

LA TEORÍA DEL APEGO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia

Eva Becerril Rodríguez
Lourdes Álvarez Trigueros
Septiembre 2012
Trabajo Fin de Grado.
Escuela Universitaria de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”
Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria.

ÍNDICE

	Página
Resumen/ Abstract.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1: Embarazo y primer año de vida.....	6
Capítulo 2: Infancia y Adolescencia.....	13
Capítulo 3: Edad Adulta y Sexualidad.....	19
Capítulo 4: Duelo.....	24
Capítulo 5: NANDA, NIC y NOC.	28
Conclusiones y Reflexiones.....	37
Anexos.....	39
Bibliografía.....	43

RESUMEN (entre 150 y 200)

Basado en la Teoría del Apego, este escrito hace una breve descripción de la vinculación afectiva que confecciona el ser humano a lo largo de su vida, analizando cada una de sus etapas (infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad) y su influencia en la configuración de la personalidad. Asimismo analiza el funcionamiento de los diferentes tipos de parejas según su vinculación afectiva previa, enfocándolo desde dos perspectivas, la confianza e intimidad de la misma, y la vivencia de la sexualidad. Por otra parte, realiza un análisis del duelo que se produce en la persona por la pérdida de la figura de apego.

Resalta también la importancia de una correcta educación y actuación de los profesionales de la salud, centrándose en el perfil enfermero, para fomentar unas figuras de apego estables y seguras que permitan la confianza de la persona en sí misma y en líneas generales incrementar la salud mental y sexual de la población.

PALABRAS CLAVE (entre 3 y 5)

- Apego.
- Duelo.
- Sexualidad.
- Enfermería.

ABSTRACT

Based on the attachment theory, this paper gives a brief description of the emotional link manufactured by the human being throughout his life, taking each of its stages (childhood, adolescence, adulthood and old age) and its influence on the personality settings. It also analyses how different types of pair work based on its prior affective link and focusing on two perspectives, trust and intimacy of it, and the experience of sexuality. Moreover, it makes an analysis of the duel that occurs in the person for the loss of the attachment figure.

It also highlights the importance of proper education and performance of health professionals, focusing on the nursing profile, to promote stable attachment figures that enables secure the confidence of the person himself and generally improve mental health and sex of the population.

INTRODUCCIÓN

Esta sociedad en la que vivimos está eminentemente marcada por el mercado. En la era de las tecnologías, el acceso a la información y la posibilidad de tener (-comprar) al alcance de la mano todo lo que necesitemos (-deseemos) genera en las personas un estado de suficiencia sin el menor coste o esfuerzo personal implicado en obtenerlo.

Vivimos marcados por unos valores en el que aquel con la casa más grande, el coche más caro y la pareja más exuberante es sinónimo de felicidad ("es todo cuanto se puede desear").

Marcados por esos patrones las personas de este siglo, ¿se puede decir que disfrutan de los placeres de la vida? ¿Que tienen sentimientos puros, firmes, hacia los que más íntimamente les rodean? Quizás no se pueda generalizar tanto, pero los que han nacido en esta generación, ¿Qué valores van a cosechar?

La felicidad, o mejor, el bienestar es un término que rápidamente la mente connota de utópico. Dicho bienestar es una percepción subjetiva que se consigue al aproximar la suma de muchos factores (un sitio seguro donde vivir, familia acogedora, salud, amistades cálidas, autorrealización en el trabajo, etc.), que en numerosas ocasiones no se valoran lo suficiente como para relacionar problemas que afloran en el individuo con alteraciones apenas apreciables de dichos factores.

La evolución del mundo moderno nos lleva a reflexionar sobre las continuas interferencias y cambios que están sufriendo las culturas en nuestros días. Los cambios de roles, la configuración de las familias y relaciones sentimentales, la educación (sobre todo en la infancia), y en definitiva, el ritmo de vida que se nos impone si queremos lograr nuestras metas previamente fijadas da lugar, hablando de forma general, a un deficitario sentimiento y percepción de uno mismo y de desconexión con las personas que le rodean. Priman los logros palpables y mensurables a las sensaciones y emociones experimentadas que nos hacen seguir vivos.

Esta velocidad de cambio hace cada vez más difíciles las relaciones interpersonales firmes, seguras y estables que todo ser humano anhela para sentirse cómodo consigo mismo y con su entorno.

Dicho esto, y dando un giro de ciento ochenta grados nos centramos en la otra cara de la moneda: las relaciones afectivas, lo que aquí llamaremos el vínculo afectivo. Este término hace referencia a la relación que establecemos con las personas de nuestro entorno, en especial con un número reducido de ellas: la figura de apego. El ser humano no lo es si no se relaciona con sus iguales, en especial con unas personas íntimas en las que recae la confianza y seguridad tanto para enfrentarse al medio como para cobijarse de los posibles peligros.

A medida que crecemos establecemos unos patrones de conducta en relación con las experiencias vividas y lo aprendido en cada etapa de la vida que nos hace ser como somos.

Dichos patrones se van puliendo y perfeccionando a medida que pasa el tiempo y están en íntima relación con la Teoría del Apego.

Siendo el apego la manera que tiene una persona de vincularse con otra, el primer vínculo que se forma durante la vida de un ser humano es el del bebé con la persona que le cuida y alimenta (generalmente la madre). Esta figura de Apego establece una relación única con el bebé que le otorga seguridad y confianza. La forma que tenga la madre de formar el vínculo con su hijo repercute en toda la vida posterior del niño, que va a adoptar determinadas imágenes mentales según haya sido su figura de referencia, para más adelante actuar conforme lo asimilado.

Pero ese vínculo no existe solo entre el recién nacido y su madre, sino que a medida que crecemos vamos formando nuevos vínculos, consolidando otros muchos y perdiendo alguna relación afectiva.

Dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona, esas figuras de Apego tienen unas características que le son propias; los vínculos entre una madre y su hijo distan mucho de la relación entre dos amigas adolescentes o de una unión sentimental de pareja; pero todo ellos comparten el nexo de unión de la vinculación.

Durante la infancia, ese vínculo fomenta el desarrollo psicomotor del niño y el aprendizaje. En la adolescencia, la maduración del autoestima y la conciencia del propio yo, unido al crecimiento exponencial de la personalidad. La etapa adulta también está relacionada con los vínculos afectivos, ya que aquí se forman las parejas en sí, y la llegada al mundo de sus respectivos hijos, que vuelven a comenzar el círculo del vínculo afectivo desde el momento de la fecundación del nuevo ser.

Cabe también hacer hincapié en la fragmentación de esos vínculos. La pérdida de contacto y proximidad tras establecer esos lazos genera un período de desasosiego antes de recuperarse de esa pérdida, lo que se conoce como duelo.

Todas estas relaciones son de vital importancia humana, no solo para el potencial desarrollo personal, sino porque su alteración repercute de forma global en el comportamiento posterior de la persona. Queda marcada una cicatriz en su memoria que difícilmente se puede obviar o borrar.

La inseguridad, la falta de autoestima y de confianza en sí mismo son ejemplos de posibles alteraciones del vínculo que implican una visión de la persona mucho más en profundidad para llegar a comprender el por qué de esos sentimientos, y conseguir hacerlos frente.

Al igual que la sociedad la enfermería también ha evolucionado desde sus comienzos como disciplina. Tras la época del enfoque predominantemente técnico, en

la cual la prioridad era la formación en destrezas exquisitas, la corriente actual orienta a la enfermería a trabajar con respuestas humanas. Es decir, prestar una atención integral a la persona teniendo en cuenta todos los factores que pueden influir en su estado de salud, y no sólo centrar los cuidados en la lesión o en la enfermedad incipiente.

Como profesionales de las ciencias de la salud, tenemos una gran responsabilidad en este tema. Una buena educación podría fomentar vínculos estables y seguros, y con ellos, a la larga, la salud mental de la población.

Una enfermera formada en preparar a las comunidades para establecer figuras de apego estables y seguras puede llevar a cabo una gran labor de educación sanitaria en todas las parcelas de la vida del ser humano.

CAPÍTULO 1: EMBARAZO Y PRIMER AÑO DE VIDA

A pesar de lo que podría pensarse en un principio, el vínculo afectivo comienza mucho antes de que el recién nacido abra los ojos al mundo. Las sensaciones que percibe desde el vientre materno influirán en su adecuado desarrollo y formación (1).

Centraremos esta monografía en los estudios realizados por Bowlby sobre el vínculo afectivo, puesto que es el primer autor en denominar a esos lazos “apego” y explicar la importancia del mismo (2).

De su obra se extraen ciertas características que definen el modo de elaboración de su teoría y que es importante conocer para entenderla en su globalidad. Tales propiedades son las siguientes:

- a. Su teoría se realiza a partir de la observación directa de la conducta del niño, y a partir de ella pretende extraer inferencias sobre su posible conducta futura, en un enfoque prospectivo.
- b. Para formular su teoría ha seleccionado los denominados factores etiológicos con el objetivo de determinar si ejercen o no el efecto que se les atribuye.
- c. Por último, es característico el empleo de datos provenientes del reino animal: en relación con la lactancia, reproducción y excreción, argumentando que nuestras características anatómicas y fisiológicas son similares a las especies inferiores. En la primera infancia, al reproducirse de forma más instintiva, coinciden en gran parte con las pautas de conducta de dichas especies.

Bowlby parte de un nuevo tipo de Teoría: la Teoría de los Instintos, la cual se deriva de la Etología, y utiliza los conceptos centrales de los sistemas conductistas y su control de información, retroalimentación negativa y forma de homeostasis.

Las características centrales de la Teoría son seis:

1. La conducta surge de la activación y posterior interrupción de los sistemas de conducta que existen y se desarrollan dentro del organismo, y poseen distintos grados de complejidad de organización.
2. La conducta resultante de la activación e interrupción de ciertos tipos de sistemas de conducta se denomina instintiva, porque adopta pautas similares e identificables como tales en todos los miembros de la especie. Sus consecuencias contribuyen a la supervivencia de la especie.
3. La organización y acción del Sistema Nervioso Central y el contenido hormonal se consideran factores causales de activar o frenar el funcionamiento de la conducta por instintos.
4. La conducta instintiva tiene lugar como forma de supervivencia de la especie, desarrollando así su función biológica.
5. En el ambiente de adaptación evolutiva se produce la activación de los sistemas de conducta con el objetivo de cumplir su función biológica.
6. Durante la ontogenia, se van desarrollando los sistemas de conducta de la combinación del ambiente con la genética, integrándose gradualmente los sistemas de conducta de más simples a cada vez más complejos.

