

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN DE APEGO DEL RECIÉN NACIDO  
PREMATURO, EN HOSPITALIZACIÓN EN UCI. ESTUDIO TEÓRICO PLANTEADO  
DESDE LA TEORÍA DE APEGO, EN QUITO, EN OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2022.**

**MARIETHA ALEXANDRA SANCHEZ SÁNCHEZ**

**DAVID ALEXANDER ORTEGA ORELLANA**

**TUTORA: DORYS ORTIZ**

**QUITO, 2022**

## **DEDICATORIA**

Con todo mi cariño y amor dedico este trabajo a mi familia, en especial a mis padres Alexandra y Wolf, mis abuelitos Teresa y Franklin quienes siempre creyeron en mí y me apoyaron tanto emocional como económicamente para que pudiera lograr mi objetivo. A mi hermana Sofía y a mi hijo Bruno quienes son mi inspiración y felicidad.

Marietha

Primeramente, a mis padres que con esfuerzo y paciencia me han apoyado para cumplir sueños y objetivos, a mis hermanas quienes me motivan para salir adelante. A mis abuelos, que con su ejemplo han guiado mis pasos. Finalmente, a mis amigos y primos que me han brindado su apoyo incondicional en todos estos años.

Gracias a todos, por acompañarme en este proceso.

David

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia queremos agradecer a Dios, que nos ha permitido culminar este trabajo y haber hecho realidad este sueño. A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por brindarnos la oportunidad de estudiar y forjarnos como excelentes profesionales al servicio de la patria. También queremos extender nuestros agradecimientos a los docentes que fueron parte de nuestra formación, pues han dejado grandes consejos y enseñanzas para que podamos concluir nuestros estudios con éxito.

También deseamos expresar un especial agradecimiento a la Mgtr. Dorys Ortiz, la misma que de manera acertada y correcta supo orientarnos con paciencia y cariño para culminar la presente disertación. Mostrando ser más que tutora, una excelente persona y profesional.

Marietha y David

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>DEDICATORIA</b>	2
<b>AGRADECIMIENTO</b>	3
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b>	4
<b>INDICE DE TABLA</b>	6
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	7
<b>RESUMEN</b>	8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>CAPÍTULO I</b>	11
<b>EL APEGO</b>	11
<b>1.1. Definición del Apego</b>	11
<b>1.2. Tipos de Apego</b>	12
1.2.1 Apego Seguro.	12
1.2.2 Apego inseguro-ambivalente.	13
1.2.3 Apego inseguro- evitativo.	14
1.2.4 Apego desorganizado.	14
<b>1.3 Precusores del apego</b>	15
<b>1.4 Teorías-postulados sobre el Apego</b>	17
<b>1.5 Conductas de Apego</b>	21
<b>CAPÍTULO II</b>	24
<b>RECIÉN NACIDO PREMATURO</b>	24
<b>2.1 La Prematuridad</b>	24
<b>2.2 Factores relacionados con el nacimiento prematuro</b>	25

<b>2.3 Condiciones neonatales del prematuro y trastornos relacionados con el vínculo madre-hijo</b>	27
<b>HOSPITALIZACIÓN EN UCI</b>	33
<b>3.1. Neonatología: breve historia y situación actual</b>	33
<b>3.2. Humanización de UCI Neonatal</b>	39
<b>3.3. Efecto de la Hospitalización del recién nacido y la Familia</b>	44
<b>CAPÍTULO IV</b>	50
<b>MÉTODO MADRE CANGURO (MMC)</b>	50
<b>4.1 Aplicación del MMC</b>	50
<b>4.2. El vínculo en prematuros e identificación con su cuidador primario</b>	56
<b>4.3. Función materna y paterna (recién nacido prematuro)</b>	60
4.3.1 <i> Holding:</i>	61
4.3.2 <i> Handling:</i>	61
4.3.3 <i> Objet-presenting:</i>	62
<b>4.4 Beneficios del MMC</b>	64
<b>4.5. Estudios del vínculo afectivo y sus repercusiones en el infante</b>	67
<b>4.6. Referencia del papel psicólogo clínico.</b>	68
<b>CONCLUSIONES</b>	72
<b>RECOMENDACIONES</b>	74
<b>Bibliografía</b>	75

**INDICE DE TABLA**

<b>Tabla 1</b> Patologías de los prematuros	277
<b>Tabla 2</b> Criterios diagnósticos del Trastorno de apego reactivo 313.89 (F94.1)	29
<b>Tabla 3</b> Criterios diagnósticos del Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2)	31
<b>Tabla 4</b> Historia de la Neonatología	36
<b>Tabla 5</b> Relación efecto en niños y presencia parental	46
<b>Tabla 6</b> Beneficios del Método Madre Canguro	65

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Avance de tecnología en las Incubadoras	38
<b>Figura 2</b> Desarrollo de la humanización en la atención médica	40
<b>Figura 3</b> Componentes fundamentales en la UCI de Neonatología	422
<b>Figura 4</b> Aplicación del método madre canguro y sus cuidados	55

## RESUMEN

A través del documento presentado a continuación se establece el objetivo de analizar la formación del apego de neonatos con sus padres a partir de su hospitalización en UCI, tomando en cuenta que el infante no posee, en primera instancia, un contacto directo y seguro a partir de su nacimiento, como lo tiene un bebé a término, no son pegados al seno materno y no sienten ese apoyo y resguardo de su cuidador primario. Se abordaron temas relacionados con el apego, recién nacido prematuro de tal forma que se identifique los factores relacionados con esta característica y las condiciones neonatales del prematuro y trastornos con el aspecto del vínculo madre-hijo. En base a la literatura científica, esto porque la prestación de los servicios de salud se rige por los principios de igualdad, universalidad, interculturalidad, calidad, acceso permanente y oportuno a los servicios de salud es por ello que se deben poner en marcha estrategias y acciones que apunten a potenciar la atención al cliente. Por lo tanto, se analizó los beneficios y cómo este método influye de manera directa en el aspecto respiratorio y frecuencia cardíaca, incluso se logra una regulación de la temperatura corporal.

## INTRODUCCIÓN

Desde un aspecto general se reconoce que los nacimientos prematuros representan un riesgo para el 6-10% de la población general. A pesar de tener 5,1 bebés prematuros por cada 1.000 nacidos vivos, se determina que Ecuador es una de las 11 naciones con las tasas más bajas de nacimientos prematuros a nivel mundial, lo que resulta paradójico puesto que es la primera causa de mortalidad neonatal en el país. Acorde a los datos del INEC muestran que en 2017 fallecieron cerca de 1.900 infantes a los que les quedaba menos de un mes de vida, lo cual se traduce en un promedio de 36 niños y niñas falleciendo cada semana.

Conforme al Ministerio de Salud Pública, información actualizada en el 2020, en Ecuador se registran datos alarmantes sobre índices de mortalidad neonatal, entre las provincias que más registran este problema se encuentran Guayas, Pichincha, Los Ríos, Cotopaxi, Chimborazo, Tungurahua, Manabí, Azuay y El Oro, y aunque en menor proporción también se llega a registrar en la provincia de Galápagos.

Los bebés prematuros tienen más probabilidades de experimentar problemas de salud, por lo que necesitan hospitalización. Esto implica una cantidad importante de estrés psicológico, que puede impedir o cambiar el inicio del vínculo padre-hijo y las relaciones familiares. Los recién nacidos tienen más probabilidades de presentar problemas que podrían impedirles desarrollarse normalmente durante la infancia y la adolescencia. Entre los aspectos que se han reconocido a nivel motor incluyen parálisis cerebral y retraso motor simple; a nivel sensorial-cognitivo, desafíos de aprendizaje y cambios sensoriales significativos; y a nivel socioemocional, trastornos del comportamiento como hiperactividad y trastornos emocionales como depresión, quejas somáticas, miedos y fobias.

En base al tema de disertación, el apego del neonato con su cuidador primario, la Teoría del Apego fundamenta que los estados de angustia, temor, protección y ansiedad del infante se ven determinados a partir del vínculo que forma con su figura de apego en base a la capacidad que tiene el cuidador primario para dar respuesta inmediata a las necesidades del infante. (Bowlby, 1998)

Por lo cual, sería fundamental analizar la formación del apego de neonatos con sus padres a partir de su hospitalización en UCI, tomando en cuenta que el infante no posee, en primera instancia, un contacto directo y seguro a partir de su nacimiento, como lo tiene un bebé a término, no son pegados al seno materno y no sienten ese apoyo y resguardo de su cuidador primario. Posteriormente, las horas de visita que se comparten con el recién nacido prematuro son extremadamente limitadas y debido a que se encuentran en termo cunas siguen sin mantener durante ese tiempo relación directa con su madre/padre y/o cuidador, lo cual lleva a profundizar ¿De qué manera se puede formar un apego seguro para el recién nacido prematuro en situación de hospitalización en UCI?

En el primer capítulo de la presente disertación, se abordará la definición de lo que es el apego ya que se lo trabajará como concepto principal relacionado al vínculo madre-hijo prematuro, de igual manera basado en el concepto de apego se trabajará los diferentes modelos propuestos por varios autores y los postulados teóricos existentes para una mejor comprensión del tema a desarrollarse.

En el segundo capítulo, se expondrá el concepto de Prematurez, indicando las condiciones neonatales y trastornos relacionados al vínculo madre-infante, para de esta forma conocer la formación de la estructura psíquica del niño y conocer cómo se identifica con su cuidador primario.

En el tercer capítulo, se llevará a cabo una revisión breve del entorno donde se desarrolla la intervención hospitalaria del recién nacido prematuro (neonatología). Conjuntamente se identificará aquellos aspectos organizacionales, terapéuticos, sociales y estrategias preventivas que humanizan los cuidados en las unidades neonatales y que beneficia al recién nacido prematuro-familia y a su salud mental, ya que durante este proceso sin duda existe una afectación emocional.

En el cuarto y último capítulo, se investigará la aplicación del Método Madre Canguro en cuanto a la formación de apego del neonato con su cuidador primario durante la etapa de hospitalización en UCI, lo cual llevará a identificar de manera positiva y adecuada los beneficios que aporta dicha técnica a un buen desarrollo del apego en el infante y el rol que cumple madre/padre durante el proceso.

## CAPÍTULO I

### EL APEGO

#### 1.1. Definición del Apego

El autor de la Teoría del Apego es el psicoanalista, Edward John Mostyn Bowlby, nacido en Inglaterra. Quien entre los años 1969 a 1980 se dedicó a estudiar y describir el efecto que provoca en los niños y en su comportamiento, las vivencias en la infancia temprana, en relación al lazo emocional mantenido con la figura primaria de apego (Castillero, 2018). En otras palabras, el apego es la tendencia que tienen los seres humanos en crear fuertes vínculos con individuos de su entorno, es un sistema que motiva al recién nacido a buscar proximidad con sus padres o cuidadores primarios.

Bowlby (2009) menciona que el apego “es una relación afectiva que se establece entre dos seres humanos, es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores” (p.273). El niño busca las condiciones de seguridad con sus figuras primarias, estos aspectos se dan especialmente en situaciones de amenaza, en donde quienes lo protegen demostraran sus habilidades para contener y cuidar al bebé, esto es un punto de vital importancia ya que las repetidas experiencias positivas que el bebé ha tenido con sus figuras de cuidado serán las bases sobre las que se desarrollará el apego, situación que incentiva al neonato la sanación de la molestia que siente de haber sido retirado del mejor lugar que ha tenido el vientre materno.

El apego, es por lo tanto, una instancia importante de la acción recíproca entre el afecto y la cognición, es una preferencia particular que se tiene por quien los atiende y protege, mientras mayores sean las gratificaciones que reciba el bebé por los cuidados, más se desarrollará un vínculo positivo con su figura primaria (Schaffer, 2000), a quien el bebé considera como alguien importante con quien contar en los momentos de estrés, alcanzando la tranquilidad necesaria en vías de su desarrollo. Esta representación emocional se origina desde la infancia al momento del nacimiento, momento en el cual el recién nacido genera una vinculación directa con la madre que la considera como la principal figura de apego; lo cual influye en el desarrollo y crecimiento del individuo (Ramírez, 2019).

Para concluir, sobre el apego se afirma que es un elemento básico dentro del establecimiento de las relaciones afectivas entre seres humanos, ya que posibilita la relación entre el infante y los padres que garantiza la protección y seguridad de los individuos. La constitución del apego asegura una conformación psíquica adecuada de la persona y cumple un rol importante para forjar su personalidad.

