

Respecto a la figura materna, su conducta suele ir encaminada al cuidado del hijo, su protección, crianza... La tendencia al contacto como hemos visto es de suma importancia y cualquier perturbación emocional en la mujer que tienda al alejamiento, puede inferir gravemente en la salud mental de su hijo. Para Bowlby <sup>1</sup>, hay dos pautas específicas que facilitan la formación del vínculo en este periodo:

1. La conducta de señales, cuyo efecto es llevar a la madre hacia el hijo (a través de la sonrisa, balbuceo, gesto de levantar los brazos....)
2. La conducta de señales cuyo efecto es llevar el niño hacia la madre o mantenerlo próximo a ella: el acercamiento (por la búsqueda y el seguimiento), la conducta de aferramiento.

La intensidad del vínculo de apego del niño hacia la madre juega un papel fundamental la prontitud con que ésta responde al llanto del hijo, y la medida en que ella inicia la interacción social con él. Estas dos variables intervienen significativamente en la selección de la figura de apego. Del mismo modo, una demora en el desarrollo del apego se debe a una estimulación social insuficiente, escasa con poca interacción y contacto físico, y en este caso, se dará una conducta de apego mucho menos discriminada. Cuando mas tardíamente surja el vínculo de afecto, mas tarda en aparecer el temor a los extraños.

Para Bowlby “La conducta materna que contribuye a que se desarrolle un vínculo de afecto fuerte y firme , viene caracterizado por su sensibilidad para responder a las señales del bebe, por mantener un contacto físico frecuente y sostenido, apaciguando al bebe cuando se encuentre ansioso, y por la existencia de un ambiente regulado de tal forma que el bebe pueda percibir las consecuencias de su propia conducta, experimentando que sus iniciativas sociales lleva a resultados previsibles, y que puede establecer una relación recíproca con la madre. Al darse todas estas condiciones, probablemente surja una interacción activa y feliz por ambas partes, y se desarrolle un firme vínculo de afecto.”

El vínculo de apego no debe de entenderse como una relación demasiado protecciónista por parte de la madre al bebe, sino como la construcción de una relación afectiva, en la que la atención y los cuidados de la madre en las primeras etapas van a propiciar la paulatina adquisición de los distintos aprendizajes desde una plataforma emocional adecuada.

Los niños con una figura de apego accesible, amorosa y estable aprenden que el mundo es un lugar seguro, cálido y afectuoso, crecen con menos miedo. Son más seguros y estables emocionalmente. Sin embargo, los niños que no tienen una figura de apego, o se comporta de forma fría o inaccesible, entienden que han llegado a un mundo peligroso y hostil, crecerán siendo inseguros y desconfiados, se convierten en adultos inestables con miedos e inseguridades.

La principal función del vínculo afectivo, consiste en dar seguridad al bebe respecto a la exploración del mundo que le rodea. A partir del año, los bebes se vuelven mas autónomos porque se sienten mas seguros emocionalmente y no necesitan la presencia permanente de un adulto con el cual estar vinculado. El niño con un apego seguro desde su infancia, podrá llegar a la adolescencia con instrumentos y recursos que le ayudaran a enfrentar nuevos sentimientos y poder tolerar frustraciones y rechazos.

La teoría del apego ha generado multitud de investigaciones, tras las cuales se puede afirmar la importancia de establecer el vínculo de forma temprana, ya que de ello va a depender la futura salud mental de la vida adulta.

### **3.2 TRASTORNOS DEL VINCULO**

El desarrollo físico y psíquico del ser humano en su primera etapa del ciclo vital va a depender del trato que reciba de su entorno (padres o sustitutos) y de la calidad, permanencia y constancia de estos, que serán quienes le darán seguridad para establecer unas bases del desarrollo psíquico y funciones mentales básicas. Para Magda Sarlé<sup>26</sup> "Al bebe le es imprescindible que alguien le piense, que le desee y que haga una función de soporte de sus necesidades, ansiedades y de su "yo" en formación. Si no hay una figura parental que vaya dotando de sentido sus experiencias, difícilmente podrá desarrollarse." En líneas generales podemos hablar de cuatro grandes factores que inciden en la formación del apego:

