

## **APEGO Y DESARROLLO HUMANO**

Dra. Mónica Kimelman J.

Prof. Asociada Dep. Psiquiatría y Salud Mental

Facultad de Medicina Sur. U. Chile

### **CONCEPTOS CLAVES**

La perinatalidad es un periodo clave para orientar apegos seguros y promover lactancia eficaz: madre y bebé atraviesan una transición de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social que no se repetirán en el curso del ciclo vital

La necesidad de alimentación y la necesidad de apego constituyen necesidades básicas para la supervivencia de las crías.

El apego de tipo seguro es el mejor predictor de desarrollo saludable evolutivamente.

Cautelar la calidad del proceso de vinculación, a nivel de la promoción y prevención primo secundaria es tarea de todos los profesionales que laboran en el escenario perinatal.

### **APEGO**

#### Definición

El vínculo de Apego es un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina. (1, 3, 23).

“Primario” significa que la necesidad de vincularse es una urgencia biológica, innata de la misma importancia para la supervivencia de la especie que la alimentación y la procreación. Las evidencias del carácter primario de la vinculación fueron aportadas por Harlow en macacos: él demostró que el mono sacrificaba incluso la alimentación por la necesidad de afecto y por la necesidad de seguridad, en el diseño de madres sustitutas de alambre con biberón y madres sustitutas de peluche (8).

En humanos el tipo de apego que se consolida a partir de los 12 meses de vida en apego seguro o ansioso es la culminación del proceso de interacción entre el bebé y la figura primordial de apego, depende por lo tanto de las características de dicha interacción que pueden ser modificadas con intervenciones específicas.

La calidad del proceso de vinculación constituye una urgencia existencial en la medida que determina la salud a lo largo de la vida. En efecto, apegos de tipo seguro se correlacionan con niños sanos que devienen adultos sanos y apegos de tipo ansioso y desorganizado se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia los niños y psicopatología evolutivamente. (1, 3, 4, 9).

### **Evidencias del carácter primario de la vinculación en humanos.**

La primera, es una experiencia histórica que fue efectuada por Federico II del Imperio Santo Romano en el siglo XIII. La hipótesis del emperador era que los niños que no estaban contaminados por el pecado hablarían espontáneamente el latín. Para ello confinó a un grupo de recién nacidos, con las instrucciones precisas que se les atendiera en todas sus necesidades físicas pero que no se les conversara. Los niños fueron alimentados con biberón, protegidos del frío y la suciedad. Esta experiencia fue lamentable porque los 40 bebés que fueron sometidos a esta dramática experiencia fallecieron.

Posteriormente a fines de los años 40, René Spitz describe las fases del "hospitalismo" en bebés separados de sus madres el segundo semestre de la vida. Describe una primera fase de protesta y de llanto ante la separación. La segunda fase, de tristeza se acompaña de alteración de los ritmos biológicos, alimentación y sueño, estancamiento de la curva de crecimiento ponderal y estatural y psicomotora y enfermedades e infecciones intercurrentes. Posteriormente los niños no se contactan con su entorno y entran en una apatía e inercia que es irreversible si no cuentan con un maternaje sustituto oportuno. (25,26).

No disponer de una figura de apego altera el desarrollo físico y mental y compromete la vitalidad del menor.

A partir de la incorporación de este conocimiento el hospitalismo se previene con las visitas prolongadas de los padres durante la estadía de los niños hospitalizados. Sin embargo el hospitalismo puede observarse en hijos de madres que, estando físicamente presentes, no se involucran afectivamente en la interacción con su hijo, como es el caso de madres con depresión severa. Los aportes neurobiológicos recientes (6, 28, 23) que muestran la estrecha interrelación entre estrés, emociones y sistema inmunitario que desregula tanto el sistema nervioso autónomo como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenocortical explican la morbimortalidad de los menores que no cuentan con la base segura de una figura de apego que regule su funcionamiento somático y mental.

## **FASES DE LA FORMACIÓN DEL APEGO**

**1.- Preconcepcional:** el deseo de hijo surge por vez primera durante los años preescolares, se observa en los juegos en que niños y niñas imitan roles maternos y paternos en que reproducen la experiencia de su propia crianza.