## **1.2. Tipos de Apego**

La Teoría del Apego fue propuesta inicialmente por Bowlby en los años 50, tiempo después Ainsworth aportó con sus postulados y complementa esta noción inicial. El tipo de apego que llegue a generar el neonato con su progenitora dependerá de la interacción madre-hijo y como cumpla la madre su función materna. Ainsworth da a conocer tres tipos de apego: seguro, inseguro-ambivalente e inseguro- evitativo, sin embargo, estudios recientes de Mary Main y Salomón dan a conocer un cuarto tipo de apego que es el desorganizado (Oliva, 2004). A continuación se explicaran los diferentes apegos que un infante puede generar con su cuidador principal:

### **1.2.1 Apego Seguro.**

El apego seguro es el equivalente a la interacción cálida, confiable y segura que se da entre el niño y su cuidador. Este tipo de apego se relaciona directamente con menores índices de ansiedad frente a situaciones nuevas, los niños no lloran habitualmente al contrario sienten seguridad al explorar su entorno, confirmando que las madres de estos niños son sensibles y responsivas a los llamados del infante, encontrándose disponibles ante sus necesidades. (Oliva, 2004).

Las figuras de apego de los niños que desarrollan este tipo de apego se prestan como una base segura, brindan respuestas apropiadas, se ven más involucradas, son más sensibles a las necesidades de su niño, expresan más emociones positivas y menos negativas, además disfrutan del contacto físico con ellos e intentan hablar positivamente sobre ellos y los motivan a ser más autónomos a medida que van creciendo y adquiriendo capacidades; esto no quiere decir que van a dejar de satisfacer las necesidades del niño que le competen. El estado de ánimo de la madre es

positivo, disfruta del tiempo juntos y fomenta una relación armoniosa en el hogar (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000, págs. 79,104).

Los niños con apego seguro se muestran cómodos con la cercanía de otras personas, estos niños son coherentes, se encuentran dispuestos a colaborar, son capaces de determinar la cercanía o alejamiento que se permite frente a nuevas personas o situaciones. En cuanto a la socialización, el niño con apego seguro tiene mayor facilidad para socializar con sus pares, así como tampoco se le complica el expresar sus emociones ya que tiene una imagen positiva de sí mismo (Moneta, 2003, págs. 8-14). Estos niños, gracias a que su figura de apego ha reconocido sus necesidades de confort y protección, así como también le ha dado la oportunidad de que explore independientemente el mundo, desarrollan modelos internos de trabajo del yo positivo, es así que se sienten valorados y con auto-confianza (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000, pág. 23)

### **1.2.2 Apego inseguro-ambivalente.**

Dicho apego, posee elementos de inseguridad, el infante se muestra preocupado por el paradero de su madre, apenas explorando en la situación del extraño, ante el regreso de la madre se muestra ambivalente, sin embargo, pasa muy mal en su ausencia. Según Ainsworth (1978) son niños irritables, se resisten al contacto y acercamiento físico, presentan ansiedad y rabia, exageración de afectos negativos ya que trata de evitar su compañía cuando la madre regresa a su encuentro y al mismo tiempo no desea separarse por largos periodos de su figura materna, demostrando que no posee una adecuada autorregulación (Oliva, 2004 pp. 65-81).

La figura de apego de los niños con apego ambivalente se caracteriza por su inconsistencia en la disponibilidad, así como también por responder con conductas ambivalentes, ya que unas veces se muestra sensible y en otras se muestra insensible, esto en función de sus propios deseos sin tomar en cuenta los deseos del pequeño, es decir, responde a la necesidades del hijo cuando le apetece mas no cuando el niño demanda las mismas, así como también muestran menos afectos positivos, menos respuestas a los llamados del niño, al igual que menos sensibilidad a las señales de éste. Lo que diferencia a estas figuras de las figuras de apego evitativo es que no se muestran rechazantes al apego corporal con sus hijos (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000, págs. 81-82).

Los niños que presentan este tipo de apego tienden a pedir ayuda o hacer notar sus necesidades de manera muy indirecta, esto se debe a que su figura de apego en un inicio estuvo poco disponible lo que hace que el niño envíe señales exageradas para poder llamar su atención, llegando a crear muchas veces lazos fuertes de dependencia con individuos de su entorno o también llegan a tener una interacción escasa, insegura o nula con otras personas, lo cual dificulta que dichos infantes sigan reglas adecuadamente (Chamorro, 2012).

### **1.2.3 Apego inseguro- evitativo.**

El apego inseguro evitativo se entiende como una deficiencia en la interacción cálida, confiable y segura, ya que estos infantes se muestran independientes al momento de explorar su entorno, no recurren a la presencia de su madre, pues no tienen el deseo de comprobar su presencia, en la ausencia de la madre no parecen sentirse afectados y no buscan el contacto físico con ella rechazando su acercamiento con un comportamiento frío (Oliva, 2004).

Las figuras de apego de niños que desarrollan este tipo de apego, muestran un alto grado de rechazo hacia los mismos, en su conducta prima la cólera y el resentimiento, oponiéndose así a los requerimientos del niño, suelen regañar y usar la fuerza física para hacer que el niño obedezca; las interacciones entre la diada por lo general son aversivas y decepcionantes para el pequeño, con quien la figura de apego opta por evitar el contacto físico (Ainsworth, 1978, citado en Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000, págs. 80-81).

Los niños que desarrollan este apego se caracterizan por tener conductas incoherentes, ser indiferentes a las experiencias y vínculos relacionados con el apego especialmente con su figura materna, estos infantes pueden llegar a tener desconfianza con su entorno y distracción constante en sus actividades diarias (Moneta, 2003, pág. 14).

### **1.2.4 Apego desorganizado.**

Este estilo de apego se da cuando el infante se encuentra bajo angustia intermitente, quiere decir, sus figuras paternas lo maltratan o poseen algunos comportamientos atemorizantes para el niño, evitando que se desenvuelva en un entorno cálido, ocasionando un miedo constante y diario.

Las figuras de apego de los niños que presentan apego desorganizado se caracterizan por no ser sensibles a las necesidades del niño y atemorizar al mismo a causa de maltratos a nivel físico o emocional (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000, págs. 85-86).

Como se puede observar, existen diferentes tipos de apego que se pueden presentar en el infante y perdurar a largo plazo; por lo cual es importante identificar el apego que se ha establecido, ya que el mismo determina e incide directamente en la personalidad y comportamiento del individuo. En base a esto, se torna un punto clave que desde la infancia se desarrolle un apego seguro que posibilite el establecimiento de relaciones sociales estables y equilibradas.

### **1.3 Precursores del apego**

La teoría del apego marca una histórica aportación para comprender al ser humano, por lo que han sido varios los investigadores que han dedicado mucho esfuerzo al estudio de este concepto para entender de qué manera las experiencias relacionales tempranas tienen su repercusión con el entorno del individuo a lo largo de su vida. Su aparición es considerada uno de los planteamientos teóricos que más resalta en la psicología contemporánea, debido a que sus fundamentos se alejan de la teoría psicoanalítica que considera el vínculo que unía a la madre-hijo como un amor interesado.

John Bowlby es considerado el padre de la teoría del apego. Sus contribuciones teóricas fueron empíricamente corroboradas y desarrolladas junto a Mary Ainsworth, con quien mantuvo un vínculo intelectual eficaz e influyente. Ainsworth más adelante redefinió el pensamiento de Bowlby, originando nuevos estudios y desarrollos teóricos. La aportación y participación entre ambos originó la estructura fundamental de la teoría del apego y orientó a vastas investigaciones empíricas en torno a dicha teoría. (Wallin, 2012).

Las conclusiones de Bowlby y Ainsworth se ampliaron a través de la obra de Mary Main, que trasladó el núcleo del estudio sobre el apego de la infancia a la edad adulta y de la conducta no verbal a la representación mental. A su vez, aportaciones de autores como Harry Harlow fueron

fundamentales para identificar que los vínculos de apego intersubjetivos son un entorno clave para desarrollar las capacidades humanas vitales de la perspicacia y empatía.

*La principal aportación de Bowlby comprende que:*

El apego es adaptativo para el niño, los padres, el sistema familiar y también para nuestra especie. Desde un punto de vista objetivo, el sentido del mismo es favorecer la supervivencia, manteniendo una proximidad entre la madre y el niño, y, desde un punto de vista subjetivo, su función sería proporcionar la seguridad emocional necesaria para el bienestar (Faas, 2018, pág. 170).

Por lo cual, Bowlby llega a reconocer la necesidad evolutiva de apego en el infante con relación a su cuidador primario, una necesidad de carácter biológico. Abarcando que el carácter primario del apego como sistema de motivación tiene como base la necesidad absoluta del recién nacido de preservar la proximidad física con su cuidador, obteniendo de esta manera seguridad emocional y así poder lograr su supervivencia. (Wallin, 2012)

Mary Ainsworth, confirmó muchas ideas de Bowlby, sin embargo realizó de igual manera aportaciones independientes las cuales resultaron ser esenciales para la evolución del concepto de apego. Lo más destacable de su investigación es su descubrimiento de que “el impulso innato y biológico del sistema de apego es maleable y de que las diferencias cualitativas en la conducta de apego de los individuos dependen de la conducta diferencial de los cuidadores.” (Wallin, 2012, pág. 24). También fue la autora del concepto de base segura, estableció preliminarmente los tipos de interacción progenitor-infante que generan con mejor probabilidad un apego seguro. Da a conocer que la clave de la seguridad o la inseguridad, se basa en los patrones de comunicación y contacto entre el infante y el cuidador primario. Su estudio principal de esta teoría lleva el nombre de “Situación Extraña”, este procedimiento de laboratorio lo realizó para estudiar las relaciones infante-progenitor, ideado y aplicado por primera vez en Baltimore en 1964.

Mary Main desarrolla ciertos estudios en Suecia en base a la teoría de Bowlby, que expuso que “el hecho de que los niños pequeños busquen preferentemente la proximidad de su madre

proviene de que el apego es ante todo una función de la disponibilidad” (Wallin, 2012, pág. 31). Entorno a esta idea de Bowlby, curiosamente Main señala que incluso cuando la madre labora fuera de su hogar y el padre asume el rol principal de figura parental, el infante sigue eligiendo a la madre, este fascinante descubrimiento e investigación llega a explicarse en base a la experiencia prenatal, quiere decir, como la exposición intrauterina de la criatura a la voz de la madre crea ya un inmediato favoritismo hacia ella, creando que sea la principal figura de apego ya antes de que el niño salga del vientre materno (Main, 1999).

Harry Harlow, durante los años 60 indaga sobre la privación de la presencia materna, empleando una especie de macacos (monos). Durante la investigación separó a las crías de monos de sus madres y tenían que optar entre contacto físico o comida, los recluyó en jaulas junto con un biberón colmado de alimento y un peluche afelpado que tenía semejanza a la hembra de macaco. Su afán era evidenciar que las crías de los mamíferos poseían relación con sus madres simplemente porque eran fuente de alimento. Los resultados, en cambio, confirmaron la teoría de Bowlby: “las crías optaban por quedarse sin alimento con tal de contar con el contacto físico que les proporcionaba el muñeco de felpa, aferrándose más a él cuando sentían miedo y, por el contrario, la proximidad de la imitación de la madre les daba valor para explorar el entorno, sin embargo seguían pendientes y temerosos de volver a ser separados de la figura materna”. (Arribas, 2018, págs. 521-522)

Gracias a todas estas investigaciones y teorías expuestas por cada autor se ha logrado evidenciar que el tipo de apego primario con la figura materna/paterna y/o cuidador primario, es decir aquel que se va a estructurar a lo largo de su primera infancia, será el eje principal de todo el engranaje que sostendrá las posibilidades de adaptación, el cual formará y construirá la base para futuras relaciones socio-afectivas que el individuo estructure a lo largo de su vida.

#### **1.4 Teorías-postulados sobre el Apego**

Esta teoría fue establecida por Mary Ainsworth y John Bowlby quienes detallan claramente los fundamentos empíricos del desarrollo del apego. Esta teoría contribuye a la comprensión de aquellos vínculos afectivos que se establecen por figuras paternas e hijos; además de entender los

componentes emocionales y motivacionales que se desarrollan a través de los vínculos y la visualización de los efectos que los mismos ocasionan en el desarrollo futuro del infante (Marrone, 2018). El vínculo se lo puede definir como la interacción o la forma en que un individuo se relaciona con las personas de su entorno, estableciendo así una estructura relacional entre ambos comunicantes, sin embargo, es primordial diferenciar entre vínculo afectivo y vínculo de apego.

El vínculo afectivo según la RAE (2021), es la conexión de un individuo con otro, es decir, la afinidad que se crea entre dos individuos la cual se puede mantener a lo largo de su vida. De igual manera, Pichon- Riviére lo define como el resultado de un instinto dentro de una dinámica constante de comunicación entre dos personas, que se puede expresar en diversos comportamientos, como también menciona que existen vínculos patológicos (Pichon-Riviére, 1980). Por lo cual, el vínculo afectivo se refiere al lazo emocional que une al infante con su madre y a la madre con su bebé.