1. Privación materna e institucionalización. En los estudios de Spitz en niños institucionalizados, abandonados por sus madres entre el tercer mes de vida y el año, mostraban una extrema sensibilidad a las infecciones y un marcado retraso en el desarrollo. Tenían una cuidadora principal para más de siete niños, y en estas condiciones estos niños desarrollaban un apego inseguro.
2. Separación maternal prolongada. A partir de los seis meses estos niños muestran un desorden depresivo, se suelen aislar del entorno, lloran continuamente y sufren insomnio. Si no recuperan pronto a su madre o a una cuidadora principal la depresión se instaura.
3. Calidad de la crianza. Un cuidado maternal extremadamente inadecuado puede predecir desórdenes en el establecimiento del apego. Dentro de la clasificación realizada por Ainsworth, son niños con apego inseguro, donde las madres suelen ser insensibles, siendo familias donde predomina la ansiedad.
4. Características del niño. Los niños extremadamente difíciles suelen provocar ansiedad en la madre (lloran todo el día y se muestran irritados) complicando el establecimiento del vínculo por este estado de ansiedad. Reseñar que el temperamento del niño no tiene por qué provocar un apego inseguro, depende de cómo los padres ajustan su conducta a la del bebe.

Los síntomas psicológicos relacionados con el vínculo son el resultado de dificultades en la relación padres/hijo debido a separaciones, pérdida de los cuidadores, abuso y negligencia y otras anomalías. La expresión semiológica es muy heterogénea por lo que se recomienda especialmente la valoración exhaustiva de la situación víncular de cada niño. J. Díaz Atienza<sup>27</sup> elabora una lista de síntomas de alerta:

- Presencia de conductas impredecibles.
- Conductas de intimidación a los demás.
- Marcados déficits en las relaciones sociales.
- Conductas agresivas hacia otros niños.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Déficit en los mecanismos de autocontrol e inhibición conductual.
- Desorganización y desorientación en la resolución de problemas.
- Conductas contradictorias.
- Miedos excesivos.
- Atención insuficiente a los acontecimientos externos.
- Respuesta escasa o lenta ante situaciones cambiantes.

- Falta de empatía hacia los demás.
- Serias dificultades para establecer relaciones con los demás.
- Dificultad para establecer vínculos de amistad.
- Rabietas frecuentes y dificultad para contener emociones.
- Muy demandante.
- Problemas con la conducta alimentaria.
- Contacto ocular pobre.

Otro de los trastornos relacionados con las anomalías del apego es la ansiedad por la separación.

- a. El niño es fuente de seguridad para la figura de apego. Se trata de una inversión de roles. Desde el punto de vista psicoanalítico lo que se establece es una identificación proyectiva o parentalidad obligada. Suele presentarse en hijos de padres con trastornos mentales graves: psicosis
- b. El niño tiene miedo a que pueda sucederle algo a la figura de apego durante su ausencia. Son niños que crecen con un vínculo en donde predomina la ansiedad e inseguridad. Suele presentarse en hijos de padres depresivos.
- c. El niño teme por su propia seguridad en la ausencia por la figura de apego. Esta situación no siempre tiene un significado clínico. Puede ser normal en niños pequeños, ya que se necesita de la capacidad representacional y anticipatoria. El niño es incapaz de dotar de permanencia a la figura de apego
- d. La figura de apego teme por la seguridad del niño. A veces es la consecuencia de experiencias traumáticas en la figura de apego, aunque también puede deberse a la dinámica propia de un estilo familiar descrito por Pierrehumbert 2003. Se caracterizan por ser familias muy rígidas y desconfiadas de los demás.

En los trastornos reactivos de la vinculación en la infancia, la sintomatología esencial es el déficit del desarrollo emocional y somático. Las relaciones sociales son inapropiadas para el nivel de desarrollo del sujeto y se asocia a una crianza patológica. La clasificación de los trastornos del vínculo DSM-IV (trastornos reactivos de la vinculación) son dos:

1. *Tipo inhibido.* El niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde socialmente de un modo demasiado inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente y contradictorio (ej: acercamiento/evitación).
2. *Tipo desinhibido.* Se observa un patrón de vinculación difuso. El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (ej: excesiva familiaridad con extraños). Los niños con este trastorno tiene una respuesta muy pobre al contacto social, a los dos meses no siguen con la mirada los movimientos de la cara y de los ojos de las personas de su entorno, suele faltar la respuesta de la sonrisa. Sobre los cinco meses el niño fracasa o no participa en los juegos, no intenta reciprocidad verbal. A los ocho meses no repta, no establece comunicación visual ni verbal. Presenta conductas de apatía, mirada fija, llanto débil. Generalmente estos niños llaman la atención en su pediatra por su dificultad para desarrollarse.