### **2.- Prenatal.**

- **Primer Trimestre**, confirmación y aceptación del embarazo.
- **Segundo Trimestre**, indicios de un ser separado evidenciado en el crecimiento uterino, cambios corporales, percepción de movimientos fetales y auge del bebé imaginario.
- **Tercer trimestre**, personificación del bebé, anticipación de conductas de maternaje, incluida la forma de alimentar al futuro bebé y preparaciones concretas para el nacimiento y llegada del bebé.

### **Indicadores de apego prenatal**

- Historia del Embarazo.
- Tonalidad afectiva de los progenitores.
- Periodicidad de los controles del embarazo.
- Indicadores psicofisiológicos.
- Cuidados durante el embarazo.

- Percepción de movimientos fetales.
- Presencia de Bebé Imaginario o sueños con el Bebé.
- Diálogos sensoriales o imaginarios con el bebé in útero.
- Preparativos para recibir al bebé

### **Procedimiento Diagnóstico del apego prenatal**

La entrevista prenatal relacional integrada al control prenatal habitual es el mejor procedimiento para el diagnóstico del apego prenatal.

Acoger las expectativas, emociones, dudas, temores, de los futuros padres debe estar ligado al examen somático del embarazo. La atención prenatal debe incluir el examen somático y la entrevista conversacional en simultaneidad para evaluar la gestación uterina y la gestación psicológica.

En la medida que se abra un diálogo confiable y desprejuiciado de escucha activa los padres darán a conocer los múltiples problemas tales como consumo de drogas, violencia intrafamiliar, carencias afectivas, pérdidas que sabemos impactan el desarrollo vincular y la lactancia.

Discriminar al inicio de la vida del bebé dificultades en el proceso de vinculación permite implementar oportunamente intervenciones preventivas con todas las ventajas de la prevención temprana.

### **3.- Nacimiento e Interacción neonatal.**

El nacimiento constituye un espacio clave en la orientación del proceso de vinculación extrauterina madre bebé hacia el tipo de vínculo deseable, el vínculo de apego seguro.

La perinatalidad es una transición de estado para la madre y el bebé que culmina en un cambio de estado fisiológico, psicológico y de rol social en el punto crítico del nacimiento. El bebé emerge a la vida post-natal, la mujer pasa de gestante a madre, el hombre de progenitor a padre y el bebé imaginario se confronta con el bebé real. La necesidad del recién nacido de vincularse a sus padres se articula con la necesidad afectiva de los padres de conocer el bebé real y ser confirmados en su identidad generadora. El contacto piel a piel inmediato brinda el espacio de transición que permite el

inicio del reconocimiento recíproco de sus protagonistas en un tiempo emocional que es propio a cada familia. (Ver mas adelante).

El bebé dispone desde el nacimiento de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de maternaje, así, los primeros 40-60 minutos de vida el recién nacido permanece en vigilia calma, ávido sensorialmente, buscando ser acogido en el ambiente extrauterino que le permitirá seguir desarrollándose.

La puérpera se haya especialmente predispuesta para compartir emocionalmente con su bebé y aprender las conductas de maternaje adecuadas tales como entregar cuidados físicos y afecto las que se eliciten en la medida que se posibilite el contacto con el bebé y tienen mayor probabilidad de efectividad en la medida que se les brinde apoyo personalizado y formativo.

Sostener a los padres en el descubrimiento del bebé real facilita la puesta en marcha de una espiral de interacciones armónicas y gratificantes que confirma la identidad materna y la identidad emergente del bebé recíprocamente. (7)

### **Contacto piel a piel apego y lactancia**

El cambio de estado confiere a la madre, al recién nacido y al padre el máximo de sensibilidad para que se activen las conductas de vinculación inscritas en el programa genético de los mamíferos.

El contacto piel a piel inmediato, cuando el recién nacido emerge a la vida extrauterina es el activador de excelencia de las bases moleculares de los genes Fos B (Early Interactive Genes) responsables de la puesta en marcha de las conductas de cuidado materno. (11)

Existe una conexión interesante entre el imprinting olfativo, el contacto piel a piel y el éxito de la lactancia. El contacto piel a piel estimula la secreción de glándulas mamarias y sudoríparas activando la impronta olfativa de la díada madre-bebe. El bebé cuyo olfato se ha desarrollado in útero, reconoce el olor de la leche de la madre tempranamente y la madre que tiene la oportunidad de vivenciar el contacto piel a piel reconoce a su bebé por el olor. El olfato de la madre aumenta en la sensibilidad del período perinatal gracias al aumento de las células del bulbo olfatorio, tiene su auge en el puerperio inmediato,

luego comienza a declinar a partir de la segunda semana de vida. El bebé recién nacido pocas veces va a succionar, lo importante en este primer encuentro es el contacto sensorial.