En el ser humano los sistemas de conducta se van a ir desarrollando como resultado de su interacción con el ambiente para conseguir adaptarse al medio (especialmente en los períodos sensibles) y, en especial con la principal figura principal de ese ambiente: la madre.

Es en este punto en el que se centra la obra de Bowlby en general, y este trabajo en particular: en la importancia de una vinculación afectiva estable y cálida con la madre o su figura de apego para adquirir un funcionamiento durante el ciclo vital óptimo.

Bowlby emplea el término “Figura de Apego” para designar a la figura con la cual el niño mantiene una relación y vinculación especial que denomina “Apego”. Esta primera vinculación es importante para conformar su futura personalidad y poder alcanzar una salud mental aceptable.

Todos los autores coinciden en esta importancia, sin embargo, discrepan en la naturaleza y origen del vínculo:

1. El psicoanálisis y la Teoría del Aprendizaje sostienen que la relación afectiva es un proceso secundario, pues está condicionado por unos impulsos primarios básicos, como son el hambre, el frío, etc. Esta teoría está basada en la Teoría del Impulso Secundario y la Teoría del Refuerzo.
2. La otra corriente se asienta en la Teoría de la Conducta Instintiva: el vínculo se produce por un sistema de conductas, el cual es el resultado de la interacción del niño con el ambiente, generalmente con la madre.

Mantiene que el apego puede darse independientemente de la satisfacción de las necesidades fisiológicas; numerosos estudios han demostrado que la conducta de apego puede desarrollarse y dirigirse a objetos que no suministran refuerzos puramente biológicos como puede ser la alimentación o el calor.

Harlow realizó un experimento con monos Rhesus en el que colocaba una madre mono de paño que no suministraba alimento, y otra de alambre, que sí lo hacía. Impredeciblemente, los monitos tendían a cobijarse donde la madre de paño, pese a no reportarles alimento alguno.

Otro experimento disponía de una madre mono que maltrataba a sus crías, las cuales establecían apegos muy enérgicos con su madre.

La interacción del niño con la madre suele fluctuar en un equilibrio dinámico que se divide en cuatro conductas: el bebé desarrolla la conducta exploratoria (o de juego) en presencia de la figura de apego para obtener información del entorno, pero cuando no se encuentra la madre, la conducta que prima es la de apego. Por su parte, la madre manifiesta una conducta de atención a su hijo cuando el bebé se excede en el juego; y de no atención en el momento que la conducta de apego del niño sea excesiva.

La incorporación progresiva de los sistemas de conducta se produce en cuatro fases. Primero se orienta sin discriminar la figura, posteriormente se dirige mediante señales a una o más figuras. Acto seguido mantiene la proximidad con una sola figura para concluir formando una simbiosis con la madre.

En el recuadro siguiente se exponen los diferentes sistemas de conducta con los que cuentan el niño y la madre para interaccionar recíprocamente:

SISTEMAS DE CONDUCTA DEL NIÑO	SISTEMAS DE CONDUCTA DE LA MADRE
1.Contacto corporal - Reflejo prensor - Reflejo de moro - Reflejo de búsqueda - Reflejo de succión	1. Contacto piel con piel
2.Conductas relacionadas con estímulos sociales - Voz - Rostro humano	2. Interacción no verbal, frente a frente
3.Señales de comunicación social - Gesto - Llanto - Risa - Sonrisa	3. Besos, caricias, palabras suaves

La intensidad del vínculo afectivo está muy relacionada con la interacción que haya realizado el bebé con su madre y con el entorno, y con el tiempo que se haya tardado en recoger a éste del llanto.

El contar con varias figuras de apego puede ser entendido como una ventaja en la medida que el niño disfrute de una interacción diversa y variada, a la vez que, si se diera el caso, pudiera suplir la pérdida de una de las figuras sin un trastorno tan acusado.

Por otro lado, las preferencias de vinculación respecto a una u otra persona vienen determinadas por el tipo de atención recibida y el grado de interacción lúdica del bebé con las diferentes figuras (5).

La Teoría del Apego es la forma de explicar y entender la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular. Ésta nos puede ayudar a comprender las reacciones que surgen tras una separación indeseada y una pérdida afectiva, tales como: el dolor emocional, los trastornos de la personalidad, emociones como la ansiedad, la ira, la depresión o el alejamiento emocional.

La figura de apego es una pieza clave en el desarrollo. La calidad de la historia afectiva estructura todo el funcionamiento interno de la persona generando seguridad y confianza a la persona, ayudándola en su desarrollo personal.

La figura de apego actúa como base de seguridad para el niño, que la considera incondicional, estable, accesible y duradera; a la vez que le permite explorar el mundo, alejarse y acumular experiencia.

Por otro lado, la figura de apego es el lugar donde acude para consolarse y reafirmarse ante situaciones percibidas como peligrosas o ante estados de peligro, maletar o aflicción. (6).

El concepto de “interacción” en la Teoría del Apego también es importante, el desarrollo del bebé depende del ambiente, es decir, de la figura de apego. Existen una serie de estrategias que los seres humanos llevamos a cabo para conseguir un cierto estado de bienestar y armonía. Estas destrezas son de dos tipos (5):

- **Estrategias primarias:** son las respuestas incondicionales y sensibles, que producen una sensación de tranquilidad.
- **Estrategias secundarias:** se dan cuando no hay respuesta de la figura de apego, o la respuesta es negligente, insegura e insatisfactoria. También se pueden considerar estrategias secundarias los planes que pone en marcha cada ser humano para mantener su propia seguridad y protección ante situaciones percibidas como amenaza.

Bowlby (3) denomina autoconfianza compulsiva o desapego a dos estrategias secundarias que pueden producir una hiperactivación del apego o una desactivación, en el contexto de apegos no seguros.

El fin de esta estrategia es mantener el sistema de apego desconectado, o bien regulado a mínimos para evitar la frustración y el malestar producido por la falta de disponibilidad de la figura de apego. Esta estrategia requiere la negación de las necesidades de apego e incluye la evitación de la intimidad, tendiendo a ampliar la distancia cognitiva, emocional y física con los demás. También implica la alteración de la percepción respecto a indicadores relacionados con posibles amenazas para, de este modo, suprimir los pensamientos y las emociones que podrían causar la activación no deseada de la figura de apego. (6)

Las estrategias primaria y secundaria están en la base de la formación de los modelos internos, y por tanto, de los estilos de apego.

La motivación que impulsa al bebé al contacto con la madre se expresa mediante el sistema de conductas conformado por la interacción de la genética y el ambiente con el objetivo de la supervivencia individual, y como consecuencia, de la especie.

La interacción del bebé con el medio, sobre todo con la madre, es utilizada por el niño para construir su representación mental del sistema de conductas y posterior interiorización, configurándose así el Self Internal Working Model (Modelo operativo interno de trabajo propuesto por Bowlby) (7).

Bases neuronales del Apego.

El sistema nervioso autónomo de nuestro organismo está compuesto de dos subsistemas que actúan simultáneamente, prevaleciendo uno u otro en función de si la situación en la que se encuentra la persona es una reacción de alarma o si por el

contrario se encuentra tranquilo y sosegado. Estos sistemas son el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático, los cuales adquieren un marcado interés en la teoría del apego, pues la activación de las conductas de apego surge en situaciones que la persona considere seguras, le inspiren confianza y se sienta relajada.

Cuando una persona capta un suceso considerado de peligro o amenaza, da inconscientemente una alarma al organismo, que rápidamente se coloca en posición de defensa: entra en acción el sistema nervioso simpático, poniendo en marcha los mecanismos para la supervivencia individual y la huida, generando ansiedad, excitación, elevando la tasa cardiaca y respiratoria, contrayendo los esfínteres y produciéndose broncodilatación. Ante esta situación percibida como amenaza, no es posible la interacción social, pues el organismo está dispuesto para la supervivencia individual (8).

Por el otro lado tenemos al nervio vago (X par craneal) el cual está regulado por el sistema nervioso parasimpático, responsable de las respuestas experimentadas como seguridad, armonía y tranquilidad, y entre sus funciones se encuentran la relajación del organismo y ralentización de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria del cuerpo.

Es el encargado también de regular los principales órganos viscerales, la musculatura de la cara y de la cabeza: que está relacionada con el contacto visual y la vocalización: relacionada con la inflexión de llamada y las expresiones faciales. Todas ellas colaboran en el proceso de comunicación.

Según la teoría del Apego, la interacción social necesaria para que se desarrolle la vinculación afectiva y la exploración del ambiente solo se da si el individuo se siente seguro, confiado, y no percibe una amenaza en su supervivencia. El apego se produce entonces con la activación del sistema nervioso parasimpático (6).

EL TRAUMA SIMBIÓTICO. Franz Ruppert

En relación con los vínculos afectivos, Franz Ruppert comienza a estudiar hace quince años lo que denomina el “trauma simbiótico”, el cual es generado por cualquier tipo de apego que no sea seguro. Es decir, por apegos ansiosos, evitativos y desorganizados.

Este autor los considera nucleares, pues condicionan la aparición de traumas posteriores y dificultades relationales ya sea para establecer vínculos de pareja, como amistades y familiares.

El vínculo según este autor comienza en la madre ya en el embarazo, no en el nacimiento. El embarazo es un proceso inconsciente y sin palabras en el que el feto resuena emocionalmente con la madre y viceversa. En la resonancia límbica se forja el cerebro límbico (parte emocional) y se produce el vínculo (9).

El bebé “traumatizado” vive miedo, rabia, dolor y finalmente resignación y tal vez enfermedad. Según Ruppert, la consecuencia del trauma simbiótico en la personalidad es la fragmentación de la misma en tres partes:

1. PARTE SANA.

Esta parte de la personalidad es la que mantiene el contacto con la realidad y con uno mismo: autonomía, confianza, autocontrol, reflexión. Busca soluciones y ama la verdad, no la represión ni el engaño. Regula los miedos y el dolor. Y desea superar, avanzar, crecer y ser fuerte.

Los niños tienen una parte sana muy clara, pero los que han vivido la “ausencia” de la madre (trauma), padecen sentimientos profundos de soledad, rabia, ira, miedo a morir y dolor reprimidos. Presentan conductas de hiperactividad, peleas como forma de entrar en relación, depresión y angustia, dificultades de relación y conflictos emocionales a lo largo de la vida.

Dichas conductas pueden darse no sólo con los padres, a los que puede odiar o idealizar, y cargar con ellos de por vida, sino también con la pareja, con quien puede mantener relaciones poco sanas y destructivas.