Al inicio de esta monografía, revisamos los máximos exponentes de la Teoría del Apego. Mary Ainsworth identificó tres tipos de Apego, y mas tarde Mary Main junto con Judith Salomon el cuarto. En la siguiente tabla de un modo esquemático observamos las características de los cuatro tipos de apego.

Apego niño sano	Madre o Cuidador
Desarrolla patrones de seguridad y confianza en sí mismo y en otros. Conducta verbal y no verbal que denota relaciones afectuosas. Relajado y contento con los reencuentros. Invita a jugar o interactuar. Muestra iniciativa para aproximarse físicamente. Tiene mejor autorregulación. Buena disposición ante reglas y límites. Disminuye su llanto	Se involucra más con el niño. Responde más a sus señales. Su respuesta es más apropiada. Expresa más emociones positivas y menos negativas. Sabe de los gustos de los niños. Disfruta del contacto físico. Habla afectuosamente del niño.
Apego ansioso ambivalente Niño	Madre o Cuidador
Pasividad en la conducta exploratoria al medio y de acercamiento a la madre. Dependencia exagerada Falta de autonomía. Perece a su madre como alguien no disponible y no predecible. Comportamiento colérico, vigilante, indefenso y ambivalente. Conducta de aproximación y rechazo hacia la madre. Difícilmente se consuela y tranquiliza con su cuidador. Tiene poca o nula interacción con los otros. Llanto e irritabilidad. No acepta reglas y límites fácilmente.	Inconsistencia en la disponibilidad. Insensibilidad ante las necesidades del niño. Si logra interactuar dependerá de su estado de ánimo o deseo. Muestra poco afecto positivo. Poca respuesta al llanto del niño. Poca accesibilidad, cooperación y aceptación del niño. No muestra rechazo al contacto físico con el niño No respeta al niño e inicia interacciones en los momentos más inapropiados. Menor comunicación verbal. Mayor distanciamiento físico.
Apego ansioso-evasivo o evitativo Niño	Madre o Cuidador
Evita física o afectivamente a la madre/cuidador o ignora su presencia y sus palabras Mantiene distancia comunicativa en los reencuentros. Se aleja. Mira hacia otro lado. Ignora su presencia o sus palabras. Desvinculado de la madre. No la implica en sus juegos.  No interacciona con personas extrañas. Escasa ansiedad por separaciones.	Conductas constantes de cólera, resentimiento y rechazo. Constante oposición a los deseos del niño. Regaña continuamente a su hijo. Estado de ánimo irritable. Interferencia física en la conducta de su hijo. Controladora en las actividades del niño. Utiliza la fuerza física para hacerlo entender. Poco contacto físico con el niño.
Apego desorganizado Niño	Madre o Cuidador
Carenza de estrategias y consistencia para afrontar el estrés. Movimientos y expresiones incompletos y mal dirigidos. Lentitud de movimientos, asimétricos, a destiempo y estereotipados. Búsqueda intensa de proximidad seguida de fuerte evitación. Parecen aturdidos, desorientados cuando el reencuentro con el adulto. Experimentan temor y confusión hacia el cuidador. Conductas controladoras hacia la figura principal. Expresión facial aturdida, deprimida o apática. Postura hipervigilante.	Alejolismo Drogadicción Maltrato al hijo Depresión Historia de abuso infantil Trastornos psiquiátricos Suelen ser muy irrespetuosos Invierten los papeles

Fuente: Gómez-Jiménez M. Apego: estrategia para la prevención primaria del maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex.* 2005;26(6):325-30.