En una experiencia que es clásica, Kaitz reporta en el año 1992 como madres con los ojos vendados son capaces de reconocer a sus hijos por el olor cuando han gozado de contacto temprano piel a piel. En el caso en que no hubo contacto piel a piel temprano no hay ese reconocimiento olfativo. Para favorecer este reconocimiento olfativo recíproco es deseable que madres y bebés eviten el uso de perfumes y colonias. (12)

El contacto piel a piel posibilita el reconocimiento a través de todos los sentidos conectando íntimamente tacto, olores, sonidos y miradas que impulsan la circulación de afectos.

El contacto corporal es fundamental para fomentar buenos apegos y lactancia. Además de activar las conductas de vinculación, facilita la lactancia aumentando la prolactina y la ocitocina que son las hormonas responsables de la producción y secreción láctea, libera endorfinas, hormonas de la familia de los opiáceos dando sentimientos placenteros y disminuyendo el dolor y el estrés. (9)

Por el contrario, la separación neonatal se correlaciona significativamente con disminución de la lactancia y con trastornos de vinculación

El bebé sin ser una “tabula rasa”, transita por un período altamente sensible a las experiencias sensoriales y afectivas. Las “vivencias” que esas experiencias despierten en él, constituyen el “material” con que construirá sus relaciones interpersonales, y la tipología que finalmente ellas adquieran, dependerá en gran medida de esos eventos primarios.

Así las interacciones tempranas van configurando la experiencia subjetiva de la relación interpersonal del bebé y la representación cerebral correspondiente a dicha experiencia. (24,27)

Todas las sensorialidades visual-táctil-auditiva-olfativa se van inscribiendo e integrando en el cerebro del bebé para reconocer la figura de apego y se van inscribiendo en el cerebro de la madre para reconocer a su hijo(a).

No es casual que la distancia focal del recién nacido corresponda a la distancia ojo a ojo que permite el encuentro visual con la madre mientras lo amamanta cobijándolo en sus brazos.

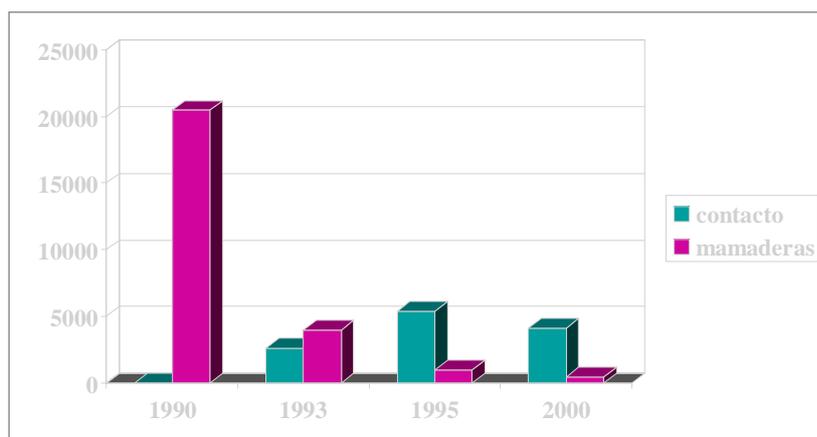
En situaciones clínicas que no permitan el contacto piel a piel es imprescindible activar el apego materno con los otros canales sensoriales, tales como la información acerca del recién nacido y la descripción del bebé. El rol del padre en la transmisión de información es fundamental.

### Contacto piel y lactancia

El poder del contacto piel a piel inmediato y extendido ha sido documentado en varios estudios a partir de los cuales la UNICEF implementó los “Hospitales Amigos del Niño y la Madre” y el Programa de Lactancia Materna.

En la maternidad del hospital BARROS LUCO TRUDEAU, el beneficio del contacto piel a piel inmediato, antes del alumbramiento, se puede observar a partir del año 1993 y se mantiene hasta la fecha. (15)

## Evolución número de mamaderas y contacto piel a piel HBLT



Evolución del porcentaje de realización de contacto piel a piel y mamadera en el Hospital B.L.T.