2. TRAUMA.

El fragmento “traumatizado” es la parte encarcelada y reprimida de la personalidad. Pero este cierre no es completo: por las rendijas se cuela dicho trauma, dejándose ver en forma de reacciones inesperadas, desproporcionadas o inexplicables.

Esta parte quiere salir y volverse a integrar en la personalidad global del individuo. Reprimir el trauma se lleva la fuerza vital y consume la energía del ser humano.

3. MECANISMOS DE SUPERVIVENCIA.

Le sirven al individuo para preservarse y seguir viviendo, pero también preservan el trauma. Estos mecanismos pueden observarse en forma de: represión, disociación, congelación, negación (“no fue para tanto”), búsqueda de experiencias excitantes, adicciones a drogas, sexo, comida, etc.

Aquí la solución se convierte en el problema. Además, es característico no querer afrontar su problema, derivando a su pareja, su madre, etc. a tratamiento, a quienes culpan del trauma propio.

4. CONCLUSIÓN

El enredo simbiótico hace al individuo proclive a relaciones destructivas, a emociones negativas (rabia, frustración, culpa, violencia, falta de energía), a alteraciones mentales y a una vida de fantasía pero sin una gestión real de la situación.

Si uno no está enredado simbióticamente, si está en su parte sana, las relaciones se hacen desde ahí, y esta relación que se forma es sana, constructiva, ordenada, equilibrada, centrada en el dar y recibir, respetuosa y no basada en la dominancia o el miedo.

Y en el caso de que la relación no funcione, ésta se disuelve sin sentimientos de culpabilidad o minusvalía emocional: no está prohibido irse, ni es obligatorio sufrir (10).

La Enfermería desde la perspectiva de la vinculación afectiva en el embarazo

Dado la importancia de vinculación afectiva en la especie humana para su supervivencia, es necesario forjar y fomentar el desarrollo de una vinculación sana y segura desde la concepción del nuevo ser humano. Y ahí juega un papel muy importante la enfermería, en particular la especialidad de enfermería Gineco-Obstétrica.

Se deberá instruir a las parejas que acudan a planificación familiar con el objetivo de formar una familia en la importancia de mantener una sana relación afectiva con el futuro bebé. También es importante crear un entorno propicio que fomente la armonía conyugal, que será transmitida al nuevo ser.

Numerosos estudios han demostrado los beneficios del llamado “piel con piel” en el momento del nacimiento. Consiste en arropar al recién nacido contra el tórax de la figura de apego (puede o no ser la madre) para confiar al bebé una morada segura donde cobijarse del cambio de ambiente que ha sufrido en las últimas horas. (11) También se ha demostrado la influencia positiva del vínculo afectivo para la creación de los sistemas de conducta del niño desde comienzos del embarazo y la importancia del contacto en forma de abrazos y cariño (12).

CAPÍTULO 2: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La teoría del Apego considera que la relación que se establece entre el bebé y su cuidador es esencial en el desarrollo personal y en la estructuración de la personalidad.

Muchos de los conflictos psicológicos que se producen a lo largo de las edades, incluso los que entrarían en el ámbito de la psicopatología, pueden ser explicadas a través del conocimiento de la historia afectiva de los primeros años donde se constituye la seguridad básica y los modelos internos.

El niño realiza una serie de conductas ante la separación de la figura de Apego, que fueron reflejados por Ainsworth en un estudio experimental con 56 bebés. Las conclusiones obtenidas fueron favorables: el punto máximo de ansiedad ante la separación lo protagonizaron los bebés de 11 a 36 meses, en los cuales había una disminución notoria de las conductas de juego. Con dos y tres años también se mostraban ansiosos, pero a medida que iban creciendo se mostraban menos angustiados. (3)

En dicho estudio se comprobó también la mayor ansiedad acontecida si se sometía al niño a una segunda separación de la figura de apego.

Ontogenia de las respuestas ante la separación.

Las respuestas ante la separación no se hallan en el momento del nacimiento, sino que se desarrollan a partir de los seis meses de vida. Antes, el bebé no es capaz de responder discriminando a quien se dirige ni da señales de haber desarrollado el Apego; se mantiene absorto observando la totalidad del entorno.

Sin embargo, es a partir del medio año de edad cuando se produce un alejamiento de la figura de apego principal, el niño llora y profesa un temor a los extraños. (Schaffer y Callender).

Estudios realizados en otras especies diferentes a la humana, ponen de manifiesto la inquietud ante la separación y el apego demostrado en el reencuentro (Lawick-Goodall, Jensen y Tolman, Harlow, Kaufman y Rosenblum, Spencer-Booth y Hinde), así como la expresión de una conducta más perturbada cuando han sufrido una o dos separaciones. (3)

Temor humano desde la perspectiva etiológica.

Aunque comience en la infancia, el temor en la especie humana en una situación considerada de peligro (ruidos, animales, personas desconocidas, etc.) tiene lugar durante todo el ciclo vital. Ante esta señal de peligro se ponen en marcha dos conductas: una de distanciamiento del objeto temido y otra de aumento de la proximidad con la figura de apego, con el objetivo básico de la adaptación al entorno. (3)

Apego ansioso.

En la propensión a sentir temor intervienen diferentes experiencias como la habituación, el aprendizaje observacional (Bandura), vivencias espeluznantes, amenazas... y, referente al tema que nos abarca, la disponibilidad de la figura de apego en relación a encontrarse la misma dispuesta y accesible para servir de puerto de refugio y consuelo en situaciones adversas (3).

Durante la infancia y adolescencia se adquiere la confianza o desconfianza en esa figura afectiva, tendencia que se mantiene estable a lo largo de la vida posterior.

El niño capta los modelos y la forma en la cual desarrollan la vinculación afectiva sus correspondientes figuras de apego, para posteriormente interiorizarlo e incluirlo en su personalidad y comportamientos del día a día, en un proceso de aprendizaje continuo.

A partir de los modelos de apego que desarrolla el niño, al estar tan influenciados por el entorno en el que se envuelve, pueden encontrarse dos situaciones diferentes.

La primera de ellas sucede cuando la figura de apego ha acudido a socorrer al individuo en situaciones de temor, malestar o agonía, ese vínculo se ha ido reforzando paulatinamente y estableciendo una base sólida. El niño confía plenamente en esa persona, lo que le hace más seguro a la hora de tomar decisiones y de alejarse y enfrentarse a situaciones nuevas puesto que cuenta con el mullido colchón de su figura de apego en caso de necesidad.

Cuando la organización de la conducta de la figura de apego está bien adaptada, es coherente y perfectamente capaz de expresar sus sentimientos, sus miedos y explicar razonadamente sus puntos de vista: el niño tenderá a reproducir esas conductas en su vida adulta.

Sin por el contrario los modelos de su figura de apego presentan conductas inapropiadas e incongruentes, no mantienen estrechos lazos vinculantes con el niño o no le transmiten sus emociones y sentimientos, dicha persona tiene más probabilidades de desarrollar en su madurez apegos del mismo tipo.

Cuando las expectativas de contacto con la figura de apego en momentos de aflicción no han sido las esperadas y el sujeto no se ha sentido respaldado por esta figura, manteniéndose tal situación a lo largo de la historia afectiva del niño, aparece el llamado Apego ansioso o evitativo.

Para sufragarlo y evitar la desorganización personal el niño pone en marcha un mecanismo de adaptación y supervivencia en el ambiente conocida como exclusión defensiva de la información, mediante la cual omite los estímulos impropios e inadecuados fingiendo no percibirlos (desactivación de un sistema de conductas mediante la represión) o actúa sin entender por qué lo hace así (desconexión cognitiva).

Tanto uno como otro mecanismo ayudan a la persona a mantenerse equilibrada, pero acarrea alteraciones importantes en la personalidad y en el enfrentamiento a los problemas de índole afectivo: el ejemplo que aquí nos ocupa es la resolución de una pérdida afectiva cercana y relevante para la persona.

Estudios (Newson y Newson) sobre el apego ansioso confirman el elevado temor a la separación que experimentan niños con historia de hospitalización (tanto de niño como de madre) que producía una separación de la vinculación afectiva madre e hijo. Las vivencias de amenazas de abandono o suicido, o haberse criado sin una figura materna permanente también experimentaban apegos muy ansiosos.

El objetivo del apego ansioso es mantener accesible la figura de apego. Dicho apego se manifiesta de múltiples y diversas maneras. Pueden seguir estrategias como mantenerse muy próximo de la madre para garantizar su disponibilidad (pese a las dudas que albergan de que le otorgue protección), experimentar cuadros de ansiedad, o incluso hostilidad y agresividad.

La ira, tanto funcional (su finalidad es reencontrarse con la madre) como no funcional (alejamiento y debilitación de la figura de vinculación debido a un profundo

enojo con dicha persona) también es frecuente en apegos ansiosos, manifestando así un reproche de la situación acontecida.

Estos apegos ansiosos en la infancia se pueden extrapolar a la edad adulta, como puede darse en casos en los que la persona, en su vida madura, realiza demandas continuadas a su figura de apego (suele dirigirse a la pareja) sin situación amenazante o peligrosa objetiva, con el objetivo de mantenerse cercana a esa figura y asegurarse que está próxima a ella y no le abandona (3).

Apego ansioso y Fobias infantiles

En relación a las fobias, Bowlby hace una distinción entre personalidad fóbica (la persona sufre temor por un objeto y pone en marcha conductas de evitación) y personalidad pseudofóbica (la ansiedad es producida por el temor a la ausencia o pérdida de la figura de afecto).

Las fobias escolares, las agorafobias y la no asistencia al colegio son ejemplos de personalidades pseudofóbicas que guardan en su etiología una causa más profunda y remota que lo observado a simple vista.

Estos niños suelen proceder de familias deshechas, conflictivas (padres con apego ansioso que lo focalizan en el niño; continuas amenazas al niño de la posibilidad de suceder algo malo si se aleja del hogar, enfermedades o fallecimientos recientes, etc.) que hacen más proclive al niño a ser reacio a explorar el entorno que le rodea con seguridad y confianza.

Se realizó un estudio psiquiátrico (Hersov) a padres de hijos cuyo nexo común era la no asistencia al colegio. Comprobaron que alguno de los padres presentaba ansiedad y depresión, y que además en las madres se podía observar también rasgos histéricos y de ansiedad ante la separación.

Los niños que presentan agorafobia contaban con sobreprotección familiar en el contexto de una neurosis de uno de los padres.