### **3.3 PAPEL ENFERMERO EN EL DESARROLLO DE LOS VINCULOS AFECTIVOS**

Durante los últimos años nuestro sistema de salud ha sufrido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la atención integral de la salud, fundamentadas en la estrategia de la atención primaria, que vino a cambiar el objetivo de la atención en la salud, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. La enfermería promueve la incorporación del paciente al sistema de salud, orientando al individuo y a su familia. A su vez facilita la integración del paciente dentro del sistema por medio de los cuidados que presta, siendo los enfermeros, los profesionales que se encuentran inmersos durante todo el proceso. El mundo emocional es un mundo complejo, y la carencia afectiva pone en peligro el desarrollo de las relaciones saludables, disfunciones a la hora de ejercer el futuro rol parental y futuras alteraciones en la creación y desarrollo del vínculo afectivo. La salud es un derecho, y los enfermeros debemos de poseer conocimientos, destrezas y habilidades, para proteger a la población vulnerable, tenemos que ser capaces de detectar precozmente estos problemas, descubriendo día a día maneras nuevas y mejores de dispensar cuidados.

La enfermera fomentara la creación de un vínculo seguro y estable en todas sus etapas desde el embarazo, parto, primera infancia y durante su crianza, primando siempre las necesidades del niño y de la madre, estando alerta, para poder detectar precozmente cualquier alteración. Para toda esta empresa utilizaremos los diagnósticos<sup>28</sup> “**NANDA**” (“North American Nursing Diagnosis Association”), su objetivo es desarrollar, mejorar y promover la terminología que refleje con precisión el juicio clínico emitido en enfermería para mejorar todos los aspectos de la práctica de la misma. Permite contribuir a la seguridad del paciente integrando la terminología basada en la evidencia en los procesos clínicos y en la toma de decisiones, mejorando la atención a la salud de las personas en el ámbito de la enfermería. Las intervenciones enfermeras “**NIC**” se realizaran en las fases de Planificación y Ejecución del “**PAE**”, y suponen una forma estandarizada de nombrar la práctica enfermera, la elección de una NIC determinada debe de estar relacionada con el objetivo perseguido, y la evidencia científica debe de guiar la selección de las intervenciones más adecuadas, siendo imprescindible la formación continuada y su criterio experto. Dentro de la taxonomía NANDA el término “**NOC**” corresponde a la clasificación de resultados, y trata de identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de una determinada práctica enfermera

### **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ( NANDA ) SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON RELACIONADOS CON LA VINCULACION AFECTIVA.**

<b>CODIGO NANDA</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>DEFINICION</b>
<b>ALIMENTACION</b>		
00104	Lactancia materna ineficaz	La madre o el lactante experimentan dificultad con el proceso de amamantamiento

00105	Interrupción de la lactancia materna	Incapacidad del niño para mamar
00106	Lactancia materna eficaz	Satisfacción en el proceso de lactancia materna
00107	Lactancia materna ineficaz	Deterioro en la habilidad de succionar
<b>SEGURIDAD</b>		
00061	Cansancio del rol de cuidador	Dificultad para desempeñar el rol de cuidador en la familia
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	El cuidador es vulnerable a la percepción de desempeñar su rol
00114	Síndrome del traslado	Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	Riesgo de sufrir alteración en los sistemas de funcionamiento fisiológico conductual
00116	Conducta desorganizada del lactante	Desintegración de conductas
00117	Disposición para mejorar la conducta del lactante	Mejoras relacionadas con el ambiente
00146	Ansiedad	Sentimiento de aprensión causado por la cercanía de un peligro
00156	Riesgo de muerte súbita del lactante	RN con factores de riesgo menor de un año
<b>COMUNICACION / RELACION</b>		
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante	Alteración del proceso interactivo entre los padres y el lactante que fomenta una relación reciproca y protectora
00060	Interrupción de los procesos familiares	Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	Patrón para mejorar el funcionamiento familiar

APRENDIZAJE		
00126	Conocimientos deficientes	Carencia o deficiencia de información cognitiva, relacionado con un tema específico
00161	Disposición para mejorar los conocimientos	Adquisición de información sobre un tema relacionado con la salud, y puede ser reforzada
AUTOREALIZACION		
00056	Deterioro parental	Incapacidad del cuidador principal para crear o favorecer el entorno del niño, para su óptimo desarrollo
00057	Riesgo de deterioro parental	El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear el entorno que provea el desarrollo
00064	Conflicto del rol parental	Uno de los progenitores presenta un conflicto en respuesta a una crisis.
00070	Deterioro de la adaptación	Incapacidad para modificar el estilo de vida con un cambio en la situación de salud
00084	Conductas generadoras de salud	Búsqueda activa de hábitos saludables, para alcanzar un mejor nivel de salud
00120	Baja autoestima situacional	Riesgo de tener una percepción personal negativa debido a una situación actual
00164	Disposición para mejorar el rol parental	Patrón para proporcionar un entorno adecuado para el cuidado del niño para favorecer su crecimiento y desarrollo