El Vínculo de apego se basa en cercanía, buena comunicación, interacción mutua y cuidados permanentes del cuidador primario, es de esta manera que se genera la creación de un vínculo estrecho en términos afectivos, apoyado en la necesidad de supervivencia que es la base del vínculo de apego (Bowlby, 1989). Hay que tomar en cuenta que el tipo de vínculo que se llega a crear entre madre-hijo, se relacionara con la capacidad de la figura materna a la respuesta constante y adecuada ante las necesidades del neonato. Este vínculo de apego se fortalece desde los 6 meses hasta los dos años del infante aproximadamente y va en una sola dirección, es decir, del bebe hacia la madre, es importante tomar en cuenta que este vínculo solo se puede dar cuando existe un ambiente facilitador para el buen desenvolvimiento cognitivo y emocional del niño (Chamorro, 2012).

La teoría del apego es una explicación detallada acerca de la forma en que las personas, desarrollan habilidades con el fin de mantener un control y regulación de las prácticas estresantes en las actividades diarias del transcurso de la vida. A causa de la naturaleza social que tienen las personas se establece que las estrategias mencionadas tienen que ejecutarse con otro individuo o ser humano. De esta forma, la teoría trata de comprender cómo se forma y establece la dualidad

afectiva entre los padres y sus hijos, determinantes para la conformación de la personalidad (Lecannelier, 2018).

La teoría postula que el apego contiene tres componentes básicos fundamentales, de acuerdo con Cobo (2020), son:

- **Componente conductual:** hace referencia a las conductas que se presentan dentro del apego, las cuales se activan ante una necesidad o requerimiento que se presente a lo largo del desarrollo, con la finalidad de conseguir una proximidad con la figura representativa de apego.
- **Componente cognitivo:** hace referencia al esquema mental que el niño/a forma a través de las interacciones que presenta con los demás. Estos esquemas o modelos cognitivos que se forman incluyen las experiencias y vivencias de relaciones que establece el niño con su cuidador primario, así como el concepto que el infante genera de ambos; lo cual se denomina como modelos operativos internos.
- **Componente emocional:** hace referencia a todos los sentimientos y emociones que se generan en relación al vínculo afectivo que se establece. Los sentimientos primarios que se presentan son: la seguridad proporcionada por el cuidador y la angustia que se produce cuando este se ausenta.

La teoría postula que el apego es una relación importante y se establece entre el neonato con aquella figura representativa y constante en la vida del infante. Este proceso no termina con la finalización de la lactancia y se utiliza como referente para las conexiones afectivas a largo plazo. Asimismo, el apego seguro en el infante contribuye a mantener un vínculo estable con el cuidador o la figura representativa, así como un desarrollo cognitivo y mental estable del niño/a (Moneta, 2014).

La idea central que transmite la teoría es que los seres humanos son considerados como individuos totalmente sociales que se benefician al tener compañía y que sufren al encontrarse en aislamiento. Reconoce que las relaciones interpersonales y afectivas son la base principal del crecimiento y desarrollo; y son las encargadas de configurar la personalidad y el comportamiento

de cada persona. El apego es un sistema interaccional e instintivo que facilita la integración de un sujeto con los cuidadores primarios en la primera infancia (Villamarín, 2017).

Según la teoría John Bowlby, el apego no se forma inmediatamente al nacer si no que pasa por distintas etapas o fases. Además, lo más común es que se den en la interrelación madre-hijo, aunque también se presentan entre el bebé y su cuidador. Bowlby (1969, 1979) llega a la conclusión de que existen cuatro fases que se suceden a lo largo del tiempo y de forma constante en los bebés. Según dicha teoría son las siguientes:

- **Fase de preapego.**

Abarca desde el nacimiento hasta las seis primeras semanas aproximadamente. Durante este periodo, la conducta del niño consiste en reflejos determinados genéticamente que tienen un gran valor para la supervivencia. A través de la sonrisa, el lloro y la mirada, el bebé atrae la atención de otros seres humanos; y, al mismo tiempo, es capaz de responder a los estímulos que vienen de otras personas. Tratan en muchas ocasiones de provocar el contacto físico con el resto de los seres humanos. El neonato acepta cualquier persona que le pueda ofrecer seguridad y comodidad. Esto hace que el infante no tenga ninguna preferencia por alguien en específico. Además, se trata de un vínculo bastante débil, en el cual apenas se aprecian las primeras muestras de apego. (López & Ramirez, 2017)

- **Fase de formación del apego.**

Abarca desde las seis semanas hasta los seis u ocho meses de edad aproximadamente. En esta fase, el infante orienta su conducta y responde a su madre de una manera más clara de cómo lo había hecho hasta entonces. Sonríe, balbucea y sigue con la mirada a la madre de forma más consistente que al resto de las personas. Durante esta etapa, se evidencia los primeros signos de angustia ante la separación de su cuidador. No es la privación de la madre lo que les provoca enfado, sino la pérdida de contacto humano como cuando, por ejemplo, se les deja solos en una habitación. (López & Ramirez, 2017)

- **Fase de apego**

Este periodo está comprendido entre los 6-8 meses hasta los 18-24 meses. A estas edades el vínculo afectivo hacia la madre es tan claro y evidente que el niño suele mostrar gran ansiedad y enfado cuando se le separa de ésta. A partir de los ocho meses el bebé puede rechazar el contacto físico incluso con un familiar muy cercano ya que lo único que desea y le calma es estar en los brazos de su madre. En esta fase, el infante hará todo lo posible por llamar la atención de su madre. (López & Ramirez, 2017)

- **Formación de relaciones recíprocas.**

Esta fase comprende desde los 18-24 meses en adelante. Una de las características importantes a esta edad es la aparición del lenguaje y la capacidad de representarse mentalmente a la madre, lo que le permite predecir su retorno cuando ésta está ausente. Por tanto, decrece la ansiedad porque el infante empieza a entender que la ausencia de la madre no es definitiva, por lo cual es esencial brindarles información sobre la ausencia materna y que en un momento dado, regresará a su presencia. (López & Ramirez, 2017)

El final de estas cuatro fases supone un vínculo afectivo sólido entre ambas partes que no necesita de un contacto físico ni de una búsqueda permanente por parte del niño, ya que éste siente la seguridad de que su madre responderá en los momentos en los que la necesite.

La teoría del apego establecida por Bowlby y Ainsworth es considerada como la principal exponente del desarrollo del apego. Esta teoría permite visualizar la forma en que este vínculo se establece entre el infante y el cuidador principal y todos los componentes implicados que interactúan entre sí para plantear un apego adecuado que posibilite un funcionamiento correcto en el entorno.

## **1.5 Conductas de Apego**

El concepto de conducta de apego hace referencia a la búsqueda de cercanía hacia un otro, cuando este puede ser reconocido como la persona idónea para enfrentar al mundo, es decir, la persona busca a un otro que sea más erudito y más vigoroso, generalmente este comportamiento de apego empieza desde la infancia y puede durar toda la vida (Bowlby, 2014). Este

comportamiento de apego genera modelos individuales que pueden depender de su género, años, vivencias pasadas o de su presente (Bowlby, 1986).

Las conductas que ayudan a consolidar el apego y que se pueden observar en los bebés son: la succión, el aferramiento, el seguimiento, el llanto y la sonrisa, estas conductas son las que permiten que se dé una aproximación a la madre (figura de apego); es decir, toda conducta que tenga como meta prefijada un acercamiento a la madre es considerada una conducta de apego (Bowlby, 1998, pág. 251).

El comportamiento de apego se puede comenzar a formar desde la semana veinticuatro del infante hasta los 5 años, además en este tiempo empieza a crearse las expectativas sobre la disposición de sus cuidadores principales con quien aún no tiene un tipo de apego. Esta conducta puede persistir de forma menos intensificada hasta los quince años (Bowlby, 1993).

La conducta que actúa como precursora del apego tiene como objetivo la proximidad de la madre, la cual anteriormente ya ha sido identificada como beneficiosa y productiva para su vida. De esta forma, el individuo logra obtener todos los recursos y habilidades necesarias para enfrentarse a los distintos problemas del entorno. El acceso a la figura de apego origina en el sujeto sentimientos de seguridad, confianza y protección que le alientan a ejecutar diversas actividades para mantener un funcionamiento óptimo en el contexto de desarrollo (Fernández, 2020).

El apego es considerado como una conducta y comportamiento fundamental en el desarrollo del individuo, es un punto clave durante los primeros años de vida, de acuerdo con Iturrioz (2018), las principales funciones de la conducta del apego son:

- Conservar una proximidad efectiva con la figura de apego para obtener la satisfacción de necesidades y requerimientos, lo cual posibilita mantener un funcionamiento adecuado en el entorno.
- Enfrentar la separación de la figura de apego de forma sana sin ningún tipo de perjuicio para el estado emocional del infante y del cuidador. El infante siempre presenta ansiedad

cuando se genera la ausencia de la figura de apego; sin embargo, si el mismo se ha desarrollado de forma segura la ansiedad se reducirá y se suprimirá.

- Lograr la seguridad a fin de explorar y descubrir el medio que lo rodea, ya sea físico o social. El hecho de desarrollar un apego seguro facilita que el infante establezca conexiones neuronales eficaces que le ayudan a mantener una organización correcta del esquema mental y posibilitar un aprendizaje significativo.
- Obtener un gran apoyo emocional que le ayude a superar posibles problemas de su entorno.

La conducta de apego es un comportamiento que se refleja a lo largo de la vida, ya que el establecimiento inicial del vínculo afectivo con la figura de apego determina todos los componentes emocionales y motivacionales que interactúan dentro del proceso para mantener el vínculo por mucho tiempo. El apego genera conductas y comportamientos en el infante que a su vez generan sentimientos de seguridad y angustia; el primero se genera al estar acompañado del cuidador y el segundo cuando se presenta la ausencia de la figura representativa. El vínculo de apego influye directamente en la formación de la estructura psíquica y de la personalidad del sujeto; además de moldear las relaciones sociales y emocionales que serán establecidas a futuro. Por lo cual es considerado como una conducta clave en el desarrollo humano integral (Pedreros, 2019).

El apego es un comportamiento inicial que se forma en edades tempranas, específicamente después del nacimiento y se desarrolla durante la vida de la persona. Esta conducta contribuye a conseguir un desarrollo integral positivo que otorgue seguridad, protección y confianza al infante para que explore el entorno y se desenvuelva de forma autónoma e independiente en el mismo. Se debe tener en cuenta que es el cuidador primario quien le provee todos los requerimientos y satisface todas las necesidades que presenta el infante; en este caso le proporciona consuelo y seguridad que a su vez facilitan un funcionamiento óptimo dentro del contexto (Dreyfus, 2019).

Se puede observar entonces que la conducta de apego es básica en el funcionamiento de las personas; ya que se origina durante la primera infancia y se mantiene a lo largo del tiempo siendo la base del establecimiento de relaciones sociales y sentimentales a futuro.

## CAPÍTULO II

### RECIÉN NACIDO PREMATURO

#### 2.1 La Prematuridad

Se denomina neonato prematuro a los infantes que nacen antes de las 37 semanas gestacionales; es decir se determina un parto prematuro cuando se da entre las 28-36 semanas. Por lo cual, se pueden identificar a prematuros extremos (nacen en la semana 28) y muy prematuros (28-32 semanas). Los recién nacidos prematuros presentan grandes complicaciones de salud ante la posible inmadurez presentada en su sistema nervioso; por lo cual su cuidado debe ser exhaustivo y adecuado (Bustamante, 2019).

Dentro de América Latina existe incidencia de prematurez del 9% adicionalmente se registra una mortalidad del 75% de estos nacimientos. Esta condición de nacimiento genera distorsiones en la relación madre-infante a causa de las dificultades en el desarrollo y evolución del niño/a. Esto debido a que la atención y cuidado del niño prematuro exige un alto nivel de precisión que permita cubrir todas las necesidades y requerimientos vitales, proceso que muchas veces es traumático tanto para el niño/a y la madre o cuidador primario (Cabrera, 2015).

El nacimiento prematuro implica varias condiciones negativas para el niño/a; puesto que puede generar la adquisición de una discapacidad e intervenir en el desarrollo neuropsicológico impidiendo un funcionamiento normal dentro del entorno. Se ha observado, además, que los prematuros no pueden generar un vínculo afectivo inicial con su cuidador; ya que son trasladados a unidades médicas para su atención. Un parto prematuro implica problemas para los padres o cuidadores también; ya que requieren de una adaptación física y psicológica adecuada con el fin de analizar una situación médica (Ríos et al., 2017).