### **Contacto piel a piel y prevención de trastornos del apego.**

Otra dimensión de las experiencias que constituyen la evidencia de la alta sensibilidad del cambio de estado y la fuerza del contacto piel a piel es la experiencia de O' Cooner. Este autor realiza un seguimiento de niños desde su nacimiento hasta los doce meses de vida. Luego fueron evaluadas las situaciones de maltrato que sufrieron como expresión de trastornos del apego.

En el grupo de niños que tuvo contacto temprano hubo dos niños maltratados y en el grupo control hubo diez. Esta experiencia es estadísticamente significativa. Los autores de esta investigación tomaron como maltrato a conductas de negligencia, abandono y maltrato físico. (21)

### **Contacto piel a piel y conductas de maltrato hasta los 17 meses**

• Contacto	n diadas	n maltrato
• Sí	134	2 (1,4%)
• No	143	10 (7%)
• P 0,05		O' Connor

### **PRACTICAS DE ATENCIÓN**

Frente a la institucionalización del proceso de nacimiento le corresponde a los profesionales de salud posibilitar las condiciones de activación de las conductas de vinculación y orientar procesos de vinculación que tengan más probabilidad de consolidarse en apegos seguros. Para ello se requieren normas de atención, conductas y actitudes profesionales que las promuevan.

El cambio de estado fisiológico, psicológico y social permeabiliza al máximo los límites entre lo psíquico y lo ambiental aumentando la penetrabilidad de los mensajes que se inscriben en el registro somático y simbólico dejando huellas indelebles en la relación madre-hijo.

Gestos y palabras de los profesionales se inscriben en la identidad materna y en la representación del hijo contribuyendo a orientar relaciones seguras o inseguras hacia los hijos.

Mensajes como bebé débil, flaco, flojo porque no succiona o madre que no sabe cuidar, alimentar, calmar, etc., pueden contribuir a generar relaciones disfuncionales así como gratificaciones verbales positivas, las orientan funcionalmente. (7)

## **INDICADORES DE LA INTERACCIÓN MATERNO-NEONATAL**

### **Ocurrencia y calidad de las interacciones físicas, verbales y visuales.**

Contacto físico:

El contacto cariñoso es aquél en donde se observan eventos interactivos en que la madre acaricia, abraza, besa, acuna, sostiene a su hijo de un modo que denota una emoción de ternura y bienestar compartida en la díada madre bebé.

Verbalizaciones:

Las verbalizaciones cariñosas ocurren cuando la madre tiende a hablarle a su hijo, realiza juegos vocales, le canta, o emite algún tipo de sonido vocal tal como hablarle, cantarle, emitir balbuceos u otro con una tonalidad emocional tierna y placentera.

Contacto visual:

*Los contactos visuales cariñosos*, ocurren cuando la madre busca, mantiene y sigue la mirada de su bebé y responde a la mirada de este último.

*Los contactos visuales no cariñosos*, ocurren cuando la madre no busca, ni mantiene ni sigue la mirada de su hijo, rehuye y evita su mirada y no responde o reacciona frente a la misma.

### **Grado de aceptación materna del género, apariencia física y conducta de su bebé.**

Se observa la tonalidad afectiva que dichas características del bebé induce en la madre. Se indaga la distancia/cercanía con el bebé imaginario figurado en el embarazo, el grado de desilusión y el grado de aceptación de la pérdida del bebé imaginario ideal si es pertinente.

### **Grado de facilidad para ocuparse del bebé.**

Alimentarlo:

Se aprecia el grado de facilidad y de bienestar de ambos protagonistas durante este evento interactivo.

La madre con facilidad presenta **posturas ajustadas** de lactancia, hay facilidad en acercarlo a su pecho, no se observa muy ansiosa en el momento del amamantamiento y parece disfrutar con tonalidad afectiva placentera con el amamantamiento al igual que el bebé.

Durante la muda y vestimenta se aprecia bienestar de ambos durante este evento interactivo. La madre con facilidad presenta delicadeza, comodidad en la forma de realizar esta tarea, si hay esfuerzo en la tarea no se observa una ansiedad desmedida.

### **Observación de la tolerancia de la madre frente al llanto del bebé**

El llanto del bebé es un factor de estrés para la madre y el padre. Calmarlo es gratificante, la dificultad en calmarlo da frustración, ansiedad y puede conducir a conductas de maltrato que ponen en peligro la vida del niño (síndrome de niño sacudido). La tolerancia se aprecia a través de las diversas conductas que el llanto elicitó en la madre.