Las pseudofobias, por otro lado, suelen coincidir con un cambio importante en la situación familiar (fallecimiento, divorcio de los cónyuges).

Otro estudio (M.S. Lipsedge) llevado a cabo para analizar familias de los pacientes los fraccionan en tres categorías:

1. Familias integradas y estables.
2. Familias integradas con peleas, violencia y alcoholismo frecuente, y carencia de afecto.
3. Familias disgregadas a causa de un fallecimiento, divorcio o enfermedad crónica. (3)

Adolescencia

En la etapa de la adolescencia el individuo sufre unos cambios muy importantes y decisivos que le ayudarán a enfrentarse a futuros problemas y a forjarse una personalidad propia.

Estos cambios van ligados a la figura de apego: el vínculo afectivo se desplaza de la madre al grupo de iguales; amigos, compañeros de clase o de alguna actividad deportiva o lúdica de la que son partícipes, pero será una imagen o copia del vínculo mantenido con la figura primaria de referencia.

Los cambios no sólo se producen por el hecho de desplazar la figura de apego, sino por la peculiaridad de esta nueva vinculación. Es ahora una relación simétrica no jerárquica en la que las dos partes están implicadas en el funcionamiento del vínculo, no hay una persona que “de todo” y otra que lo reciba, sino que es recíproco.

Es también en esta nueva etapa del individuo cuando se produce la maduración de los caracteres sexuales secundarios, los cuales juegan un papel muy importante en el proceso de este nuevo apego. Con el desarrollo sexual se sucederán diversos cambios en la imagen física del adolescente, los cuales deberá aprender a aceptar e interiorizar.

Volviendo nuevamente al apego sereno, seguro, Peck y Havighurst dividen en su estudio a los adolescentes y adultos jóvenes en función de sus rasgos de personalidad (personalidad integrada, fuerza del yo, su seguridad emocional, la adaptabilidad al entorno y la salud mental en general) para compararlos con los talantes característicos de su familia de origen. Como resultado se obtienen los siguientes datos: (1)

1. Familias incoherentes en sus pautas:
Personalidad amoral, con conducta inapropiada, emotividad inmadura y hostil, baja autoestima y sentimientos de culpa.
2. Laissez faire (“dejar hacer”):
Personalidad oportunista, siguiendo siempre el camino más fácil, obtiene beneficios personales manipulando el entorno.
3. Familias punitivas, autocráticas y severas:
Personalidad conformista, presentan hostilidad reprimida eficazmente debido a una conciencia punitiva.
4. Familias con métodos disciplinarios estrictos y severos:
Regidos por escrúpulos irracionales, no muestran interés por los demás y presentan una intensa hostilidad, pese a su comportamiento leal, honesto y generoso.
5. Familias con buena integración emocional y racional, pautas claras, coherentes y no rígidas que conceden apoyo y confianza al niño:
Personalidad altruista racional, emocionalmente maduros.

Como se puede corroborar en los estudios citados y otros muchos (Rosenberg, Bronfenbrenner, Coopersmith, Grinker, Hamburg, Ainsworth), una familia estable y bien integrada fomenta el desarrollo de vínculos afectivos y consecuentemente, unas

pautas de conducta adecuadas, gozando de estabilidad, notable rendimiento escolar o profesional y en general, de una salud mental admirable (1).

Sin embargo, si los vínculos afectivos forjados en esta etapa de la vida no son los idóneos, las repercusiones que tendrán en el funcionamiento del psiquismo personal del individuo y por tanto en su relación con el ambiente social serán considerables.

La Enfermería desde la perspectiva de la vinculación afectiva en la infancia y adolescencia

Durante el período infantil, es necesario instruir correctamente a los padres en educar a sus hijos con pautas claras de conductas y acciones, con el fin de que el niño pueda forjar una personalidad futura sana y estable (13). Que sea capaz de tomar sus propias decisiones independientemente, responsabilizándose de las consecuencias derivadas de las mismas; asimismo con capacidad de aceptar los límites, reglas y normas impuestos para la adecuada convivencia en sociedad (14); todo ello evitando ridiculizar o maltratar al niño, puesto que esto tendría consecuencias trascendentes en relación a cómo va a afrontar su vida cuando sea adulto (15).

En la adolescencia, es conveniente enseñar y hablar a los propios adolescentes de la nueva etapa que están experimentando y de cómo se sienten en relación a los cambios que les están sucediendo, puesto que cada adolescente los vive e interioriza de una manera particular. También es conveniente concienciar a sus padres de la importancia de tener acceso a una información clara y veraz que pueda fomentar estilos de vida saludables sobre los temas que más importancia tienen hoy en día en relación a los hábitos que suelen adquirir los adolescentes: consumo de tabaco, alcohol, cannabis, etc. Por otra parte, se intentará conseguir que el tema de su sexualidad no sea tabú, aportándoles toda la información necesaria sobre una sexualidad sana y el uso correcto de métodos anticonceptivos y prevención de ITS. Asimismo el profesional de enfermería debe ser capaz de animar al adolescente a expresar sus miedos, preocupaciones y ambiciones, y de enseñar a los padres a que hagan lo mismo con su hijo (16). Un objetivo a marcarse en esta etapa debería ser trabajar la asertividad con el adolescente, ya que en muchas ocasiones éste no ha adquirido las habilidades sociales requeridas para comunicarse con su grupo de iguales sin ceder ante la presión social, motivo por el que pueden darse en ciertos casos los hábitos perjudiciales para su salud anteriormente citados (consumo de tóxicos, relaciones sexuales no protegidas, etc.). Fomentando la asertividad en esta etapa, el adolescente será capaz de forjar relaciones sanas en las que sea capaz de satisfacer sus propias necesidades sin forzarse a realizar actos que no quiera hacer o para los que no se vea preparado, sin presionar o agraviar al mismo tiempo a su grupo de iguales(17).

Fomentar la salud sexual de la población joven podría ser uno de nuestros objetivos a emprender: promoviendo la toma de decisiones con seguridad y asertividad a la hora de iniciarse en el consumo de tóxicos y en las primeras relaciones

sexuales, animar a la autoconfianza en sí mismo para negarse a mantener relaciones sexuales si no se está preparado. Además de educar e informar a los jóvenes en métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (18).

La enfermería pediátrica tiene un papel clave hasta el final de estas etapas del ciclo vital de la persona. Durante las revisiones periódicas que se realizan en el Centro de Salud, éste puede observar el desarrollo que se va produciendo en el niño desde el nacimiento hasta los catorce años de edad, sus comportamientos y actitudes, y la relación que mantiene con los miembros de su familia de referencia. El profesional enfermero será por tanto el profesional idóneo para fomentar las relaciones sanas e intentar modificar las que pudiesen mejorarse.

Los niños van a desarrollar unas u otras imágenes mentales sobre el vínculo afectivo dependiendo de lo que interioricen desde pequeños. Aquí se puede detectar precozmente cualquier alteración en la evolución del niño, por ello cabe hacer hincapié en la responsabilidad de valorar el desarrollo ontogénico del chico (Belsky) por si se estuviera ocasionando algún tipo de maltrato infantil, ya sea de negligencia, Munchausen, etc. (19).

La adolescencia es una etapa en la que se pueden aunar todos los esfuerzos de los profesionales de la salud para abordarlo. En la enfermería se puede abarcar desde la pediatría, desde la familiar y comunitaria y desde la enfermería de salud mental, conjuntamente con el equipo multidisciplinar para reforzar la tarea.

CAPÍTULO 3: VIDA ADULTA Y SEXUALIDAD

El comportamiento sexual humano siempre se ha considerado dentro de la parcela de intimidad de las parejas, y en general, un tema tabú del cual “no se puede hablar, expresar opiniones, dudas o preocupaciones” abiertamente en la sociedad. Se sobreentiende que la mayoría de seres humanos son capaces de obtener bienestar y placer sexual mediante masturbación o en compañía de otro, sin ningún esfuerzo sobreañadido y siguiendo unas directrices básicas. La realidad es bien distinta.

Masters y Jonson (20) (1970), con las publicaciones “La Respuesta Sexual Humana” y “La Disfunción Sexual Humana”, son los primeros en comenzar a liberar al comportamiento sexual de las connotaciones negativas que posee: describen los cambios que se producen en el organismo durante el ciclo de respuesta sexual, y los funcionamientos sexuales anómalos entre dos personas y unas técnicas para su tratamiento.

Respuesta sexual Humana (ciclo de la respuesta sexual):

1. Fase de excitación.

Estímulos sexuales efectivos que provocan cambios fisiológicos.

2. Fase de meseta.

Se completan los cambios fisiológicos. La tensión sexual se mantiene estable.

3. Fase orgásmica.

Liberación brusca de un alto grado de tensión sexual (3-10 segundos).

4. Fase de resolución.

Pérdida rápida de la tensión sexual y vuelta la situación previa a los cambios fisiológicos, de manera paulatina.

5. Período refractario.

Periodo de tiempo en el que no se produce el ciclo de la respuesta tras estímulos sexuales.

Disfunciones Sexuales:

1. Por trastornos del impulso sexual.
2. Por trastornos en la fase de la excitación sexual.
 - Disfunción eréctil.
 - Trastorno de excitación sexual en la mujer.
3. Por trastornos de la fase orgásmica.
 - Eyaculación precoz.
 - Anorgasmia
 - Incapacidad eyacularia.
4. Por dolor.
 - Vaginismo
 - Dispareunia

La terapia según estos autores consiste en un abordaje mixto psicoterapéutico y conductista. Dicho de otro modo, proponen fomentar un cambio en la conducta que genera el mal funcionamiento sexual, a la vez que se redirigen las emociones y sentimientos del paciente, ofreciendo apoyo, consejo, tranquilizando, actuando sobre sus temores, miedos y sentimientos de culpa.

Las disfunciones sexuales no suelen estar asociadas a enfermedades orgánicas, sino que la mayoría emergen como síntomas cuya causa puede radicar en conflictos intrapsíquicos o interpersonales previos del individuo. Tanto los trastornos afectivos y de vinculación, como el estrés crónico o el desconocimiento de la función y fisiología sexual pueden provocar un desempeño sexual deficitario. Generalmente las disfunciones sexuales están además asociadas a una profusa ansiedad por la ejecución de la conducta sexual, la cual interrumpe el funcionamiento normal de la persona.