Como se puede observar la prematurez es una condición de salud, la cual puede llegar a interferir en el desarrollo y evolución del neonato; puesto que le priva de varios elementos necesarios para su crecimiento. Es así que, generalmente le impide el primer contacto con la madre; lo cual repercute en la creación del vínculo afectivo-emocional entre ellos. Todo esto debido a que, debe ser trasladado de urgencia a una unidad de atención especializada para su cuidado y preservar su condición de salud estable.

Los partos prematuros son considerados como un problema de salud pública, cuyo nivel de mortalidad infantil es más elevado en casos de prematuros, por lo que se considera la prematurez como un factor de riesgo y mayor probabilidad de aparición de deficiencias, alteraciones y discapacidad, lo cual provoca consecuencias negativas en el desarrollo individual, familiar y social. Generalmente estos infantes presentan bajo peso al nacer, por lo cual, tienen una mayor probabilidad de muerte y es necesaria una intervención y atención temprana para contrarrestar los efectos negativos que se presentan (Montero et al., 2019).

La prematuridad es una condición que se puede dividir en diferentes grados, que se clasifican en relación a las semanas gestacionales, de acuerdo con Matos et al., (2020), los grados de prematuridad son:

- **Extremadamente prematuros:** son aquellos recién nacidos que tienen edad representativa de un promedio de 28 semanas y se encuentran en un porcentaje de 5.2-5.3%.
- **Muy prematuros:** El tiempo representativo en esta fase es de 28-31 semanas, representando el 10,4%.
- **Moderadamente prematuros:** La edad se registra entre 32-36 semanas, representando aproximadamente el 84,3%.

Es así que, se considera a la prematuridad como una condición de salud grave para los recién nacidos, puesto que no tienen la formación física y psicológica adecuada; lo cual dificulta su funcionamiento dentro del entorno. Esta condición generalmente, produce consecuencias negativas en el desarrollo integral de los individuos, puesto que provoca alteraciones, dificultades y discapacidades que impiden un desenvolvimiento correcto en el contexto.

## **2.2 Factores relacionados con el nacimiento prematuro**

Actualmente se presenta una gran cantidad de nacimientos prematuros a nivel mundial, que implican la atención inmediata de salud con la finalidad de abordar todas las demandas que genera esta población. Se conoce que la prematuridad es ocasionada por varias razones asociadas con la madre, así como con el proceso de gestación; por lo tanto, es de gran importancia identificar cuáles

son factores de riesgo que inciden en el parto prematuro y poder prevenirlos o controlarlos, evitando la aparición de consecuencias negativas en el desarrollo integral del individuo (Bigolin et al., 2021).

Es así, que se identifican varios factores de riesgo asociados con el nacimiento prematuro, de acuerdo con Escobar et al., (2017), los principales son:

- Edad de la madre (menores a 18 años y mayores a 35).
- Antecedentes de parto pretérmino.
- Placenta previa.
- Preeclampsia.
- Embarazo gemelar.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Ruptura de Membranas.
- Infecciones del Tracto Urinario.
- Trastornos hipertensivos durante el embarazo.
- Escasos controles prenatales.

Asimismo, Rodríguez et al., (2019), manifiesta que la prematuridad está asociada con diferentes factores de riesgo, que son:

- Antecedentes de parto prematuro.
- Presencia de anemia.
- Tabaquismo en el embarazo
- Presencia de hipertensión arterial.
- Período intergenésico de igual a un año
- Privación de controles prenatales.
- Edad de la madre, menos a 20 años, o a su vez mayor a 35 años.
- Aborto inducido.
- Embarazo gemelar.

Como se puede observar existen problemas de prematuridad, algunos asociados con la condición de salud de la madre y otros asociados al proceso de gestación. Es importante conocer estos factores, para poder prevenirlos o controlarlos con la finalidad de evitar un parto prematuro y la aparición de efectos negativos en el desarrollo del recién nacido.

### **2.3 Condiciones neonatales del prematuro y trastornos relacionados con el vínculo madre-hijo**

Se conoce que la prematuridad es una condición que resulta de varias causas como pueden ser: problemas familiares y personales, así como factores sociales que provocan consecuencias negativas en el desarrollo de los infantes como la mortalidad y la aparición de enfermedades secundarias que interfieren en el desenvolvimiento dentro del entorno. Por esta razón, es concebida como una prioridad de atención dentro del sistema de salud, dentro del cual se ejecutan varias acciones orientadas a mantener con vida al recién nacido prematuro y sobre todo brindarle los recursos necesarios para mejorar su desarrollo en el medio (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

Los recién nacidos prematuros presentan varias complicaciones que no les permiten mantener un desarrollo adecuado-eficaz, y las cuales incrementan el riesgo de mortalidad. Esto se debe a que los bebés prematuros aún no están preparados para afrontar la vida extrauterina; la principal patología afrontada por los niños/as prematuros es la falta de maduración de los pulmones que les impide respirar correctamente, la misma debe ser tratada de forma inmediata para incrementar las expectativas de vida de los niños/as (Ota, 2018). A continuación, se expone una tabla con las patologías más representativas que presentan los recién nacidos prematuros:

*Tabla 1 Patologías de los prematuros*

Respiratorio	Asfixia Enfermedad de membrana hialina Displasia broncopulmonar
Cardiovascular	Persistencia del ductus arterioso
Sistema nervioso central	Hemorragia intraventricular Leucomalacia periventricular

Infecciones intrahospitalarias	Sepsis/meningoencefalitis
Gastrointestinal	Enterocolitis necrotizante
Oftalmológico	Retinopatía de la prematuridad

*Nota:* esta tabla muestra las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros. Tomado de: (Ota, 2018)

Como se puede observar las condiciones neonatales de los recién nacidos prematuros son complejas, ya que presentan varias patologías que impiden un desarrollo adecuado. Es importante considerar que los bebés prematuros no han desarrollado por completo las funciones corporales necesarias para sobrevivir en el exterior; por lo que necesitan de una atención médica inmediata que les ayude a solventar estas necesidades e incrementar sus niveles de vida.

Es importante tener en cuenta que al nacer el niño/a es un ser indefenso que necesita de la cercanía con su madre o cuidador primario; para que logren satisfacer todas sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales y comportamentales. El vínculo generado entre figura materna-hijo durante el nacimiento contribuye a mantener un estado de búsqueda y comunicación para lograr que el infante se desarrolle satisfactoriamente. Esto se produce gracias a que la madre desarrolla habilidades de identificación con el bebé y puede interpretar las señales y gestos del niño/a para atender sus requerimientos (Rendón & Rodríguez, 2016).

La prioridad del bebé prematuro es la supervivencia; por lo cual otros elementos como el vínculo afectivo quedan relegados; todo el personal sanitario y sus padres realizan los esfuerzos necesarios para mejorar su estado de salud. Generalmente es el padre quien visita en primera instancia la unidad médica en donde se encuentra el bebé prematuro; ya que la madre se encuentra en recuperación clínica; por lo cual el vínculo afectivo tarda en establecerse (Martins et al., 2015).

La relación madre-hijo es un vínculo afectivo que abarca factores fisiológicos y psicológicos tanto para la figura materna como para el infante. De esta forma, se conoce que el recién nacido se convierte en una unidad psicosomática con la madre o cuidador primario. Es así que, realizar de forma temprana el apego se convierte en un requisito esencial para el adecuado desarrollo del infante; debido a que estimula y promueve la ejecución de conductas innatas en el recién nacido que son requeridas para la supervivencia del mismo (Andrade et al., 2020).

Es necesario conocer que la díada madre-hijo es un elemento fundamental en la evolución del infante, e incide de forma directa en el esquema psicológico y emocional del recién nacido. Es por esta razón, que la madre debe encontrarse libre de alteraciones psicológicas y emocionales que puedan interferir en el crecimiento fetal y en la evolución postparto. Por lo tanto, se requiere que la madre mantenga un equilibrio adecuado en su salud física y mental para lograr llevar un embarazo y proceso de parto satisfactorio (Roncallo et al., 2015).

Se debe considerar que los recién nacidos son indefensos y vulnerables, por lo cual requieren de la ayuda y atención de un cuidador principal para su desarrollo, por lo que la interrelación figura materna-infante es un elemento fundamental en la supervivencia de esta población. En base al vínculo que se forma se logra el establecimiento de un proceso de apego adecuado que facilita el desenvolvimiento del niño/a dentro de su entorno. Sin embargo, se presentan alteraciones o desórdenes psicológicos que interfieren en el apego entre madre-hijo, ocasionando dificultades en la relación e interacción con las personas del entorno (Palacios, 2016).

De esta forma, se identifican ciertas dificultades relacionadas con el vínculo de los infantes, de acuerdo con el DSM-5 (2014), estas son:

- **Trastorno de vinculación de la infancia reactivo 313.89 (F94.1):** es una alteración del vínculo, puesto que se crea una relación insegura severa que se manifiesta en lactantes e infantes menores de cinco años. Esta forma de apego se presenta de forma continua en las relaciones interpersonales que establece el niño/a con sus cuidadores, lo cual se manifiesta de la siguiente forma: reacciones ambivalentes ante situaciones de separación o reencuentro, retraimiento, actitudes agresivas ante el malestar propio o de otros, temor constante, preocupación e hipervigilancia.

**Tabla 2** Criterios diagnósticos del Trastorno de apego reactivo 313.89 (F94.1)

<p>A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:</p>
--

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.</li> <li>2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.</li> </ol> |
|--|

B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:

1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
2. Afecto positivo limitado.
3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p.ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).

E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.

F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.

G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de apego reactivo se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

*Nota: esta tabla muestra los Criterios diagnósticos del Trastorno de apego reactivo. Tomado de: DSM-5 (2014)*

- **Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido 313.89 (F94.2):** es un modo de comportamiento anormal que se suscita en los primeros cinco años de desarrollo y se mantiene a pesar de los cambios ambientales que se presentan. Algunas de las manifestaciones son: conducta pegajosa en el infante durante los dos primeros años de vida hasta el cuarto, se sustituye esta conducta por un comportamiento cariñoso indiscriminado y búsqueda constante de atención. La mayor parte de estos casos presentan alteraciones emocionales y conductuales que interfieren en su desarrollo.

**Tabla 3** Criterios diagnósticos del Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2)

A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:

1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).

E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de relación social desinhibida se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

*Nota:* esta tabla muestra los *Criterios diagnósticos del Trastorno de relación social desinhibida*. Tomado de: *DSM-5 (2014)*

## CAPÍTULO III

### HOSPITALIZACIÓN EN UCI

UCI corresponde a una de las asistencias médicas más especializadas de un hospital porque es aquella que suministra cuidado y atención a pacientes con pronóstico grave o con riesgos de complicaciones. Entre los tipos de especialidad de UCI existe la unidad de atención a pacientes neonatos, a la cual asisten los bebés que han nacido a pre término, tienen dificultades de salud o han nacido en un parto con complicaciones. Los recién nacidos de esta unidad tienen a su disposición un equipo de médicos especialistas las 24 horas del día y su permanencia dependerá de la evolución en su estado de salud, es primordial brindar importancia en esta etapa ya que en el caso de los prematuros la formación de apego puede tener complicaciones por el estado de salud, hospitalización del infante y el entorno en el que se va desarrollando en sus primeros meses de vida.

#### **3.1. Neonatología: breve historia y situación actual**

En Ecuador los sectores a tomar en consideración se asocian con el ámbito privado y público. El sector público está conformado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Salud Pública (MSP), servicios de salud municipales e instituciones de seguridad social (IESS) (Lucio, et al., 2011).

Conforme a la Constitución de 2008 afirma que el Estado tiene la obligación de garantizar la salud como derecho de todas las personas a un estilo de vida saludable por medio de sus políticas sociales, económicas, educativas, culturales y ambientales. Los principios universales de igualdad, solidaridad, interculturalidad, calidad, prevención y acceso constante y oportuno a la atención de la salud y la hospitalización guían la prestación de los servicios de salud. Alrededor del 51% de los ecuatorianos están cubiertos por el MSP, el cual ofrece la gama de servicios más amplia del país (Lucio, 2010).

Uno de los principales servicios y de mayor demanda en la población es el de hospitalización. Para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, esta unidad está

diseñada para ofrecer atención básica y especializada en un ambiente hospitalario acogedor. El tratamiento, diagnóstico y recuperación de la salud de los pacientes hospitalizados son los objetivos de la asistencia médica y de enfermería que se ofrecen en estas salas.

Los servicios que presta el área hospitalaria para diferentes servicios dentro del hospital son:

- Servicio UCI (Cuidados Intensivos).
- Servicio Quirúrgico.
- Servicio Gineco-Obstetricia.
- Servicio de Medicina Interna.
- Servicio de Pediatría.
- Servicio de Neonatología.