- Lo intenta calmar:

- Se aleja o ignora el llanto del bebé
- Se irrita: presenta expresiones faciales de agresividad y rabia, movimientos bruscos hacia el bebé.

Diagnosticar la **Tonalidad afectiva** y la armonía durante las interacciones es fundamental. Se puede detectar a través de la expresión facial, postura corporal, tono de voz, contenido de los comentarios y signos expresivos.

En la Tonalidad afectiva placentera la madre tiene expresión facial de alegría, postura corporal abierta que se correlaciona con lactancia satisfactoria, tono de voz calmado y contenido positivo de los contenidos acerca del bebé.

Una interacción armónica presenta las siguientes características observables:

Es una interacción sensible: la madre está alerta a los signos, tanto de malestar y bienestar, que pueda expresar el bebé. Con el tiempo logra interpretar adecuadamente los signos del bebé como el llanto y realizar los gestos que van al encuentro de estas señales.

Es una interacción contingente: una interacción contingente es aquella en donde la madre rápidamente reacciona frente a los signos sean de angustia del bebé (expresados en el llanto), sean de necesidad de interacción placentera.

Es una interacción de tonalidad afectiva placentera

Es una interacción sincrónica: tanto la madre como el bebé están conectados en una misma frecuencia emocional, hay sintonización de los estados afectivos de la madre y el bebé.

Según la forma en que se presentan estos indicadores se concluye con la evaluación global de riesgo relacional que se expresa en dos diagnósticos posibles, alto o bajo riesgo relacional. (14,19)

La estadía en Maternidad brinda una ocasión privilegiada para evaluar la interacción entre la madre y el bebé y focalizar intervenciones preventivas en díadas de alto riesgo relacional.

Si se considera que la evaluación entre los 14 y 18 meses de edad de bebés provenientes de díadas madre-bebé de alto y bajo riesgo relacional muestra que las conductas de maltrato se dan en un 76% de díadas de alto riesgo en comparación a un 21% de maltrato en díadas de bajo riesgo relacional la evaluación relacional es una práctica que debería incorporarse programáticamente (15,28).

**Comparación de porcentaje de abandono, negligencia y maltrato durante el segundo año de vida en hijos provenientes de díadas de alto y bajo riesgo relacional diagnosticadas en la Maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago, Chile. 1997. Kimelman**

<b>Conductas de maltrato</b>	<b>Díadas alto riesgo</b>	<b>Díadas bajo riesgo</b>
<b>Si</b>	<b>76 %</b>	<b>21 %</b>
<b>No</b>	<b>24 %</b>	<b>79 %</b>
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

**Chi cuadrado=8.763**

**P = 0.0003**

**INDICADORES DE LA INTERACCIÓN MADRE-NIÑO/NIÑA DURANTE EL CONTROL DE NIÑO SANO.**

El control de salud del niño sano ofrece, al igual que la estadía en Maternidad una oportunidad privilegiada para seguir cautelando el proceso de vinculación.

La evaluación de la interacción madre bebé puede ser efectuada por enfermeras y pediatras integrada al control habitual incorporando los siguientes indicadores (17):

**Desvestir/Vestir Delicado:** Acción que se lleva a cabo poniendo atención y esmerándose para que el acto siga los ejes naturales del cuerpo y extremidades evitando que el cuerpo del niño sufra choques o sea sometido a posiciones incómodas, extremas o eventualmente dolorosas.

**Desvestir/vestir Brusco:** La acción atiende más a la eficacia de quitar o poner la ropa, con cierto desmedro de la comodidad y bienestar del niño en el momento.

**Llanto Suave:** Expresión de malestar que se evidencia por gesticulación facial, intentos de retiro del cuerpo al procedimiento de medición o al extraño, búsqueda y acercamiento a la figura de apego, vocalizaciones quejumbrosas y aparición de lágrimas. No interfiere con los procedimientos de medición.

**Llanto Intenso:** Se acentúan y adquieren más fuerza los signos del llanto suave. Se agregan alteración del ritmo respiratorio y emisión de sollozos y suspiros. Puede dificultar las mediciones.

**Llanto contingente:** Ocurre como consecuencia directa de una acción no aceptable por el niño como desvestir, pesar, medir, etc. Cesa al concluir el procedimiento y retornar el niño a una situación conocida o aceptable.