## **CONCLUSIONES.**

La Teoría del Apego tiene una relevancia universal, la importancia del contacto continuo con el bebe, sus cuidados y la sensibilidad a sus demandas están presentes en todos los modelos de crianza de los diferentes medios culturales. La calidad de estas relaciones tempranas, son cruciales para el futuro desarrollo de la personalidad. Las relaciones madre-hijo surgen desde el inicio de la gestación, durante la vida prenatal, el bebe reacciona ante los estímulos externos y percibe los sentimientos de su madre. Tras el nacimiento, en el postparto inmediato, existe un periodo crítico de sensibilidad extrema en el cual se establece el vínculo afectivo. El contacto piel con piel<sup>29</sup> será determinante para poder iniciar la lactancia materna con éxito, además de favorecer el contacto corporal, intercambio de miradas y sonrisas, caricias y muestras de afecto necesarias para poder crear el vínculo afectivo, y generar una mayor confianza y autocontrol en la madre.. La separación en este momento crucial disminuirá la regularidad y prontitud de la respuesta materna, siendo esta situación, estresante para el bebe, pudiendo dejar secuelas que afecten posteriormente a su desarrollo.

Durante el primer año de vida, la principal función del vínculo afectivo será por un lado, la supervivencia física y por otro dar seguridad al bebe respecto al mundo que le rodea. Sabemos que el ser humano nace en un estado de gran inmadurez, la proximidad con su madre o cuidador principal, le va a proporcionar los cimientos necesarios para su posterior desarrollo. La falta de cuidados maternos puede llevar al desajuste en la integración social y dificultades en las futuras relaciones .Los trastornos en la vinculación afectiva pueden hacerse patentes ya desde la infancia y adolescencia, pero en ocasiones evolucionan de forma larvada hasta la etapa adulta.

Las experiencias primarias que un niño tiene dentro de su familia contribuyen a formar su manera de estar en el mundo. El comportamiento futuro dependerá de la calidad de estas experiencias vividas. El cómo se ha ayudado al niño a manejar los estados de separación y de ansiedad junto con la manera en la que se han entendido sus necesidades básicas, desarrollaran en él un sentimiento de confianza, necesaria para el desarrollo de la salud mental.

La Teoría del Apego ha contribuido a establecer determinadas políticas y prácticas tanto a nivel sanitario, educacional y de protección a la infancia, contribuyendo a consolidar una concepción integral del niño, sujeta a derechos, protección legal y reivindicación de garantías para el desarrollo de los vínculos por él establecidos.

El papel de la enfermería es amplio y laborioso. Estamos en una situación privilegiada para poder detectar cualquier anomalía en el establecimiento del vínculo afectivo. Nuestras acciones irán encaminadas a fomentar conductas que favorezcan el desarrollo de un apego seguro, actuando en todas las etapas del ciclo vital. Debemos actualizar nuestros conocimientos , para poder dar así un mejor cuidado a las familias , estando muy alerta a las señales de pérdida o de deterioro del vínculo afectivo , teniendo en cuenta que todos están interrelacionados y nuestro objetivo principal es la salud de la madre , del niño y de todo el núcleo familiar.

**REFLEXION PERSONAL.**

A la hora de realizar esta monografía, uno tiene que superar ciertos obstáculos iniciales. Por un lado la puesta al día en conocimientos, ya que tras....años que finalice la carrera, a pesar de haber tenido siempre inquietudes a la hora de continuar formándome, sabía que tenía carencias para poder afrontar este reto. Me imagino que como a otros de mis compañeros, no nos quedo otra que reciclarnos, y con ganas, empeño, esfuerzo e ilusión intentar llegar a buen puerto. Mi trabajo elegido fueron "Los vínculos". En un principio una palabra tan amplia daba mucho de sí, y por supuesto, tenía muchas maneras de poder enfocarse. Conocí a mi tutora, Lourdes Alvarez, a la que aprovecho para agradecer su tiempo, sus ganas y conocimientos, que generosamente me ha ofrecido durante estos meses. Desde nuestra primera charla, ya quedamos vinculadas en la empresa de intentar en la medida de nuestras posibilidades y dentro de nuestros trabajos el proteger el vínculo afectivo. Tengo la gran suerte de trabajar desde hace tres años en el área materno-infantil, y por otro, lado soy madre de dos hijos a los que quiero profundamente. Nunca me había planteado la importancia de esas primeras relaciones en las que, como hemos visto, nos jugamos tanto. Te preguntas como has sido tú como madre, si conductas que afloraron en tí de una forma innata, fueron en su día las correctas. Si el cariño y amor que les das es el suficiente.....Este trabajo me ha servido para hacer un ejercicio de reflexión en mi vida personal, y saber que quererles y volverles a querer, creo que es el mejor punto de partida para crear esa base segura, y poder ser el puerto donde puedan siempre puedan llegar.