Alrededor de uno de cada cuatro infantes o adolescentes ha experimentado una hospitalización, y de ellos, del 10% al 37% han desarrollado significativos trastornos psicológicos como resultado de dicha experiencia. Los primeros estudios sobre la hospitalización pediátrica siguieron la descripción de Sir James Spencer de la inadecuación de muchas salas pediátricas en 1947 donde la separación con la figura materna durante un período prolongado crea un desequilibrio en la adecuada formación de vínculos afectivos con cuidadores primarios. En 1952, Bowlby mostró cómo los niños que tenían experiencias traumáticas de hospitalización tenían cambios psicológicos a largo plazo. De esta manera, fue posible enfatizar el valor de la presencia de la madre y el estrés que conlleva la separación, que afectó directamente el apego de los menores durante su hospitalización y reveló efectos en su desarrollo emocional (Garca y De la Barra). La neonatología se desarrolló como resultado de la situación, creando una rama que se enfoca en la población neonatal.

La neonatología es considerada como una disciplina que está dirigida a la atención de los infantes, es decir, está orientada a diagnosticar y tratar diferentes patologías de esta población, ejecutando todas las técnicas y métodos necesarios para promover un desarrollo adecuado dentro del entorno. Esta doctrina apunta al cuidado integral de neonatos con el propósito de identificar

complicaciones futuras y establecer un tratamiento efectivo para las mismas, razón por la cual se la considera un área importante de la medicina (Saturno et al., 2019).

El período neonatal es crucial para la salud a largo plazo, y sus condiciones son causa de pérdida de años de vida en la población infantil. El nacimiento prematuro está relacionado con la morbilidad infantil y está implicado en la patogenia de las enfermedades no transmisibles en adultos. El área de la neonatología permite el cuidado de este tipo de niños en entornos de altos recursos, uno de cada diez bebés ingresa en una unidad neonatal, una proporción que va en aumento. Desafortunadamente, hay escasez de evidencia de alta calidad para guiar gran parte de la práctica neonatal, lo que genera variaciones en la atención clínica y los resultados (Harrison et al., 2020).

La neonatología corresponde a una especialidad que presenta una evolución constante por lo que cada uno de los especialistas deben estar actualizados. La neonatología moderna es un esfuerzo de equipo, el cual se encuentra conformado por el médico tratante quien es el líder del equipo y, como tal, tradicionalmente ha sido responsable de los actos de otros miembros del equipo. Esto puede incluir situaciones en las que el médico no ha tenido contacto directo con el paciente que presenta la demanda (Fanaroff, 2017).

La neonatología presenta diversas etapas dentro de su historia, es decir, que ha evolucionado a través de diferentes fases, de acuerdo con Velázquez et al., (2019), las principales etapas de evolución de la neonatología, son:

- **Etapa I:** esta etapa abarca desde 1970 hasta 1979, dentro de la misma se inicia con la atención médica a los neonatos y la creación de la primera UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) en donde se inició aplicando tratamientos como fototerapia y alimentación parenteral. En 1973 se inició con la residencia en el área de neonatología; lo cual posibilitó la formación de los primeros especialistas en neonatología.
- **Etapa II:** esta fase aborda desde el año 1980 hasta 1989, dentro de este período se aborda la atención médica al neonato en la etapa de cirugía; además se creó la unidad de terapia intensiva neonatal con equipos adecuados para la atención médica del neonato. De esta forma, se obtuvieron profesionales especializados en atención neonatal quirúrgica,

proporcionando un servicio de salud óptimo. La etapa se caracterizó por la detección temprana de malformaciones congénitas y la disminución de mortalidad de esta población.

- **Etapa III:** aborda el período de 1990 a 1999, dentro de la cual se establecen estrategias nuevas de atención médica, favoreciendo la evolución de salud y el adecuado desarrollo del recién nacido, lo cual reduce tasas de morbilidad y mortalidad.
- **Etapa IV:** va del año 2000 al año 2015, dentro de esta etapa se produce una innovación en tratamientos y equipos médicos. Además, se incrementa la investigación científica y se mejora la asistencia médica a los neonatos posibilitando un mayor tiempo de vida para esta población.

El término de Neonatología aparece en 1960, donde muchos de los pediatras lo han aplicado. En la siguiente tabla, se resume los hechos trascendentales en la historia de la neonatología:

**Tabla 4** Historia de la Neonatología

<b>Año</b>	<b>Descripción</b>
1892	Pierre Budin habla acerca de problemas por el recién nacido de parte prematuro y diferenció a los lactantes.
1923	Los problemas de salud presentados por cada uno de los neonatos eran atendidos por el obstetra, dejando a un lado a los pediatras.
1939	Se tomó en consideración aspectos principales de los recién nacidos, tales como: peso, alimentación y uso de incubadoras en Francia, Alemania e Inglaterra.
1940	Surgen libros orientados al cuidado neonatal, especialmente enfocados en el bebé prematuro.
1960	Alexander Schaffer acuñó el término de neonatología, además, se distinguió a los neonatos en prematuros y a término, donde los niños de peso menor a 2500 gramos eran prematuros.

1970	Cambios en la atención clínica, donde se realizaba análisis de sangre para el manejo de la atención clínica, como electrolitos séricos, gases en sangre, bilirrubina y pruebas de función hepática.
1983	El recién nacido prematuro enfermo se consideró como paciente a quien cuidar y ya no como objeto de compadecer.
1980	Introducción de la oximetría.
1985	La OMS detalla recomendaciones para el nacimiento.
1987	Difusión patología y fisiología del neonato, por medio de estudios en Berlín.
1989	Asamblea y convención de los derechos del niño.
1999	Humanización de los cuidados en UCIN.

*Nota:* la tabla evidencia algunos aspectos que tuvieron importancia para el desarrollo de la neonatología. Adaptado de: Alistair (2018).

En la actualidad, la neonatología se basa en la tecnología y cada una de las técnicas y terapias encontradas para la mejora de la supervivencia del neonato. Además de tomar en consideración aspectos nutricionales con el fin de que el prematuro pueda sobrevivir y desarrollarse sin ninguna consecuencia a futuro. Se enfrenta a una serie de casos clínicos donde se toman una serie de decisiones a fin de delimitar el oportuno tratamiento. En la etapa prenatal se diagnostican fallas cromosómicas o malformaciones, con la finalidad de reducir índices de mortalidad (Cuastumal et al., 2022).

De acuerdo a la OPS (Organización Panamericana de la Salud) el recién nacido cuenta con alta relevancia en toda la sociedad. De esta manera se ha evidenciado una serie de desafíos en el período neonatal, mismos que se detallan a continuación (OPS, 2021):

- La mortalidad neonatal de causa prevenible como:
  - Complicaciones debido al parto prematuro.
  - Muertes relacionadas con el parto (asfixia perinatal).
  - Infecciones neonatales.
- Condiciones de salud que interfieren con el capital humano y social en todo el transcurso de vida.

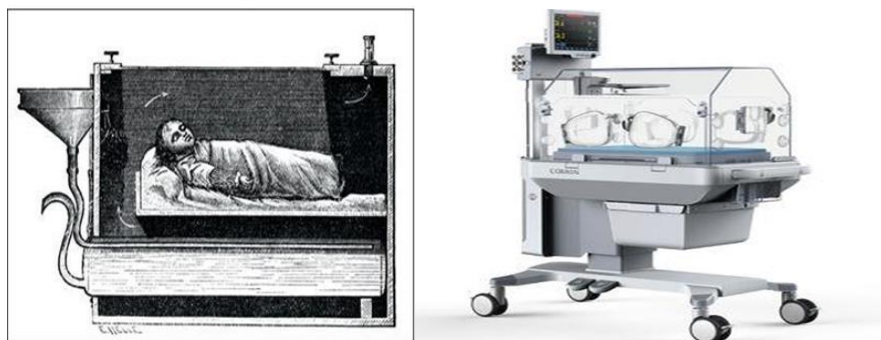
- Desigualdad en la existencia de mecanismos eficaces, accesibles, incluyentes y transparentes de cobertura de salud.

De esta manera se han creado tanto estrategias como planes de acción enfocados en el recién nacido, siendo el principal el denominado “Todos los Recién Nacidos”. El cual está encaminado en mejorar la salud infantil y prevención de muertes fetales hasta el año 2035. Se basa en los siguientes objetivos (OPS, 2021):

- Fortalecer la atención en el parto, nacimiento, y primeras semanas de vida.
- Atención neonatal y maternal de óptima calidad.
- Disminuir las desigualdades, debido a la falta de cobertura equitativa de las intervenciones de salud especialmente en grupos excluidos, vulnerables y pobres de la población.
- Aprovechar la influencia de la familia.
- Contabilizar a cada uno de los recién nacidos.

De igual manera, los avances tecnológicos son de gran beneficio en la actualidad, debido a que se cuenta con incubadoras que presentan tanto sensores como electrodos con cables que llevan señales del recién nacido al sistema, incrementando la probabilidad de vida neonatal (Domínguez y Cervera, 2021).

**Figura 1** Avance de tecnología en las Incubadoras



*Nota:* la figura evidencia la incubadora Tarnier vs una incubadora actual. La primera presentaba una temperatura constante, mientras que, la segunda cuenta con cada uno de los parámetros para que el bebé pueda sobrevivir. Adaptado de Álvarez (2016).

Las Unidades Neonatales tienen como función la atención integral y humanizada del recién nacido (RN) grave o potencialmente grave y tienen como finalidad priorizar las acciones encaminadas a la reducción de la morbilidad perinatal y neonatal. Buscan salvaguardar el acceso a los diferentes niveles de atención neonatal, así como la inclusión de la formación y calificación de personal médico para el cuidado del RN. El cuidado debe ser integral al RN grave o potencialmente grave y debe estar articulado a una línea de cuidado progresivo. Cada año en el mundo, de los 30 millones de bebés prematuros o nacidos con bajo peso (BPN), alrededor de 2,5 millones mueren antes de cumplir los 28 años por causas prevenibles y 1 millón sobrevive con algún tipo de secuela, incluyendo parálisis cerebral y problemas cognitivos (Liz et al., 2021).

### **3.2. Humanización de UCI Neonatal**

La tendencia de humanización que hemos vivido en las UCI de todo el mundo en los últimos años no es accidental ni epidémica, es inevitable. El mundo actual, caracterizado por un progreso tecnológico sin precedentes, es también un mundo de desigualdad y discriminación, y prevalece la despersonalización de las relaciones humanas. El ambiente hospitalario se considera emocionalmente exigente, y las personas viven cada día con dolor, miseria, angustia, depresión, soledad, desesperación y, en ocasiones, la muerte.

El ser humano experimenta dolor, sufrimiento y muerte al menos en una ocasión a lo largo de su vida. Debido a que están constantemente amenazados por una variedad de factores, que incluyen enfermedades, marginación, dolor, abandono, vejez y enfermedades en particular, los profesionales de la salud con los que trabajan deben estar informados y preparados para brindar más que solo atención médica.

Con el fin de brindar una atención al paciente que se realice en el contexto de la ética y los valores de tal manera que se procure atender al paciente y satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales, aliviando su dolor y evitando la asfixia, la humanización enfatiza el enfoque integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual (Correa Zambrano, 2015)

Los pacientes en UCI requieren atención especializada, pero también es claro que carecen de una atención integral, que incluya a la familia para reducir las tensiones y el malestar emocional que producen estos ambientes. La UCI está estigmatizada culturalmente como un lugar donde pacientes y familiares sufren estrés por un alto índice de mortalidad (Scott, et al., 2019). La integridad en la acción, un comportamiento cálido y empático que inspira confianza, responsabilidad, confidencialidad y respeto por la persona, está entre los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para brindar un cuidado humano.

Jean Watson, autora de la Teoría Del Cuidado Humano, afirma que la atención eficaz se puede practicar y demostrar a través de relaciones con los demás que incluyen la empatía, escucha activa y satisfacción de las necesidades humanas. Según Watson, para brindar un cuidado humano eficaz es necesario construir una cultura de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, una relación de ayuda, confianza, valores humanos, creencias y esperanza, para que todos estos elementos en conjunto sirvan para la toma de decisiones y resolución de dilemas para contribuir de mejor manera al bienestar del paciente.

La humanización hoy en día se enfoca por lo tanto de manera directa en el ser humano y todo lo que se relaciona con él, incluyendo el cuidado. De esta manera es muy importante que cada profesional sanitario cuente con una atención personalizada, en donde se relacionen los conocimientos de la ciencia con los valores humanos. La atención humanizada permite obtener altos índices de satisfacción donde se cumplen con cada una de sus demandas asistenciales (Mori y Pezo, 2018).