**Maniobras para calmar el llanto:** gestos o actos de la madre (enfermera u otro), destinados a obtener o recuperar el contacto visual, verbal o físico con el fin de conseguir sosiego o cese del llanto del niño.

**Bifocalidad:** capacidad de la madre de estar atenta simultáneamente a su hijo y al profesional. Imprescindible para prevenir accidentes.

**Diálogos:** Interacciones madre bebé en las que a través del contacto visual, vocal o corporal se sintonizan y expresan de modo sincrónico reconocimiento mutuo y afecto.

**Juegos:** Interacciones madre bebé en las que puede apreciarse alguna actividad que busca provocar alegría, risa y placer en ambos miembros de la díada.

**Distancia madre bebé flexible:** Capacidad de la madre para modular el espacio entre ella y su bebé de acuerdo a la actividad y requerimientos del niño.

**Distancia madre bebé rígida:** Incapacidad de la madre para modular el espacio entre ella y su bebé.

**Autonomía del bebé:** Se refiere a un repertorio de conductas presentes en el bebé y que le permiten interactuar con objetos y personas sin mediación de la madre o figura de apego primordial.

**Rechazo al extraño:** Negativa o reticencia del niño a entrar en contacto con una persona desconocida explicable por la angustia que le provoca alejarse de la figura de apego principal. Desvía la mirada, oculta el rostro, pone el cuerpo rígido o puede llorar. (mayor de 6 meses).

**Interacción armónica:** Las conductas de ambos protagonistas de la díada se caracterizan por su reciprocidad, sincronía, presencia de diálogos, y distancia flexible. El llanto del bebé es contingente, el consuelo materno eficaz, la bifocalidad esta presente y suelen haber juegos.

*Las interacciones armónicas* predominantes a lo largo de los primeros 12 meses de vida consolidan en apegos seguros.

*Las interacciones disarmónicas* predominantes a lo largo de los primeros 12 meses de vida consolidan en apegos ansiosos (ambivalentes, evasivos o desorganizados)

## **CONSOLIDACIÓN DEL TIPO DE APEGO**

### **Criterio diagnóstico**

El procedimiento diagnóstico para tipificar el tipo de apego, conocido como situación extraña, es obra de Mary Ainsworth. La investigadora observando las reacciones de madres y niños de entre 12 y 15 meses en una situación experimental de episodios de separaciones y reuniones tipifica los tipos de apego seguro, ansioso ambivalente y ansioso evitativo. Main añadirá después la descripción del apego desorganizado.

### **Prevalencia**

Los estudios internacionales que utilizan la situación extraña indican que la prevalencia del apego seguro alcanza los 2/3 mientras que las otras categorías se reparten diferentemente según los países y según se trate de poblaciones normativas o de alto riesgo psicosocial. El apego desorganizado alcanza hasta un 80% en muestras de niños maltratados.

En un estudio nacional (Fondecyt 1040238) realizado en díadas madres sin diagnóstico psiquiátrico - niños sanos en su segundo año de vida en 2 consultorios de atención en Santiago, Barros Luco y Barreñechea encontramos en una muestra de 130 un 70 %de apego seguro y una repartición prácticamente equitativa entre los tipos evitantes 10%, ambivalente 10,8% y desorganizado 9,2%. (19)

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS DE APEGO**

a) Vínculo de apego seguro: el niño confía en la disponibilidad de la figura de apego lo que permite la exploración y la autonomía progresiva . La regulación emocional y neuroendocrina otorga resiliencia frente al estrés y protege de patologías. Durante los primeros meses de vida se expresa en una regulación adecuada de los estados de conciencia de sueño y vigilia, de alimentación y evacuación . En los meses siguientes se evidencia en la curiosidad, la capacidad de exploración y la autonomía incipiente y progresiva.

b) Vínculo de apego ansioso ambivalente: el niño duda de la disponibilidad de la madre que tiene conductas de sobreprotección y subprotección, los niños presentan gran angustia de separación por lo cual limitan su exploración. La experiencia que hace el niño de la inconsistencia parental puede y suele ser reforzada por separaciones y por amenazas de abandono. Tienden a subregular las funciones neuroendocrinas y emocionales , presentan rabietas de mayor intensidad que los menores con otro tipo de apego. El modelo mental del menor, working model según Bowlby del niño, es de incertidumbre.

c) Vínculo de apego ansioso evitativo: el niño va creando expectativas negativas hacia la disponibilidad de la figura de apego, los padres suelen ser fríos por lo que deben aprender a prescindir del apoyo y la contención afectiva a través de una experiencia análoga a la negligencia emocional. Tienden a la sobre regulación emocional y van creando un modelo de autosuficiencia

d) Vínculo de apego desorganizado: el niño no logra extraer un modo de funcionamiento de la figura de apego quien puede mostrar mucho temor o ser atemorizante . En ambas situaciones se da la paradoja biológica que cuando el niño busca consuelo es más atemorizado que contenido .El niño va creando un modelo mental escindido, desorganizado. Se correlaciona con psicopatologías graves .