*Enseñarás a volar ...pero no volaran tu vuelo  
Enseñarás a soñar...pero no soñarán tus sueños  
Enseñarás a vivir...pero no vivirán tu vida  
Enseñarás a cantar... pero no cantarán tu canción  
Enseñarás a pensar...pero no pensarán como tú  
Pero sabrás que cada vez que ellos vuelen, sueñen, vivan, canten y piensen  
¡Estará en ellos la semilla del camino enseñado y aprendido!*

*Madre Teresa de Calcuta.*

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. : Ediciones Morata; 2003.
- (2) Spitz RA. El primer año de vida del niño. : FCE; 2012.
- (3) Harlow HF. The nature of love. 1958.
- (4) Escobar MJ. Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos. 2008.
- (5) Oberman A. Vínculo y Apego.
- (6) Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. ; 1999.
- (7) Ainsworth M, Bell S. Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. J.Delval (Comp.), Lecturas de psicología del niño 1978;1.
- (8) DELGADO AO, Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 2004;4(1):65-81.
- (9) Ruppert F. Trauma, Bonding & Family Constellations. Understanding and Healing Injuries of the Soul. Frome/UK: Green Balloon Publishing 2008.
- (10) Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. N Engl J Med 1972 Mar 2;286(9):460-463.
- (11) Kennell JH, Klaus MH. Mother-infant bonding: Weighing the evidence. Developmental review 1984;4(3):275-282.
- (12) Main M, Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. Dev Psychol 1988;24(3):415.
- (13) Fonagy P. FIGURAS SIGNIFICATIVAS. TEORÍA DEL APEGO. Autor: Fonagy, Peter. Trabajo presentado en el " Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo", reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999. Traducido con autorización del autor.
- (14) Roura LC, Rodríguez DS. Obstetricia y medicina materno-fetal. : Ed. Médica Panamericana; 2007.
- (15) Olza I. Que No Os Separen.

- (16) Main M, Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Dev Psychol* 1988;24(3):415.
- (17) Carter CS. Developmental consequences of oxytocin. *Physiology and Behavior* 2003;79(3):383-398.
- (18) Arjona JB. Primeros vínculos (en la vida y en las consultas). *Revista pediatría de atención primaria* 2002;4(15).
- (19) Guerrero MD. El método canguro. *Canarias Pediátrica* 2005;29(1):17-22.
- (20) Marcos JCM. Contacto piel con piel en la sala de partos y muerte súbita del recién nacido. Una llamada de atención Skin-to-skin contact in the delivery room and sudden infant death. A wake-up call.
- (21) López Moratalla N. Comunicación materno-filial en el embarazo. *Cuadernos de Bioética* 2009;20(70):303-315.
- (22) Albo JIM. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Medicina naturista* 2006(10):533-537.
- (23) Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. : Ed. Médica Panamericana; 2008.
- (24) Hernández Aguilar M, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005;63(4):340-356.
- (25) Moore T, Kotelchuck M. Predictors of urban fathers' involvement in their child's health care. *Pediatrics* 2004;113(3):574-580.
- (26) i Gallart MS. TRASTORNOS REACTIVOS DEL VÍNCULO EN LA PRIMERA INFANCIA.
- (27) Díaz Atienza J, Blánquez Rodríguez M. EL VÍNCULO Y PSICOPATOLOGÍA EN LA INFANCIA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 2004;4(1):82-90.
- (28) Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados 2007.
- (29) Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a piel para las madres y sus recién nacidos sanos. (Revisión Cochrane traducida). En La Biblioteca Cochrane Plus , 2008 Número 4(1):1-2.