Las conductas evitativas relacionadas con fobias al sexo o temores irracionales al acercamiento físico o la desnudez deben hacernos meditar de su probable origen aprendido en el seno de la familia: una educación restrictiva con unas limitaciones afectivas de sus figuras principales de apego. (21)

Desde el punto de vista afectivo, la relación entre la pareja en la etapa adulta es la imitación y reproducción de la relación entre el niño y su figura de apego. La diferencia que encontramos es que la relación de la infancia es asimétrica (uno cuida,

otro es cuidado), mientras que en el adulto es, o debería ser, simétrica. El estilo o modo de amar dependerá de los estilos de apego construidos.

Cada miembro de la pareja se relaciona con el otro en función del sistema de apego previamente configurado a lo largo de su vida. Ese sistema de apego está conformado por las conductas aprendidas a lo largo de su historia afectiva, reforzadas o disminuidas por las situaciones y experiencias ambientales de cada cual. Cada persona se sitúa en el sistema de pareja desde su propio estilo de apego, que es la expresión de sus modelos internos (6).

Los estilos de apego pueden ser considerados como prototipos o estilos de amar dentro del contexto de una relación de pareja. Las características de cada tipo son las siguientes (22):

1. Estilo de apego seguro:
Relaciones confiadas y positivas.
2. Estilo de apego ansioso:
Relaciones dependientes y continua necesidad de confirmación de que es amado.
3. Estilo de apego evitativo:
Relaciones desconfiadas y distantes.

La intimidad, en cuanto a las relaciones de pareja se refiere, es el espacio compartido común más profundo y secreto entre dos personas, en el que se encuentra la confianza mutua, el respeto, la confidencia, la amistad, el amor, la sexualidad, capacidad de entrega en el acto sexual y en definitiva, la simbiosis más primaria de ambos. La posibilidad de poder acceder de un modo seguro al espacio de la intimidad dependerá de la seguridad transmitida por el estilo de apego de la figura primaria. La estabilidad del dúo estará condicionada en gran medida por lo que se considere patrón, modelo de una situación sólida de pareja (23).

En la relación de pareja, el individuo desarrollará un sistema de conductas dependiendo del estilo de apego aprendido que posea (6):

1. Estilo de apego seguro:
Los estilos de apego seguros se sentirán cómodos, sensibles y confiados en la intimidad, no se sentirán amenazados y no necesitarán estar vigilantes; podrán entregarse y disfrutar.
2. Estilo de apego ansioso:
Tenderán a mostrarse vulnerables al miedo a la pérdida o al abandono. Por tanto, dedicarán parte de su atención a la vigilancia de cualquier posible amenaza.

3. Estilo de apego evitativo:

Tratarán de eludir el espacio de intimidad a través de estrategias, separando el deseo erótico de la implicación emocional.

El tipo de relaciones que establecemos en la edad adulta, es en gran medida una reproducción del tipo de relación establecida con la figura de apego primaria. Las representaciones mentales de la relación con la figura de apego histórica son las que prevalecen en las relaciones interpersonales adultas.

Desde ese punto de vista del Apego, la satisfacción de las necesidades afectivas que generan seguridad, estabilidad y bienestar es una prioridad para el individuo, pues necesita dicha sensación de amparo y protección de su figura de apego (su pareja) para explorar el mundo que le rodea, y así desarrollarse personalmente.

Sentirse querido y tener a quien querer son dos aspectos esenciales en la especie humana que aportan un bienestar tanto físico como psicológico y contribuyen a la salud de la persona.

SISTEMA DE APEGO:

Estamos dotados, como comentábamos en capítulos anteriores, de sistema de apego, los cuales se activan en momentos de aflicción, necesidad o percepción de amenaza; e inducen a la búsqueda de proximidad, al contacto e interacción con la figura de apego, todo ello con el fin de recuperar la seguridad y obtener tranquilidad y sosiego en la relación con el otro.

A partir del estado de seguridad, es posible activar el sistema de exploración del entorno que nos rodea, pues nos sentimos confiados y seguros si se diera algún contratiempo.

Conviene hacer una distinción clara de dos conceptos del ámbito de la sexualidad que a menudo se interrelacionan y funcionan de sinónimos, pero que son entidades claramente diferenciadas que funcionan individualmente. Se trata del deseo erótico y la vinculación afectiva (o Apego). Al ser diferentes, su satisfacción también es independiente la una de la otra, pese a que en la cultura occidental se tienda a satisfacer (o intentar) la necesidad de vinculación y la necesidad de experiencia erótica en la misma persona, en la relación de pareja (24).

- El deseo erótico es el conjunto de acciones y estímulos destinados a aportar placer y satisfacción sexual.
- La vinculación afectiva se puede considerar aplicada a la pareja como “el amor romántico”, la relación ideal que se establece entre dos personas, basada en la comunicación, establecimiento de perspectiva de vida y objetivos comunes, en la confianza y bienestar de ambos (6).

El hecho de centrar en la pareja tanto la vinculación como la experiencia sexual puede dar lugar a conflictos, frustraciones o culpabilidades que se deben explorar y resolver. Se suele dar con frecuencia que la alteración de la vinculación afectiva (miedos, inseguridades, desconfianzas en la pareja) repercute negativamente en el

deseo erótico y genere alteraciones en la excitación sexual, o en cualquier otra fase del ciclo sexual.

Del modo contrario, una disfunción sexual puede ser entendida en la pareja como un obstáculo en su relación, favoreciendo las disputas, la irritabilidad o la desconfianza en la pareja. A pesar de ser entidades separadas, están íntimamente relacionadas y conviene hacer un abordaje confrontándolas.

La Enfermería desde la perspectiva de la vinculación afectiva en la edad adulta y su sexualidad

En esta etapa el objetivo de la enfermería en cualquier ámbito de salud, en especial desde la enfermería de atención primaria y comunitaria, es prevenir, detectar y colaborar en mejorar la salud de la población a la que atiende. Desde la perspectiva de los vínculos afectivos, debemos estar alerta ante cualquier respuesta humana que se observe anómala o inapropiada, o que intuyamos que haya un funcionamiento interno con dificultades para responder a las demandas del medio.

Es el lugar donde recibir atención ya que es la referencia de las personas sanas cuando tienen algún contratiempo cotidiano que no sea considerada grave, ni comprometa la vida.

Dado que la forma de relacionarse íntimamente es, en un gran porcentaje, aprendida de la figura de apego histórica, y que durante este periodo el vínculo se transforma y redirige a la pareja, es importante la observación de conductas y comportamientos de la relación entre ambos para detectar problemas, sirviendo la enfermería como punto de apoyo para las complicaciones que puedan surgir en el seno conyugal (25).

Educar a la población en una relación simétrica, de iguales, con un clima de respeto mutuo y confianza en el otro, fomentar la independencia y autonomía de pensamiento y conducta, y la seguridad de la persona en sí misma para tomar decisiones sobre su propia vida son ítems necesarios para abordar la vinculación afectiva y la salud mental de la población en esta etapa (26).

Es importante también el manejo de las inseguridades de la propia persona en relación a sí mismo y a su pareja, el miedo al abandono o a la soledad, vigilando comportamientos que manifiesten una rabia contenida, celos sin motivo real o auto o heteroagresiones.

No hay que olvidar que la conducta es una fiel imagen del comportamiento de la figura de apego en la infancia, con lo cual, si hay alguna historia de violencia de género o conductas violentas en el ámbito doméstico se deberán extremar las precauciones.

Dentro de todo este período podríamos focalizar nuestra atención en la situación más prevalente: mal funcionamiento de los estilos de apego.

Esto puede manifestarse de maneras muy diversas (continuas discusiones, deterioro de la sexualidad de la pareja) o incluso cursando patología mental sin etiología aparente (distimia, depresión, alteraciones de la conducta con episodios de auto o heteroagresividad, etc.). Sembrar confianza, autoestima y autonomía son unas herramientas clave para mejorar los estilos de apego propios y la salud sexual de la población.

Desde atención primaria se podrían detectar, en colaboración con el equipo multidisciplinar, parejas con funcionamientos disruptivos que puedan afectar a su desenvoltura en el ambiente cotidiano, dirigiendo nuestros objetivos a promocionar una salud sexual y de pareja, prevenir posibles episodios de alteraciones de ese funcionamiento, y actuar en los casos que ya se hayan dado.

CAPÍTULO 4: DUELO

El duelo es el proceso de elaboración de sentimientos, emociones, cogniciones y mecanismos de defensa para la adaptación de la persona ante la pérdida de una persona u objeto amado. Dicha elaboración varía mucho de unas personas a otras, y están implicados muchos factores en la consecución positiva del proceso de duelo. (27)

La pérdida de una persona cercana a nosotros con la que hayamos establecido una relación íntima es una situación de gran desazón y congoja. Esta pérdida implica una reorganización tanto a nivel psíquico como en la vida cotidiana para amoldarse a la nueva situación sin ese ser querido. Enfrentarse y conseguir hacerle frente es un reto para cualquier persona, independientemente de si goza o no de salud mental.

El objeto del duelo puede ser una persona, un animal, un objeto, un proyecto, una idea, un trabajo, la posición social o partes del cuerpo que tenga un significado especial para la persona, y por consiguiente asimilar su pérdida requiera de tiempo y esfuerzo. Tendemos a pensar en reacciones de duelo secundarias a fallecimientos cercanos, no obstante, el proceso de duelo tiene lugar cuando se da una pérdida considerada relevante para el funcionamiento vital del individuo. Cuando se produce una ruptura matrimonial acusada, un enfrentamiento familiar que desencadena una ausencia del contacto entre, por ejemplo, un padre y su hijo, una disputa con un amigo muy cercano o un despido laboral del trabajo “modelo”, puede desarrollarse una reacción de duelo. Con lo cual, el duelo se puede dar en cualquier etapa y edad de la vida.

En esta reacción de duelo es normal que se produzcan sentimientos de profunda tristeza por esa pérdida reciente, aflicción, que se van sucediendo en las etapas mostradas a continuación, con una duración variable entre uno y dos años (4).

Fases del duelo:

1. Fase de shock.

Emociones de irrealidad, aturdimiento, negación de la pérdida, bloqueo.

2. Fase de angustia y resentimiento.

Sentimientos de pena, rabia, protesta, desconsuelo, reproches, culpa, insomnio.

3. Fase de desesperanza y desorganización.

Aquí se integran los recuerdos, y se produce una pérdida del significado objetivo de la vida, aislamiento, falta de interés por el mundo exterior.

4. Fase de aceptación y reorganización.

Se produce un afrontamiento de la nueva vida, con la persona perdida en la memoria. Gradualmente se va interesando por su entorno, por actividades y relaciones de su interés.