*Figura 2 Desarrollo de la humanización en la atención médica*

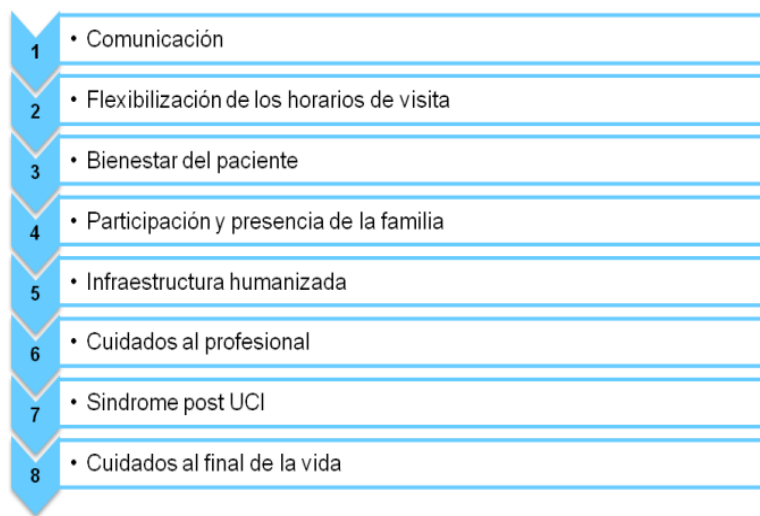


*Nota:* Adaptado de Busch et al., (2019).

Un conjunto de principios rectores llamado "humanización en la atención de la salud" tiene en cuenta a todas las partes interesadas durante todo el proceso de atención, incluidos pacientes, sus cuidadores, profesionales de la salud, encargados de formular políticas y sus interacciones. Al enfatizar los aspectos relacionales, organizativos y estructurales de la atención de la salud, que incluyen todas las tareas y procedimientos médicos, pretende humanizar el sistema de salud en su conjunto. Compartir información, honrar las diferencias, trabajar juntos, negociar y mostrar preocupación por la familia y la comunidad constituyen los principios rectores (Rojas, 2019).

De esta manera, en el área de pediatría las políticas de humanización se enfocan directamente en cada uno de los principios del niño, donde muchas de las veces se considera que es un parámetro que no puede pasarse por alto (Trípodí et al., 2017). Para la humanización en UCI se debe considerar los siguientes componentes, considerados como fundamentales, especialmente en el área de neonatología:

**Figura 3 Componentes fundamentales en la UCI de Neonatología**



*Nota:* Los componentes fundamentales en las UCI son ocho, presentando mayor importancia los enfocados en el bienestar del paciente para favorecer su desarrollo. Adaptado de García (2019).

Se entiende por “humanización de la atención” al proceso en el que el paciente es colocado en el centro de la atención, con la plena toma de posesión de esta persona, respecto de sus sentimientos, saberes y creencias sobre su salud. En realidad, el paciente objeto de cuidado se convierte en sujeto que participa y comparte el programa terapéutico. En pediatría, la humanización del cuidado tiene como finalidad brindar un servicio enfocado no sólo al niño como paciente sino a toda la familia, la cual está involucrada en las fases de recepción hospitalaria, diagnóstico y tratamiento, procesos físicos y psicosociales. El conocimiento en este campo está en constante evolución (Trípodi et al., 2017).

La UCIN tiene como característica principal ser un ambiente terapéutico apropiado para el tratamiento de neonatos gravemente enfermos, que cuenta con tecnología de punta y equipamiento diversificado, además de profesionales altamente capacitados y protocolos específicos para la atención. Es notorio que la hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos neonatales y los diversos tratamientos que se realizan en el cuidado del infante lo exponen a muchos riesgos de lesiones cutáneas e infecciones, contribuyendo considerablemente para el aumento de la

morbimortalidad de esta población (Matos et al., 2021). Se han observado las siguientes afecciones de los bebés en la UCIN:

- Lesiones por presión.
- Cizallamiento.
- Laceraciones.
- Traumatismos.
- Quemaduras.
- Irritaciones químicas.
- Incontinencia.
- Infecciones por microorganismos.

A pesar de que en la actualidad existen tecnologías y programas que permiten la humanización del cuidado neonatal, se observa la prevalencia de ciertas afecciones en la UCI. La mayoría de veces se debe a que los profesionales no aplican de manera oportuna los procedimientos o a su vez se deben a las bajas defensas que presentan los niños. De igual manera, otro factor influyente en el desarrollo de afecciones corresponde a la asepsia en las UCI, donde se debe evitar totalmente la aparición de microorganismos que promuevan un choque séptico, lo que conlleva a altos índices de mortalidad.

La experiencia de que el recién nacido esté ingresado en la mayor parte de los casos podría llegar a ser altamente traumática para los progenitores, pero especialmente para el infante. Debido a que el ambiente donde empieza a interactuar es extraño, rodeado de máquinas, luces y sonidos constantes, observando constantemente al personal de salud que vigila su evolución las 24 horas del día. Por lo cual, al humanizar las unidades neonatales se intenta justamente reducir los componentes perturbadores para el recién nacido, el objetivo para garantizar su bienestar es alcanzar un ambiente tranquilo y pacífico, donde el ruido y la luz sea escaso, desarrollando planes para el fortalecimiento del desarrollo sensorial y emocional de estos infantes.

Para obtener una óptima humanización de la UCI neonatal existe un factor esencial y es la intervención y cooperación de los padres o cuidador principal en la atención directa del recién

nacido prematuro. En las UCI antiguas las horas de visita eran estrictas, actualmente son de puertas abiertas las 24 horas para los padres sin limitación de horarios, esta interacción trae beneficios a largo plazo con una menor incidencia del desarrollo psicomotor y alteraciones de aprendizaje. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que en Ecuador aún se maneja un horario estricto para el ingreso a UCIN, esta se lleva a cabo cada 3 horas y es la madre quien puede permanecer solamente 1 hora en contacto con el infante. Esta apertura se limita únicamente a la madre, no puede acceder ningún otro familiar; lo cual dificulta en el país un adecuado manejo de humanización de la UCI y la vinculación segura con los padres y familia especialmente en los hospitales públicos.

La presencia inicial y constante de los cuidadores primarios en las unidades neonatales humanizadas permite fortalecer el vínculo con el infante. Es fundamental tomar en cuenta que tras el nacimiento del bebe prematuro y su ingreso en UCIN los padres llegan a experimentar sentimientos de culpa, impotencia, desesperación, ansiedad y vacío, las cuales aumentan con el pasar de las horas y días al tener una posición pasiva con respecto a los cuidados de su bebé recién nacido.

Por este motivo, la humanización en UCIN favorece una adecuada interacción precoz padres-hijo, ya que al participar activamente en los cuidados del infante se crea un apego sano y seguro, perdiendo la angustia y ansiedad constante. Varios estudios aseguran que al ser los padres partícipes de los logros conseguidos por el recién nacido durante su hospitalización se logra observar que el tiempo de ingreso del bebé se acorta considerablemente.

### **3.3. Efecto de la Hospitalización del recién nacido y la Familia**

El Parlamento Europeo, UNICEF, OMS y el Consejo de Europa acordaron en 1986 la Carta Europea sobre: Derechos de los Niños en los Hospitales. Los niños que están hospitalizados tienen derecho a ser acompañados por uno de sus padres u otro familiar siempre que sea posible.

Resolución del Parlamento Europeo (A2-25/86) dictada el 13 de mayo de 1986, Art. 3:

"Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de

este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al menor". (Arizmendi, 2015).

Muchos efectos relacionados a la hospitalización dependen de factores individuales para cada niño. Dentro de los factores personales se debe incluir la edad de lo cual se puede mencionar que el desarrollo psicosocial juega un papel importante. Por ejemplo, de los cuatro meses a los seis años es cuando los niños son más vulnerables emocionalmente, según Lizasoain (2003) Por lo cual se debe tener en cuenta la gravedad de la enfermedad y sus efectos, ya que dependiendo de cuán dolorosa e incapacitante llega a ser, puede tener severas consecuencias tanto para los padres como para el infante hospitalizado.

Cuando un niño experimenta ansiedad o miedo mientras está hospitalizado la presencia de las figuras paternas es crucial. Según (Astudillo et al., 2012), los niños que van acompañados de sus padres experimentan menos llanto y menos estrés a lo largo del proceso de hospitalización. Para la salud del niño, la cercanía física y emocional entre madre e infante es decisiva. Se debe tener en cuenta a la familia mientras los padres y el bebé están separados en la UCIN, brindando atención para cerrar la brecha emocional.

El artículo redactado por Helman (1996) asevera que incluir a los familiares de los infantes ingresados en UCI y UCIN tiene como objetivo apoyar la protección y prevención de la salud materna e infantil. Se puede identificar dos objetivos fundamentales que se logran al implicarse en el cuidado:

1. Garantizar y consolidar que los niños sean tratados como seres humanos que son, humanizando así su cuidado.
2. Brindar un espacio de mejor y mayor información ante el individuo que es "sustraído a la tecnología". Esta separación tiene un efecto muy negativo en los niños gravemente enfermos, lo que sugiere un incremento de problemas a nivel emocional en los bebés hospitalizados.

Además, Ramezani (Ramezani, Hadian Shirazi, Sabet Sarvestani, Moattari, 2014) apoyó que la participación activa de las figuras paternas en el proceso de hospitalización, específicamente en el cuidado del neonato brinda una mejora en la lactancia y el bajo peso del neonato donde el vínculo y acompañamiento genera un avance positivo no solo en la salud del infante sino también fomenta la unión y apego seguro entre el binomio figura paterna-infante; de igual manera reduce reingresos hospitalarios y promueve las altas precoces.

*Tabla 5 Relación efecto en niños y presencia parental*

<b>Efecto hospitalización en el niño</b>	<b>Presencia de los padres</b>
Ansiedad	Disminuye llanto y estrés
Desvinculación	Prevención salud materno-infantil y mejora del vínculo
Dolor	Mayor control del dolor y reducción analgesia

Fuente: elaboración propia.

El ingreso de un infante en UCIN conlleva una situación difícil para todos los miembros de la familia. Shaw (Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM., 2013) demostró que existe una presencia depresiva, de ansiedad, estrés y trastornos del sueño en los padres de neonatos ingresados por su estado de salud crítico en la UCIN. En el transcurso de la hospitalización del infante, especialmente las primeras semanas los padres están ansiosos y llenos de incertidumbre por el progreso de salud del bebe, produciendo especialmente un efecto emocional de shock ante tal acontecimiento. Cuando un neonato comienza la hospitalización, el estrés de los padres y familia se entiende como un fenómeno adaptativo natural y normal, no obstante, el estrés a largo plazo presente luego de la alta médica puede llegar a transformarse en patológica. Se define al estrés postraumático como un trastorno que se manifiesta cuando un individuo experimenta o presencia un acontecimiento amenazante para su vida y reacciona con miedo.

Por tanto, el hospital es un escenario disociativo que impide la intimidad y comunicación entre padres e hijos. Según varias investigaciones, los padres en la UCIN expresan con mayor frecuencia las siguientes necesidades: comunicación e información constante sobre el diagnóstico del neonato, apoyo y fortalecimiento del vínculo de apego con el bebé. Dado que quieren saber

cómo progresa la enfermedad, el tratamiento o los procedimientos de su hijo, los padres necesitan compasión y una comunicación abierta con el personal médico. A veces tener una comunicación efectiva entre los dos puede ayudarlos a sentirse menos estresados (Aliabadi, et al., 2014).

La privación de ciclos biológicos normales, la ausencia de protección materna y ser sometido a estímulos ambientales perturbadores, provocan un abatimiento en la autoestima de los progenitores, donde sienten culpa, fracaso e impotencia especialmente la madre, creando un periodo de duelo ya que por las circunstancias “no es el niño idealizado”. Desde el primer momento que el neonato es hospitalizado debido a su prematurez o porque presenta otras patologías se promueve el desarrollo de una angustia o estrés psíquico muy importante en la familia, alterando o influyendo el comienzo del vínculo padre-hijo, afectando de igual manera el desarrollo psicomotor. Tanto en los padres como las madres de familia se observan altos índices de estrés y ansiedad. Es así que, es indispensable que se enfoque ciertas intervenciones centradas en la familia para mejorar dichas patologías (Olza et al., 2014).

Es importante señalar que el desarrollo de un recién nacido está muy influenciado por la capacidad de adaptación de los padres a la situación y la calidad de sus interacciones tempranas. También se ha demostrado que la gravedad del impacto de la hospitalización en la familia tiene un efecto en su capacidad para lidiar con el estrés del pasado y su potencial para lograr una estabilidad futura. Es fundamental tener en cuenta las preocupaciones y expectativas de las figuras paternas con respecto al cuidado del niño y la situación familiar para desarrollar un trabajo colaborativo entre padres y equipo de salud, quienes brindarán las tareas necesarias para el cuidado del neonato. Por esta razón, es importante enfatizar el valor de una relación de trabajo positiva entre los padres del bebé y el personal médico.