Un descubrimiento clave ha sido el hallazgo que los padres que desarrollan apegos desorganizados con sus hijos cuentan con experiencias de traumas y de duelos no resueltos.

Como profesionales de la salud en cualquier fase del ciclo vital es imprescindible fomentar apegos y duelos lo mas sanos posibles.

## **Conclusión**

En una relación madre hijo saludable las funciones de otorgar cuidados, nutrición y afectos se ejercen simultáneamente por la figura materna lo que hizo suponer durante siglos que el afecto era secundario a la lactancia. Actualmente sabemos que la necesidad de vinculación es primaria, tan imprescindible para la supervivencia como la alimentación, parafraseando a Winnicott “un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación”.

El modelo biomédico de asistencia durante el embarazo, parto, puerperio y control de niño sano ha resultado exitoso para bajar los riesgos de la morbimortalidad materno infantil. Incluir el proceso de vinculación afectiva entre una madre y su hijo como tema integrante de la atención potenciaría los logros biomédicos ya consagrados y contribuiría al desarrollo de ciudadanos más sanos.

## **REFERENCIAS**

1. Ainsworth M Patterns of infants mother attachment. Bull.New York Academy of Medicine 1985;61:771-91.
2. Austin MP, Leader L. Maternal stress and obstetric and infants outcomes:epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms.

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000;40(3):331–337.

3. Bowlby J. El papel del apego en el desarrollo de la personalidad en una base segura. Barcelona: Paidós Ibérica, 1989.

4. Brazelton B, Cramer B. The earliest relationship. Parents, infants and the drama of early attachment. Reading, MA: Addison- Wesley, 1990.

5. Cukier-Hemeury F, Lezine I., Ajurriaguerra J. les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares. Psychiatr. Enfant ,1979,22,503-518.

6. Gunnar M. Brain and behavioural interface: stress and the developing brain Infant Mental Health Journal , 4 (3)195-211. 2003.

7. Hernández G.,Kimelman M. Montino O Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y el puerperio Rev med Chile 2000; 128:1283-89.

8. Harlow H. Zimmermann R Affectional responses in the infant monkey Science, 130 421-432, 1959.

9. Klaus M, Kennell J, Klaus P. Bonding. New York: Addison-Wesley, 1995.

10. Jadresic E. Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile Rev Méd Chile1995;123.694-9.

11. Jennifer R., Brown, Hong Y., Roderick T. A defect in nurturing in mice lacking the immediate early interactive genes Fos B. Cell 1996; 86: 297–309

12. Kaitz M.Lapidot P. y cols. Mothers recognition of their newborn by olfactory cues Developmental Psychobiology 20 ,5878-91, 1987.

13. Kendell R.Epidemiology of puerperal psychosis. Br. J. Psychiatry 1987;159.622-73.

14. Kimelman M, Núñez C, Hernández G, et al. Construcción y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre - recién nacido. Rev Méd Chile 1995; 123: 707–12.

15. Kimelman M. "Santé mentale Périnatale à Santiago de Chili. Prévention précoce, parentalité et périnatalité" M Dugnant.Ed. Eres 2004.

16. Kimelman "Terapia vincular en familias en formación" Terapia Familiar y de Pareja. Ed E. Roizblat, Mediterráneo, pág 400 – 411. 2006.

17. Kimelman M., González L, Hernández G. "Interacción madre niño durante el control de niños sanos y propuesta de una pauta de observación relacional. Revista Chilena de Salud Pública 7(3):113-168,2003.

18. Kimelman M., González L. "El proceso de vinculación una tarea del equipo obstétrico. Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol. 6 N° 2,10-13, 2003.

19. Lecannelier F., Kimelman M., González L et cols. " Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en 2 centros de atención de Santiago". Revista Argentina de Psicología 2008; XVI, 3, 197, 205.