La persona irá sucesivamente aceptando la realidad de la pérdida, consiguiendo canalizar sus sentimientos de angustia y adaptándose a su entorno sin la presencia de la persona vinculante. No se olvidará de ella, pero aprenderá a avanzar y desarrollarse en su vida, pudiendo sentir acongoja y pesadumbre al recordarla.

Por el contrario, si las reacciones de tristeza, anorexia, insomnio, pérdida de motivación y sintomatología depresiva en general exceden de dos meses o son desproporcionadas, se catalogaría de Duelo Patológico. En este tipo de duelo, la persona no consigue afrontar la experiencia de esa pérdida, los sentimientos de tristeza le impiden llevar a cabo una vida normal y no acepta ni reorganiza su vida sin esa persona perdida, impidiendo desenvolverse en el uso cotidiano. Su mundo interno está destruido y las capacidades emocionales mermadas.

Las personas que padecen alguna enfermedad mental pueden tener más propensión a vivir situaciones de duelos patológicos en el caso de sufrir una pérdida afectiva, consecuencia de la desorganización de la patología en sí.

Por otro lado, si la pérdida es un hijo pequeño o joven, o una muerte súbita, el proceso de duelo va a resultar más difícil de afrontar, pues es un suceso que es vivido como muy grave y que influye negativamente.

A continuación se exponen algunas variedades patológicas del proceso de duelo (4):

1. Duelo crónico: más de dos años.
2. Ausencia prolongada de aflicción consciente: fase de shock prolongada más de una semana. Suele darse en personas con una nula o escasa capacidad de expresar sus sentimientos y emociones, que los reprimen y fingir la no afectación ante la pérdida.
3. Ubicaciones inapropiadas de la presencia del fallecido: en un animal, en un objeto.
4. Euforia: es una variedad poco común.

Como ya hemos mencionado anteriormente, el vínculo comienza a forjarse a mediados del primer año de vida y continúa desarrollándose gradualmente a medida que el niño pasa por su infancia y adolescencia. Durante estos períodos es como una esponja con la que va absorbiendo todo lo que observa de su entorno más cercano, en particular de su figura de apego.

La historia afectiva de un individuo es un factor significativo a la hora de afrontar la vivencia de una pérdida cercana, pues condiciona el modo en el que la persona confronta el duelo con la realidad. Retomará los patrones aprendidos de su figura de apego de los primeros años para plasmarlo en forma de conductas y comportamientos asimilados.

Si las experiencias familiares no han sido óptimas ni favorables, es probable que en el momento de enfrentarse a un duelo tengan dificultades. Éstos son algunos sistemas de conducta vividos en experiencias infantiles que influirían negativamente en el desarrollo del duelo:

1. Los padres tienden a ignorar al niño y al regañarle, manteniéndose irritables con él, pues consideran su cuidado como a una carga.
2. Los padres profesan amenazas de suicidio, de abandono o de no quererlo.
3. En la infancia ha tenido lugar una enfermedad grave del padre, en la cual el niño ha estado implicado en continuos cuidados al enfermo.
4. Menosprecio de los lazos afectivos, reprimiendo las conductas de apego como abrazos, besos, caricias, o expresión de sentimientos amorosos.

Cuando se produce la pérdida de la persona amada, en un primer momento la persona se encuentra arrebatada, errante y perturbada, pero a medida que va pasando el tiempo va superando esa pérdida.

En la manera que tiene el individuo de afrontar esta nueva situación azarosa e hiriente juegan un papel muy importante los estilos de apego. Las imágenes mentales que se hayan ido creando a lo largo del crecimiento respecto a las conductas de su figura de apego se plasmarán ahora en su sistema de conducta propio, actuando según sus directrices.

La mayoría de las personas que desarrollan duelo patológico provienen de apegos afectivos inseguros y ansiosos o de autosuficiencia emocional precaria, ambos con relaciones muy ambivalentes. Esto es debido a que un factor clave que afecta al curso del duelo es la personalidad previa de la persona: tanto la predisposición a establecer relaciones con alto grado de ansiedad, con tendencia a la depresión o a sentimientos de culpabilidad como el embotamiento sentimental y la incapacidad para establecer lazos afectivos íntimos hacen más difícil a la persona sobrellevar la situación de la pérdida (4).

El Duelo en los niños

El duelo sano en niños se caracteriza por lo siguiente:

1. Recuerdo e imágenes persistentes.
2. Repetidos accesos de anhelo y tristeza (en reuniones y aniversarios).
3. Ansiedad y cólera en ocasiones.

En condiciones favorables, el proceso de duelo en un niño mayor de 3 años es similar a un duelo sano en el adulto. La respuesta a la pérdida está muy influida por las experiencias que tuviera el niño con su parente fallecido antes de la pérdida y la conducta del parente sobreviviente.

Para el niño, la presencia de una persona de confianza con la que poder apoyarse tras la pérdida afectiva es mucho más importante que en el adulto. No es totalmente consciente del significado de la vida y la muerte, ni es capaz de asumir las

responsabilidades y toma de decisiones de un adulto, por lo cual necesita una figura que le brinde apoyo y seguridad para afrontar la pérdida.

Un problema muy frecuente surge cuando el padre superviviente no tiene paciencia ni comprensión con su hijo y no le brinda su apoyo debido a no hallarse en sus condiciones óptimas tras la pérdida.

En determinadas ocasiones, el padre superviviente puede actuar buscando consuelo en sus hijos, abrumándoles con confidencias y responsabilidades, preocupándose en exceso por su salud o incluso convirtiendo a su hijo en la réplica del padre fallecido.

El siguiente cuadro muestra las condiciones favorables y desfavorables que influyen en el niño para un desarrollo sano del duelo (4):

Condiciones favorables	Condiciones desfavorables
1. Relaciones seguras y afectuosas	1. Ansiedad. Culpabilidad.
2. Información pronta y veraz	2. Esperanzas de reunión, deseos de morir.
3. Presencia persona consoladora	3. Hiperactividad, agresividad. 4. Despersonalización, euforia. 5. Síntomas identificatorios. 6. Alteraciones psiquiátricas en relación con suicidio del padre.

Si se producen las citadas condiciones desfavorables en el duelo infantil, se pueden manifestar conductas inadecuadas como ansiedad, tristeza o agresividad, a la vez que alteraciones en el desarrollo de la personalidad que pueden desembocar en trastornos de la personalidad cuando son adultos.

La Enfermería desde la perspectiva de la vinculación afectiva en el proceso de duelo

La pérdida de la vinculación afectiva con un ser querido, tanto por fallecimiento como por distanciamiento (pareja, discusión familiar, herencias) provoca en el ciudadano una acusada angustia y repercute en su funcionamiento y su salud.

La escucha activa, la empatía, el contacto y el apoyo ante la sensación de pérdida son los pilares básicos para abordar situaciones de duelo, mostrando sensibilidad y comprensión con la persona que está sufriendo y colaborando con el equipo multidisciplinar para su resolución.

Una pérdida afectiva puede ser la causa del inicio de un trastorno depresivo, un consumo de alcohol excesivo o la aparición de un apego ansioso (Brown y Harris), con lo que desde la enfermería deberá estar alerta a estos factores precipitantes y prevenir su alteración (4).

En el caso de los niños, es importante conocer las conductas del padre superviviente: el momento en el que se le comunica la pérdida, cómo responde el padre, qué le explica sobre el fallecimiento o pérdida afectiva y cómo le anima a que el niño lo acepte. Se deberá instruir en lo trascendental de reportar información veraz,

exponiéndole lo natural e irreversible del proceso “no volverá”, cuidando el uso de metáforas que puedan confundir al niño, alentándole a realizar todas las preguntas y dudas que le surjan. Animar al padre a la expresión de sentimientos conjuntos y a continuar y fomentar la vinculación entre ambos para beneficio mutuo.

CAPÍTULO 6: NANDA, NOC Y NIC

Como forma de plasmar todas las intervenciones llevadas a cabo con el objetivo de fomentar la vinculación afectiva a lo largo del ciclo vital, se pueden plantear distintas taxonomías por las que guiarnos en la práctica clínica.

La DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y la CIE-10 (*Clasificación Internacional de Enfermedades*) son, por excelencia, las taxonomías diagnósticas empleadas para clasificar y etiquetar los trastornos mentales de origen americano y de la Organización Mundial de la Salud respectivamente (28) (29).

En relación con el vínculo afectivo, el “Trastorno de Ansiedad por Separación”, el “Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o niñez” y el “Trastorno desinhibido de la vinculación en la infancia o niñez” son los que más se adaptan a la temática expuesta en este trabajo (ver Anexo) (30).

Por otra parte, dentro de la enfermería propiamente dicha, se encuentra la taxonomía diagnóstica de la NANDA, que expone unos diagnósticos enfermeros específicos de esta rama de las ciencias de la salud (31).

Encontramos en ella una serie de etiquetas diagnósticas que pueden ser de utilidad a la hora de llevar a cabo actuaciones que favorezcan una vinculación afectiva saludable de nuestros pacientes.

Se ha estructurado a modo de enfoque de la actuación enfermera en las etapas vitales (Diagnósticos enfermeros de la NANDA, organizados según los períodos de la vida):

PROCESO ENFERMERO

Las cinco fases del proceso de atención enfermero están enfocadas a estructurar la labor de la enfermería con el fin de obtener unas pautas claras de acción para todos los profesionales y un rigor científico que nos avale.

Los planes de cuidados contribuyen a mejorar la calidad de la atención enfermera, tanto para asegurar la continuidad de cuidados, como para conocer la implicación y función enfermera específica dentro del equipo multidisciplinar (32).



<http://enfermerix.blogspot.com.es/2011/07/aspectos-generales-del-proceso-atencion.html>
<http://epistemologiadeldcuidado.blogspot.com.es/2010/03/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>

1. Valoración

Se trata de la primera fase, que corresponde a la recogida, organización, validación de los datos. En esta etapa puede ser de utilidad la entrevista enfermera.

Los modelos utilizados para la recogida de datos tienen un enfoque holístico, agrupando estos en patrones de funcionamiento y respuesta humanas. Un ejemplo de los mismos es el modelo de Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon.

2. Diagnóstico

Una vez que se dispone de todos los datos analizados, comienza la fase de diagnóstico en la cual nos encontramos con dos tipos de problemas, según la enfermera pueda abordarlos independientemente (Diagnósticos de Enfermería) o por el contrario requiera el abordaje en colaboración con alguno de los componentes del equipo multidisciplinar como el médico, el psicólogo, etc. (Problemas de Colaboración).

Un diagnóstico enfermero es “Un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr objetivos de los que la enfermera es responsable”.