La aparición de nuevas investigaciones y de organizaciones de apoyo ha dado paso a la implementación de actividades que permitan un óptimo desarrollo de la relación vincular sana desde UCI. Un claro ejemplo es el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, el cual posee un programa sobre Psiquiatría Infantil-Neonatología, este incorpora:

1. Los principios del modelo CCD (Cuidados Centrados en el Desarrollo), se basan en prevención de la salud mental perinatal y comprende lo siguiente:
  1. Intervenciones dirigidas al macroambiente: (sonidos, luces, etc.) Su finalidad es evitar y reducir la sobre estimulación del SNC del recién nacido inmaduro.
  2. Intervenciones para mejorar el micro ambiente: (protocolos de manipulación mínima, escalas de dolor, etc.) Se implementan protocolos de neuroprotección claves para el cuidado de un cerebro que atraviesa un periodo crítico de su desarrollo.
  3. Intervención en el núcleo familiar: educar y guiar a las figuras paternas sobre el papel de cuidador primario del infante. Para ello se requiere un trabajo en conjunto desde los profesionales de UCIN.
  
2. Intervención-detección clínica psiquiatría del recién nacido, tiene como finalidad:
  - a. Detectar tempranamente cuadros psicopatológicos paternales o reactivos ante la hospitalización.
  - b. Intervenir en base al modelo de intervención en crisis.
  - c. Ofrecer apoyo psicoeducativo a familiares.
  
3. Comunicación y coordinación con los profesionales de salud: dado que son los profesionales los que sostienen vínculos con los neonatos que cuidan, acarrear una gran presión ya que a menudo pueden tener que afrontar duelos. Es por ello que el psiquiatra desenvuelve un papel crucial como traductor de información a las familias que atraviesan altos niveles de ansiedad.
  
4. Docencia e investigación pre y posgrado, interviniendo en dos importantes objetivos:
  - a. Crear y disponer de un personal de salud conformado por psiquiatras infantiles, neonatólogos, matronas y enfermeras; sobre neurobiología del apego.
  - b. Programa caracterizado en el seguimiento hacia los neonatos en situación, enfocado en madres que consumen fármacos.

El avance de la tecnología y medicina relacionada a neonatos brinda la posibilidad de detectar muchos trastornos tratables con una sola evaluación, que requiere solo una pequeña muestra de sangre del neonato y ácidos grasos. Hasta la fecha, algunos países como Estados Unidos, Canadá y España han comenzado a facilitar el tamizaje neonatal usando espectrometría de masas en tándem, un nuevo método clínico que procura minimizar los procesos invasivos para el recién nacido hospitalizado y así otorgar a los padres una disminución de emociones negativas ante dicha experiencia traumática, que puede estar relacionada a situaciones de fallecimiento, ruptura o desconocimiento de roles y sobre todo falta de información del progreso de salud del infante.

Las familias, muchas de las veces, no pueden visitar debido a las restricciones de las instituciones de salud, perdiendo de esta manera una adecuada interacción con el neonato. El apoyo entre personas de salud y la familia en la UCIN es importante. Se ha revelado que los grupos de apoyo ayudan a las figuras paternas a normalizar sus experiencias, a resolver problemas de culpa y mecanismos de afrontamiento y a adaptarse a la vida en la UCIN. Se ha demostrado que la mejora de la comunicación, la educación y participación activa de la familia en el cuidado infantil mejora el bienestar de los padres y los resultados de salud neonatal.

Una alternativa para la mejora de este tipo de problemas es la introducción de cámaras web en la UCIN, haciendo posible que los padres vean a sus bebés enfermos o prematuros cuando no pueden estar cerca de ellos debido a los ingresos hospitalarios prolongados. Sin embargo, existe una escasez de investigación sobre el impacto de esta tecnología en el bienestar de las familias (Gibbson y Kilcullen, 2020).

## CAPÍTULO IV

### MÉTODO MADRE CANGURO (MMC)

Varias investigaciones a nivel mundial han mostrado que el contacto piel con piel entre el recién nacido-madre pueden establecer patrones de conducta y psicológicos que perduraran toda la vida, siendo extremadamente difíciles de cambiar en un futuro. El método madre canguro (MMC) es el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer; siendo lo más temprano, continuo y prolongado posible para que la madre y el recién nacido se beneficien de múltiples ventajas entre otras; facilitar y mejorar el vínculo materno-filial (apego), el cual se ve afectado cuando el neonato permanece en UCIN.

#### 4.1 Aplicación del MMC

El método canguro es definido como el cuidado de los bebés prematuros llevados piel con piel con la madre. Presenta altos índices de seguridad y fácil uso debido a que incentiva el bienestar y la salud de los bebés. Existe una relación directa entre el niño y la madre, potenciando siempre la lactancia materna de manera exclusiva y por ende un alta hospitalaria temprana (Cañadas et al., 2022).

El programa representa una gran ayuda para la adaptación del recién nacido prematuro al ambiente fuera del útero materno, a través de una orientación que promueve un espacio cálido que favorecen tanto el crecimiento como el desarrollo. Oferta una serie de beneficios, pero sobre todo afianza el rol con el que cuentan los padres (Herrera y Llor, 2018).

El precursor del "Programa Madre Canguro" es el Dr. Edgar Rey quien dio inicio en 1978 en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá. Esta se consolidó por más de una década con la ayuda de los pediatras del IMI, Héctor Martínez y Luis Navarrete. La evaluación científica del IMI Kangaroo Program fue iniciada en 1989 por un grupo de investigadores que más tarde (1994) fundaron la Kangaroo Foundation, una ONG que dedica sus esfuerzos a la evaluación, avance y difusión global del KMM. (Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, 2005 - 2007)

El nombre Programa Madre Canguro tiene las siguientes connotaciones:

- Programa porque es un conjunto de medidas destinadas a reducir la tasa de mortalidad infantil prematura y suplir la carencia de incubadoras.
- Madre hace referencia la solicitud que la progenitora participe activamente en el cuidado del neonato prematuro.
- El término "canguro" se refiere al hecho de que la madre, como proveedora de la llamada posición, carga continuamente al bebé prematuro y provoca la maduración fuera del útero como ocurre en los mamíferos no placentarios.

Este método resulta ser una herramienta de gran utilidad y funciona como vía alterna para el cuidado del bebé prematuro o con bajo peso al nacer. El MMC es una opción eficiente para el personal de salud que debe afrontar el reto que representa el tiempo requerido y dedicación que implican otros procedimientos. Se mejoraría el pronóstico, se reducirían las secuelas de la prematuridad y se potenciaría su desarrollo físico y emocional si se aplicara correctamente. Los criterios de admisión para unidades MMC incluyen lo siguiente; lactantes con bajo peso inferior a 2500 g, menores de 37 semanas de edad gestacional, lactantes oxígeno dependientes con saturación de oxígeno >90% o aquellos que reciben cánulas nasales (Guo, 2022).

*Tabla 6* Objetivos del MMC para una adecuada implementación.

<b>Brindar una alternativa para el cuidado del Recién Nacido estable de bajo peso al nacer una vez que se ha adaptado a la vida extrauterina</b>
Iniciar el método en el área intrahospitalaria y dar seguimiento en el hogar.
Favorecer el vínculo madre-hijo.
Favorecer la producción de leche materna.
Favorecer la lactancia materna exclusiva.
Favorecer el desarrollo neuro-motor del recién nacido.
Disminuir el nivel de ansiedad de los padres.
Involucrar a los padres en el cuidado y desarrollo de su hijo.
Humanizar el trabajo en unidades de cuidados intensivos.

(OMS, 2004)

El método Madre Canguro tiene dos fases; intrahospitalaria y ambulatoria (Montesdeoca, 2015):

- **Fase Intrahospitalaria**

Esta fase inicia desde el momento en que está hospitalizado el recién nacido, primeramente, el infante debe estar estable en su salud y la familia aprobar su implementación. El plan, con sus respectivos objetivos, debe ser claros ya que debe incluir un correcto entrenamiento en los cuidados y asegurarse de la colocación en la posición canguro. Este método está elaborado para realizarse en varios encuentros, con una variación gradual de temas sobre el adecuado manejo del método a implementarse, debido a que los padres deberán y podrán asumir este cuidado con total confianza una vez que el recién nacido reciba el alta hospitalaria.

- **Fase Ambulatoria**

Esta fase da inicio cuando el neonato tiene una óptima succión del seno materno y los padres un correcto manejo del método implementado para el cuidado y bienestar del infante, por lo cual se le da al recién nacido el alta médica. A lo largo de esta fase los padres tienen la obligación de asistir a consultas periódicas de manera colectiva para supervisar el desarrollo del recién nacido en términos neurológicos y ganancia de peso, evaluaciones oftalmológicas y optométricas cuando fuese posible.

De acuerdo a la disponibilidad de recursos de atención en salud, se puede dar referencia que existen 3 formas de aplicación del MMC (Método Madre Canguro) (Charpak, 2009):

- Funciona como precursor de ganancia de peso, ya que da paso a una mejor utilización de los recursos técnicos y humanos fomentando la relación entre el bebé y su madre.
- Empleado en lugares que no cuentan con los recursos médicos: De esta manera la madre brinda calor y alimentación, se utiliza de urgencia antes de trasladar al niño a un hospital.
- MMC en las UCIN: ya que únicamente pueden aplicarse de manera intrahospitalaria.

El MMC para su adecuada implementación requiere de la intervención de las autoridades sanitarias, autoridades políticas y además protocolos a nivel nacional. Las campañas deben basarse en esquemas que respalden la atención de los niños prematuros, tomando en cuenta un estricto cumplimiento y criterios de evaluación con la participación de los padres, es decir, que la vigilancia debe realizarse de manera continua, evaluando el progreso del niño de acuerdo con el modelo del MMC. (Cornejo Swett y Cuadra García, 2011)

Dado que las investigaciones han demostrado que los bebés prematuros reciben tratamientos más efectivos en entornos que respaldan las intervenciones médicas fundamentales necesarias, estas medidas son esenciales para el desarrollo emocional, físico y cognitivo de los bebés prematuros.

Pero es importante tener en cuenta cuáles son los materiales y suministros que necesitan las madres, tal y como afirma la Organización Mundial de la Salud en su guía práctica del método madre canguro. (Organización Mundial de la Salud, 2014):

- Habitaciones con dos o cuatro camas donde haya otras madres para que puedan brindar
- apoyo, compartir historias y formar amistades (durante las visitas, el descanso no debe ser
- interrumpido ni molestado).
- Las instalaciones deben incluir camas, sillas y cojines adecuados para apoyar la postura
- del paciente.
- Las cortinas son necesarias para mantener la privacidad entre las distintas camas.
- De 22 a 24°C es o tendría que ser la temperatura ideal para los neonatos.
- Acceso gratuito a agua corriente, jabones, toallas y baño con mayor confort de limpieza.
- Durante su estadía en el hospital, obtenga un plan nutricional.
- Si es necesario prolongar la estadía del bebé en el hospital, cree actividades de ocio para
- que las madres participen durante ese tiempo.

Una vez que la madre logra realizar el manejo adecuado para el programa madre canguro, se realiza el contacto de la piel de la madre con la del hijo, consiguiendo suplir las necesidades de calor y protección de los recién nacidos para evitar algún tipo de infección, así como brindando

estimulación, amor y seguridad que promuevan el bienestar de los prematuros, siendo incluso un método óptimo para el reemplazo de la incubadora.

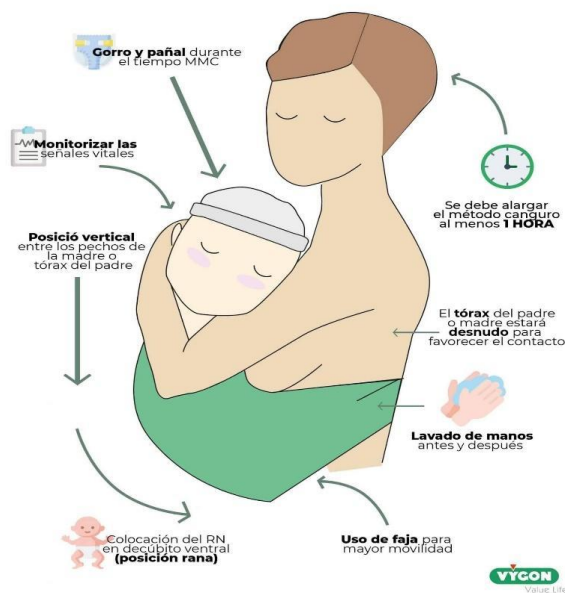
La Posición Canguro es recomendable iniciarla desde el nacimiento hasta que el recién nacido es dado de alta para la etapa ambulatoria y pueda ir a su domicilio. Para la primera sesión es necesario una atención total, por cuanto, se debe tener en cuenta la salud de cada neonato y su madre e iniciar el MMC en el momento preciso. La figura materna o la persona designada para practicar la posición canguro deben manifestar de manera explícita su interés de ser parte, una vez que se hayan solventado todas las dudas.