3. Planificación

En relación a los Diagnósticos de Enfermería, se elegirá la etiqueta diagnóstica que más se adecue al problema del paciente teniendo siempre en cuenta cómo vive esa persona la experiencia que le acontece.

Durante la planificación la labor de la enfermera irá encaminada a estructurar el plan de acción, priorizando los problemas que se consideren más trascendentales (utilizando la jerarquía de las necesidades de Maslow) y estableciendo los resultados que espera obtener (NOC), así como las intervenciones y actividades que se marque para conseguirlas (NIC).

La NOC (33) (Nursing Outcomes Classification) es una taxonomía estandarizada encargada de establecer los criterios de resultado para nuestros objetivos propuestos. El resultado se considera “un estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad que se mide de forma continua y que puede atribuir a las intervenciones de enfermería”.

La NIC (34) (Nursing Interventions Classification) es la clasificación de intervenciones de Enfermería, las cuales son “cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente”.

Una vez formulado el Plan de Cuidados, hay que tener en cuenta que podemos encontrarnoslos de dos tipos: Individualizados y Estandarizados según estén enfocados a la situación particular de una persona en un momento concreto, o sean pautas de acción que pueden aplicarse a los pacientes que presentan un problema común, pues se ha objetivado que requieren abordajes similares en dichas circunstancias.

4. Ejecución

Es la fase en la que se entra en acción poniendo en marcha todo lo anteriormente planificado en el Plan de Cuidados.

5. Evaluación

El proceso enfermero, al igual que los pacientes a los que brindamos cuidados, no es un organigrama de actuación rígido y cerrado, sino que se encuentra en continuo cambio al depender del propio individuo y de su interacción con el entorno.

Por este motivo la fase de evaluación no se trata de la última etapa del proceso de atención enfermero: el proceso está permanentemente evaluándose y mejorando al tiempo que se analizan las respuestas humanas.

La fase de evaluación incluye también el control continuo y sistemático de las prácticas de cuidados para la mejora de la calidad asistencial. Están divididos en tres tipos de evaluación: de resultado, de proceso y de estructura (32).

Muchos hospitales se estructuran ya en áreas de gestión clínica con una metodología propia regida por indicadores para determinar la calidad de sus actuaciones, y poder así mejorar sus puntos más negativos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)

A continuación se exponen algunos Diagnósticos Enfermeros según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), divididos por patrones, que podrían utilizarse para abordar desde la enfermería la problemática del vínculo afectivo expuesta a lo largo de este trabajo (31) (32).

Ello no significa que deben ser los utilizados en todas las situaciones o que no puedan usarse otros, cada persona es diferente a otra que posea una alteración común y la labor de la enfermera irá encaminada a valorar qué cuidados se requieren y como llevarlos a cabo en cada caso concreto.

1. Embarazo e Infancia

Patrón Rol Relaciones

Describe el papel que desempeña el individuo y sus relaciones tanto en la familia, en el trabajo, así como en las relaciones sociales.

1. 00055 Desempeño inefectivo del rol: Los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en el que se encuentra.
2. 00056 Deterioro parental: incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno favorecedor del óptimo crecimiento y desarrollo del niño.
3. 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño: alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.
4. 00060 Interrupción de los procesos familiares: cambio en las relaciones o funcionamiento familiar.

Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés

Describe la habilidad percibida para controlar las situaciones.

1. 00074 Afrontamiento Familiar Comprometido: La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o un amigo íntimo) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay el peligro que ello suceda) que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su salud.

2. Adolescencia, Edad Adulta y Sexualidad

Patrón sexualidad y Reproducción

Describe la función reproductiva del individuo y la satisfacción o insatisfacción sexual.

1. 00059 Disfunción sexual: estado en que una persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.
2. 00065 Patrón sexual inefectivo: expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

3. Situaciones de pérdida del ser querido

Patrón Rol Relaciones

Describe el papel que desempeña el individuo y sus relaciones tanto en la familia, en el trabajo, así como en las relaciones sociales.

1. 00135 Duelo Complicado: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa en el que la experiencia de sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.
2. 00136 Duelo: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, percibida o anticipada.

Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés

Describe la habilidad percibida para controlar las situaciones.

2. 00069 Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.
3. 00071 Afrontamiento defensivo: proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.
4. 00072 Negación ineficaz: intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o el temor en detrimento de la salud.

RESULTADOS E INTERVENCIONES (NIC Y NOC)

Los resultados e intervenciones enfermeras siguientes son algunas que se podrían aplicar en el contexto del apego en las diferentes etapas vitales, siempre centrándolo en la persona en ese momento concreto.

1. Embarazo e Infancia

Patrón alterado: 8. Rol-Relaciones.

DxE: Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño.

Factores de riesgo: ansiedad asociada al rol parental, incapacidad de los padres para satisfacer sus necesidades personales, separación. (35) (36)

Resultado NOC: 1500- Lazos afectivos padre-hijo

1501- Ejecución del rol

2211- Ejecución del rol de padres

Intervención NIC: 4480-Facilitar la autorresponsabilidad.
5100-Potenciación de la socialización.
5210- Guía de anticipación.
5230- Aumentar el afrontamiento.
5270- Apoyo emocional.
5370- Potenciación de roles.
5390- Potenciación de la conciencia de sí mismo.
5400- Potenciación de la autoestima.
5440- Aumentar los sistemas de apoyo.
5480- Clarificación de valores.
5566- Educación paterna: crianza familiar de los niños.
6402- Apoyo en la protección contra abusos: niños.
6710- Fomentar el acercamiento.
6840- Cuidados de canguro (del niño prematuro)
7100- Estimulación de la integridad familiar.
7110- Fomentar la implicación familiar.
7130- Mantenimiento en procesos familiares.
8300- Fomentar la paternidad.

En la intervención NIC 5566- “Educación paterna: crianza familiar de los niños”, unas de las actividades que pueden desarrollarse son:

556601- Alentar a los padres a observar a otros padres en la interacción con los niños.
556605- Discutir la relación padre/hijo.
556606- Discutir los enfoques que pueden utilizar los padres para ayudar a los hijos a expresar sentimientos de una manera positiva.
556608- Enseñar las características fisiológicas, emocionales y de conducta del niño.
556609- Establecer un juego de roles de técnica de crianza de niños y habilidades de comunicación.
556610- Facilitar a los padres la discusión de métodos de disciplina disponibles, selección y resultados obtenidos.
556612- Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los grupos de la misma edad.
556615- Proporcionar a los padres una variedad de estrategias que puedan utilizar en el manejo de la conducta del niño.
556619- Revisar las cuestiones de seguridad con los padres, tales como encuentro de los hijos con desconocidos.
556621- Solicitar a los padres que describan las características del hijo.

<p>Asimismo, en la intervención NIC 8300-“Fomentar la paternidad”, las actividades:</p>
<p>830002- Ayudar a los padres a desarrollar habilidades sociales.</p>
<p>830006- Ayudar a los padres en el cambio de papeles y en las expectativas de la paternidad.</p>
<p>830008- Control del estado de salud parental y las actividades de mantenimiento de la salud.</p>
<p>830013- Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el niño.</p>
<p>830014- Enseñar y modelar habilidades para enfrentarse a los problemas.</p>
<p>830015- Escuchar los problemas y preocupaciones de los padres sin juzgarlos.</p>
<p>830016- Fomentar las habilidades de resolución de problemas a través del modelaje de roles, la práctica y el refuerzo.</p>
<p>830017- Identificar y registrar a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento.</p>
<p>830019- Modelar y fomentar la relación parental con el niño.</p>
<p>830025- Proporcionar una retroalimentación positiva y resultados estructurados en las habilidades de paternidad para favorecer la autoestima.</p>
<p>830031- Remitir a un centro de atención de la violencia doméstica, según sea necesario.</p>
<p>830032- Remitir a un centro para el tratamiento del abuso de sustancias, según sea necesario.</p>
<p>830034- Visitar a las madres en el hospital antes del parto para empezar a establecer relaciones de confianza y programar las visitas de seguimiento.</p>

2. Adolescencia, Sexualidad y Edad adulta.

Patrón alterado: 9. Sexualidad y Reproducción.

DxE: Disfunción sexual

Factores relacionados: Falta de intimidad, falta de modelos de rol, falta de una persona significativa, modelo de rol inefectivo.

Características definitorias: alteración en el logro de la satisfacción sexual. Percepción de alteración en el logro del rol sexual. (35) (36)

Resultado NOC: 0119- Funcionamiento sexual

(Puntuación actual. Puntuación diana. Tiempo previsto).

Indicadores: 011912-Expresa capacidad para intimar
011921-Se comunica fácilmente con la pareja
011925-Realiza la actividad sexual sin coacción de pareja.

Intervención NIC: 4480-Facilitar la autorresponsabilidad
5390-Potenciación de la conciencia de sí mismo
5622-Enseñanza: sexo seguro
5624-Enseñanza: sexualidad

<p>En la intervención NIC “Potenciación de la conciencia de sí mismo” podríamos aplicar las siguientes actividades:</p> <p>539001 Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.</p> <p>539003 Ayudar al paciente a cambiar su visión e sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos según proceda.</p> <p>539007 Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.</p> <p>539009 Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.</p> <p>539011 Ayudar al paciente a identificar sentimientos de culpa.</p> <p>539014 Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</p> <p>539016 Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente.</p> <p>539017 Explorar con el paciente la necesidad de control.</p>

3. Pérdida de la vinculación con la persona amada.

Patrón alterado: 8. Rol-Relaciones.

DxE: Duelo

Factores relacionados: muerte de una persona significativa, pérdida de un objeto significativo (una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes corporales).

Características definitorias: cólera, conducta de pánico, culpa, desespero, distrés psicológico, dolor, indiferencias, mantenimiento de conexión con la persona fallecida. (35) (36)

Resultado NOC:

- 1302-Afrontamiento de problemas
- 1304-Resolución de la aflicción
- 1305-Adaptación psicosocial: cambio de vida

Intervención NIC:

- 4470-Ayuda en la modificación de sí mismo
- 4920-Escucha activa
- 5230-Aumentar el afrontamiento
- 5240-Asesoramiento
- 5270-Apoyo emocional
- 5290-Facilitar el duelo
- 5340-Presencia
- 5440-Aumentar los sistemas de apoyo

En la Intervención NIC 5290-“Facilitar el duelo”, se pueden desarrollar numerosas actividades entre las que se encuentran:

- 529001- Animar a los niños a discutir sus sentimientos.
- 529003-Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.
- 529004- Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal.
- 529007- Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas.
- 529010- Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdidos.
- 529012- Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.
- 529013- Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores.
- 529014- Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando.
- 529015- Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida.
- 529017- Identificar la pérdida.
- 529020- Responder a las preguntas de los niños respecto a la pérdida.
- 529021- Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

A lo largo de este trabajo se han desarrollado los conceptos clave sobre la Teoría del Apego y las formas que disponemos los seres humanos de forjar vínculos afectivos con los que nos rodean para nuestra propia seguridad y refugio, y de forma más global, para el mantenimiento de la especie.

También se han reflejado las consecuencias que surgen del desarrollo de dichos vínculos, que pueden ser tanto favorables para el individuo como dañinas y lesivas para su funcionamiento interno y en sociedad, según sean esos vínculos estables y constructivos, o todo lo contrario.

El relacionarse con el entorno es inherente a nuestra especie, no solo estamos capacitados para ello sino que forma parte de nuestro propio desarrollo el mantener el contacto con lo que nos rodea para alcanzar de una forma óptima el proceso de aprendizaje continuo que se desarrolla durante todo el ciclo vital y que conforma nuestro desarrollo personal.

Las experiencias y vivencias afectivas del individuo con figuras consideradas relevantes para él, en particular con la primera figura de apego de su historia afectiva habitualmente la madre, marcarán de por vida a dicha persona en todas las parcelas de su vida.

Los rasgos de la personalidad, la autoestima, la confianza en sí mismo, la capacidad de expresión de sentimientos y miedos, la tolerancia a la frustración y al estrés, el afrontamiento de los problemas y la comunicación y sociabilización con el entorno son algunos ejemplos de conductas que se han ido forjando desde los seis meses de vida, copiando las pautas y comportamientos de las personas a las que más íntimamente nos encontramos ligados.

No solo es un proceso de “copia y reproduce” sino que es mucho más complejo: se trata de un proceso de aprendizaje mediante la observación de conductas y comportamientos que se repiten en el tiempo, su posterior asimilación e incorporación al sistema de conductas propio, todo ello acentuado y marcado por las experiencias personales que acontecen a cada persona, y que son tan variadas, únicas e impredecibles como la vida.

Desde el ámbito de la enfermería, hay una gran labor por realizar en la construcción y mantenimiento de esos lazos afectivos para que sean estables y duraderos a lo largo del tiempo. Disponemos de una gran responsabilidad para mejorar (o en la medida de lo posible garantizar) unos vínculos que contribuyan a la salud mental de la población, que les ayude a señalar y localizar los problemas cotidianos del día a día, y a hacerlos frente con los recursos de los que disponen.

Sin embargo, me gustaría finalizar este trabajo animando a una reflexión introspectiva personal, cada uno de sí mismo, acerca de las relaciones y vinculaciones

afectivas presentes y pasadas, analizando cómo son esas relaciones, cuánta salud hay en ellas y qué mecanismos puede llevar a cabo cada cual para asegurarse una estabilidad mental en el manejo de los contratiempos diarios. Con la situación económica y social actual, necesitamos optimizar todos los recursos que estén a nuestro alcance, y en el caso de los recursos humanos en particular, pues el hecho de disponer de personas seguras, mentalmente estables y con capacidad para tolerar las frustraciones, buscando el punto positivo de cada día, aceptando de lo que se dispone y con energía mental suficiente para poner su granito de arena en la solución de sus adversidades y contratiempos, suponen una esperanza y seguridad en la evolución de la especie y en el desarrollo del potencial humano.

“Sólo quien sabe cuidar lo ajeno puede poseer lo propio”.

Gurdjieff, George.

ANEXOS

DIAGNÓSTICOS EN RELACIÓN A LA VINCULACIÓN AFECTIVA SEGÚN LA CIE-10 (29) (30)

1. Trastorno de Ansiedad de separación en la Infancia (F93.0)

Criterios para su diagnóstico :

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (como extraviarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
7. Pesadillas repetidas con temática de separación
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 6 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en: el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Excluye:

- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1).
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2).
- Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).
- Trastornos neuróticos (F40-F48).

2. Trastorno de la Vinculación en la Infancia desinhibido (F94.2)

Criterios para su diagnóstico:

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por:

1. Vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
2. Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
3. Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables.

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A.

E. No cumple criterios para un trastorno generalizado del desarrollo ni se explica mejor por un retraso en el desarrollo.

Excluye:

- Trastorno hiperactivo o por déficit de atención (F90.-).
- Trastorno de vinculación de la infancia reactivo (F94.1).
- Síndrome de Asperger (F84.5).
- Hospitalismo en niños (F43.2).

3. Trastorno de la Vinculación en la Infancia reactivo (F94.1)

Criterios para su diagnóstico:

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por:

1. Incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
2. Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
3. Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A.

E. No cumple criterios para un trastorno generalizado del desarrollo ni se explica mejor por un retraso en el desarrollo.

Excluye:

Variación normal de los modos de vinculación selectiva.

Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2).

Síndrome de Asperger (F84.5).

Abuso sexual o físico en la infancia con problemas psicosociales (Z61.4-Z61.6).

Síndrome de malos tratos en la infancia con problemas físicos (T74).

5. Factores de riesgo del duelo patológico (27)

1. Por las características de la pérdida se debe considerar
 - Pérdidas imprevisibles, prematuras, catastróficas.
 - Muerte incierta (sin recuperación del cuerpo).
 - Duelo por niños y personas jóvenes.
 - Proceso Terminal vivido como doloroso y traumático.
2. Por las características del sujeto en duelo
 - Pocos recursos de afrontamiento.
 - Rasgos de personalidad histriónicos, obsesivos, narcisistas.
 - Baja tolerancia al estrés y la frustración.
 - Duelos anteriores no resueltos.
 - Existencia de psicopatología previa.
3. Por las características del vínculo
 - Vínculo inseguro o ambivalente.
 - Gran dependencia de la persona fallecida.
 - Temas pendientes no resueltos.
 - Vínculos muy intensos: pareja, hijos.
4. Por las circunstancias psicosociales
 - Poco apoyo social, soledad.
 - Disfunción familiar importante.

6. Síntomas que pueden hacer pensar en una reacción de duelo patológico según el DSM-IV-TR (28)

- Sentimientos de culpa.
- Deseo de morir con el ser amado.
- Preocupación mórbida, con sentimiento de inutilidad.
- Enlentecimiento psicomotor acusado.
- Deterioro funcional importante y prolongado.
- Experiencias alucinatorias distintas de sentir o ver fugazmente el difunto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amorim JF. The Performance of Nursing in the guidance of pregnant: the influences of emotional feelings in the life of mother fetus. . R. pesq.: cuid. fundam. Online; jan/mar 2011.
2. Bowlby, J. El Vínculo Afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1969.
3. Bowlby J. La Separación Afectiva. Buenos Aires: Paidós; 1973.
4. Bowlby J. La Pérdida Afectiva. Buenos Aires: Paidós; 1980.
5. Lopez F. El Apego. Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza Universidad; 1984.
6. Gómez-Zapiain J. Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
7. Ortiz MJ. Conocimiento social: Génesis y naturaleza de la representación de las figuras de apego. Infancia y Aprendizaje, 1993, 61, 55-72.
8. Afifi Adel K, Bergman RA. Neuroanatomía Funcional. 2^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
9. Ruppert, F. Symbiose und Autonomie. Liebesillusionen, Liebeswahn und Liebe jenseits von Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. (in Vorbereitung); 2010.
10. Ruppert, F. Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2005.
11. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. nº2. La Biblioteca Cochrane Plus; 2008.
12. Prekop J. Si me hubieras sujetado: bases y práctica de la terapia de contención. Barcelona: Herder; 1991.
13. Maria Teresa Martinez –Fuentes MT, Brito de la Nuez AG, Pérez-López J. Temperamento del niño y personalidad de la madre como antecedentes de la seguridad del apego. Anuario de Psicología 2000, vol. 31, no I, 25-42.
14. Carvajal MA. El apego como principal factor protector de la primera infancia. Margen: Nº 61-junio 2011.
15. José Amar J, Berdugo de Gómez M. Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. Psicología desde el Caribe: N° 18, diciembre 2006.

16. Soares I, Dias P. Apego y Psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. 2007, Vol. 7, Nº 1, pp. 177-195.
17. Parra-Jiménez A, Sánchez-Queija I, Oliva A. Relaciones con padres e iguales durante la adolescencia como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. Vol 20. Nº2. Apuntes de Psicología; 2002.
18. Fernández-Fuertes A, Orgaz B, Fuertes A y Carcedo R. La evaluación del apego romántico en adolescentes españoles: validación de la versión reducida del Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R). Anales de psicología 2011, vol. 27, nº 3 (octubre), 827-833..
19. Mesa AM, Luisa Estrada F, Bahamón AL. Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. Pensamiento Psicológico, Vol. 6, Nº13, 2009, pp. 127-152.
20. Masters W, Johnsons V. Human sexual response. Boston: Little Brown; 1966.
21. Boves J, Bousoño M, González García-Portilla MP. Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Síntesis: 2002.
22. Gómez-Zapiain J, Ortiz-Barón M, Gómez-Lopez J. Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. Anales de psicología: Vol 27. Nº2.. 447-456. Mayo 2011.
23. López, F., Gómez-Zapiain, J. y Apodaca. Historia familiar y de apego, estilo educativo, empatía y estilo de apego actual, como media-dores del grado de satisfacción en las relaciones generales, la comunicación afectiva y la actividad sexual de la pareja. Cuadernos de Medicina Psico-somática(28/29), 19-34; 1994.
24. M. J. Ortiz Barón, J. Gómez Zapiain y P. Apodaca. Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. Psicothema15 2002. Vol. 14, nº 2, pp. 469-475.
25. López, F. Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. Infancia y Aprendizaje, 29, 9-23; 2006.
26. Karen Judith Ripoll-Núñez. Atribuciones sobre la pareja: su papel como variable mediadora entre el apego y la satisfacción marital en parejas heterosexuales. Colombia: Avances en Psicología LatinoamericanaVol. 29. pp. 47-61; 2011.
27. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer, Paidós; 2004.
28. DSM-IV-TR. Instrucciones diagnósticas y estadísticas de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.

29. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del Comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuaciones en atención primaria. Madrid: Meditor; 1996.
30. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosarios y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
31. Heather Herdman T. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
32. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5^a ed. Barcelona: Masson; 2003.
33. Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
34. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a Ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
35. Jonson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, Maas M, Morread S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2^a ed. Madrid: Elsevier Mosby; 1992.
36. <http://www.nanda.es>