El MMC establece protocolos para el manejo adecuado de la ubicación y posturas del neonato prematuro, por lo que es recomendado tomar en cuenta los siguientes pasos para asegurar una práctica adecuada:

- Coloque al bebé en posición vertical entre los senos de la madre.
- Con la faja, sostén al recién nacido.
- La cabeza estará ligeramente extendida e inclinada hacia un lado.
- La faja terminará justo debajo de la oreja del bebé. El bebé y la madre pueden hacer
- contacto visual mientras las vías respiratorias se mantienen ligeramente abiertas.
- Evite que su cabeza se incline hacia adelante o se hiperextienda.
- En una postura de rana, las caderas deben estar flexionadas, las piernas deben estar
- extendidas y los brazos también deben estar flexionados.
- La tela debe estar tan apretada que el bebé no se caiga cuando la madre se ponga de pie.
- El pecho del bebé debe estar cubierto con la parte más apretada de la tela.

Figura 4 Aplicación del método madre canguro y sus cuidados

## Recomendaciones para realizar el MÉTODO CANGURO



Nota. Adaptado de Universidad de Cuenca (2022) - Adaptado de Cruz (2021).

El personal médico siempre instruirá al cuidador principal sobre cómo colocar al recién nacido en el cinturón de sujeción y cómo quitárselo correctamente. La madre y/o el padre eventualmente podrán acostumbrarse a él a través de la práctica constante. Todo este proceso es una rutina diaria, y te ayudará a perder la técnica y la preocupación de que puedas dañar la piel del bebé. Además, podrá identificar cualquier complicación de la lactancia y guiar al bebé a su debido tiempo.

Con base en la teoría presentada, es necesario tener un cinturón de soporte (soporte de tela elástica) y el recién nacido debe usar solo un pañal para cumplir con los objetivos del programa. También es necesario monitorear la temperatura donde se encuentra el bebé a través de controles, y el monitoreo de oxígeno y los descansos de apnea a través de esta técnica de contacto piel con piel son beneficiosos para el desarrollo y bienestar del prematuro. Todas estas técnicas se utilizan junto con la atención hospitalaria, lo que reduce los gastos hospitalarios al reducir la tasa de mortalidad de los bebés prematuros (UNICEF, 2022).

#### **4.2. El vínculo en prematuros e identificación con su cuidador primario**

El vínculo afectivo, es “una relación única, tangible y duradera entre dos personas”, siendo de esta manera la base de la unión padre-hijo (Klauss y Kennell, 1978, pág. 16). Este no es un fenómeno preformado, sino un proceso que los niños y sus padres desarrollan con el tiempo.

El cuidado de un bebé prematuro en muchas de las ocasiones resulta ser un reto con altos índices de estrés para los padres. No obstante, son indispensables para el desarrollo saludable de los infantes, siendo claves para lograr una crianza exitosa y promover el bienestar general de la familia, así como el desarrollo psicosocial y físico de los neonatos. Apoyar a los progenitores especialmente en la primera infancia del bebe se refleja en una variedad de programas de educación maternal-paternal desarrollados a lo largo de los años. Existe evidencia de buena calidad para demostrar la efectividad de las intervenciones tempranas para facilitar la crianza efectiva, por lo cual se promueve la salud y la evolución psicosocial de los infantes (Puthussery et al., 2018).

De igual manera, el vínculo afectivo naciente entre figuras paternas-infantes es la base para que el neonato tenga una evolución positiva en generar vínculos con la sociedad, asegurando siempre la salud física y mental, incluyendo el bienestar hasta una edad adulta. A medida que los padres se relacionan con los bebés la disposición bioconductual permite una organización de sistemas fisiológicos, quiere decir, como responden al estrés y orientación social del mismo (Scatliffe et al., 2019).

El proceso de generar un vínculo entre los padres y recién nacidos es de vital importancia debido a que generan una base emocional en torno a la seguridad y a la estabilidad. De esta manera por medio de este vínculo se apoya tanto a los cuidadores como a los infantes. A la madre debido a que se apropia de su papel materno por medio del desarrollo de tareas de cuidado y la interacción constante con su bebé, de igual manera aunque al padre muchas veces en la sociedad se lo relaciona como una figura de apego secundario, es esencial en el cuidando del bebé y al crear un vínculo lo apodera de su papel paterno al desarrollar habilidades emocionales, aportando comprensión, valores familiares, disciplina y autoridad en su hogar al brindar protección y sostén económico a sus seres queridos. (González et al., 2017).

Se conoce que existen 3 perspectivas teóricas fundamentales que aportan a la teoría del apego: el psicoanálisis, la etiología y la teoría del aprendizaje. “La primera postula que las conexiones o vínculos se basan en impulsos instintivos y relaciones objetivas. Desde el punto de vista etiológico, se trata de conductas específicas como estar presente con frecuencia, abrazar a una persona en caso de miedo, llanto y otras conductas similares que favorecen la cercanía entre los individuos. Los teóricos del aprendizaje plantean que el apego se debe a impulsos secundarios que motivan a la madre a satisfacer las necesidades del recién nacido y que esto hace que el niño asocie la satisfacción de sus necesidades con las de la madre”. (Sharon, et al., págs. 615-617)

El vínculo afectivo se produce a través de mecanismos desarrollados tanto por los padres como por los recién nacidos, estos mecanismos son:

- **Contacto Visual:**

Momentos luego del nacimiento, los neonatos instintivamente buscan o prestan mayor atención a los rostros humanos que tiene en su entorno. Llamar la atención de un recién nacido y captar su mirada fijamente puede establecer rápidamente un fuerte vínculo. Se conoce que la mirada vale más que las palabras, por lo que las figuras paternas llegan a observar durante horas al recién nacido, embelesados de su rostro, el método canguro favorece en esta instancia, ya que, a pesar que no existió este contacto visual en un inicio, al permanecer el neonato en el pecho de la figura materna, será inevitable y por lo tanto constante el cruce de miradas, lo cual ayuda a que el infante vaya reconociendo y familiarizándose con su cuidador primario.

- **Tacto:**

El método canguro facilita y ayuda un manejo adecuado y óptimo para el contacto piel a piel existente en esta etapa, ayudando a que el recién nacido se acostumbre y familiarice al tacto. Este procedimiento crea una sensación de empoderamiento en el cuidador primario madre y su nuevo entorno, exactamente lo que el infante requiere. También sabemos que los bebés recuerdan la cercanía de su madre y cuando se apegan o son colocados en el pecho de madre sintiendo su piel duermen mejor y más tranquilos. En varios países debido a la eficacia de este método el contacto piel con piel neonato-cuidador primario se produce

lo inmediatamente posible luego del nacimiento, principalmente para los neonatos prematuros o aquellos que tienen que quedarse por diferentes circunstancias en una incubadora, el personal médico en las UCIN aplica el programa “Método Madre Canguro” con beneficios evidentes a corto plazo.

- **Lactancia materna o alimentación al pecho:**

La lactancia exclusiva, brinda una adecuada y óptima nutrición, creando conjuntamente un vínculo emocional. Los abrazos y caricias constantes, al igual que el sentir y escuchar el latido del corazón del neonato une física y emocionalmente a la madre y su hijo. La lactancia materna sería ideal, pero hay muchas razones por las que esto no es posible. Esto es cuando los bebés tienen un defecto congénito del sistema digestivo, nacen prematuros o tienen otros cambios en los que deben ser alimentados de una forma u otra. Si no pueden amamantar y necesitan alimentar a su bebé con leche materna extraída previamente, deben alimentarlo con una sonda o una cuchara. Mediante el método madre canguro se estimula el acercamiento del lactante al seno de la madre, creando de manera progresiva en el neonato el reflejo de succión y, al igual que ayuda a la madre a empoderarse de su rol utilizando este tiempo para hablar con el niño, acariciarlo y hacerle sentir que alguien está allí al cuidado de sus necesidades.

Para el bebé muy prematuro, la relación padre-hijo comienza en la UCIN. La cual se establece y desarrolla cuando el padre está presente en la UCIN, sostiene al recién nacido y aprende a identificar y responder a sus necesidades. Además, la presencia de las figuras paternas y el cuidado del infante en la Unidad de cuidados intensivos neonatales están relacionados con un resultado neuroconductual mejorado a la edad equivalente a término, observado antes del alta de la UCIN. Aunque ya está establecida la importancia de la crianza de los infantes, existen pocos estudios que hayan investigado el impacto de la crianza temprana en la UCIN sobre los resultados en la primera infancia (Pineda et al., 2018).

El infante, como un individuo en desarrollo, según la etapa que atraviesa en la vida, formará una imagen de su madre/padre y/o cuidador primario según el acercamiento que éste tenga con el

niño y el grado de participación que la figura materna o paterna desempeñe en cada una de sus etapas de crecimiento.

Cuando investigamos estudios sobre los cuidadores primarios, encontramos pocos que fueran relevantes para los cuidadores neonatales. Esto se debe a que se da a entender en su gran mayoría que serían los padres quienes tienen este rol como cuidadores. Un cuidador principal es alguien que se esfuerza por satisfacer las demandas físicas y emocionales del individuo que las necesita y este rol lo asume comúnmente la madre, padre, hermano o persona que posee un nexo fraternal con el individuo hospitalizado. En este contexto, se dice que los padres son los principales cuidadores de todos los infantes, pero para los bebés prematuros forzados a condiciones médicas u otras condiciones de salud que requieren una separación repentina y temprana del seno materno, el personal de salud llega a convertirse en el cuidador primario del niño.

Cuando un niño nace de manera prematura, se da una implicación que involucra un largo período de tiempo dentro del hospital, lo cual conlleva una alteración directa en la interacción cuidador primario e hijo y por ende en el rol materno y paterno. Una vez que se logra involucrar a los padres en el cuidado del infante durante su estancia hospitalaria mejora su rol como cuidadores principales, brindándoles conocimientos necesarios para luego del alta hospitalaria. Algunos prematuros extremos, requieren constante seguimiento y cuidados que se deben llevar a cabo de manera especializada en el hogar, alterando la vida familiar. De esta manera es de suma importancia que los padres y/o cuidadores aprendan cada uno de los cuidados que requiere su bebé por medio del apoyo de los profesionales médicos (Fernández, 2018).

Los profesionales de enfermería cumplen y tienen un rol esencial en el desarrollo del vínculo entre padres y recién nacidos prematuros, donde generalmente debe promover el desarrollo de diálogo para que los padres puedan comprender las razones para que el bebé se mantenga en la UCIN y, a su vez, de manera lenta permite que los padres se acerquen al bebé a través de las siguientes acciones (Alameda, 2020):

- Cambiar el pañal.
- Alimentación al pecho o lactancia materna.
- Contacto directo piel a piel madre e hijo.

Finalmente, para el desarrollo de la primera infancia es necesario el cuidado cariñoso y sensible; este es un concepto reciente que sugiere que los padres, los cuidadores y las familias deben recibir apoyo para garantizar interés y una adecuada protección del entorno de los niños, a fin de que los infantes alcancen su máximo potencial de desarrollo, ya que desde el nacimiento hasta los tres años de edad su cerebro es mayormente sensible a influencias externas. En resumen, importa lo que se realiza, pero más importa cómo se hace. El marco del cuidado cariñoso exige que el apoyo comience ya en el embarazo y destaca especialmente en la protección de recién nacidos enfermos, con alteraciones congénitas o prematuros desde el nacimiento hasta la niñez, creando así a largo plazo buena salud, atención receptiva y un adecuado desarrollo físico, social, cognitivo y emocional (Klemming et al., 2021).

#### **4.3. Función materna y paterna (recién nacido prematuro)**

El momento en que el niño nace no comprende la situación a la que está expuesto, por lo cual establece una relación de total dependencia materna en las primeras horas de vida, la madre mediante comunicación no verbal asiste al neonato para que pueda estructurar y construir sus sentimientos y subjetividad.

Según Donald Winnicott psicoanalista y pediatra, una figura materna lo suficientemente buena puede comprender durante las primeras semanas de vida del infante sus necesidades y convertirse en un entorno que apoye y facilite el desarrollo del recién nacido. En la función maternal, Winnicott, prioriza dicho concepto priorizando al sujeto que cumple tal rol (mamá, papá y/o cuidador primario). “Las funciones maternas implican una acción, un movimiento que facilita un proceso, más allá del individuo biológico específico que realiza el cuidado materno. Por lo tanto, el rol maternal puede ser ejercido por cualquier persona que posea las calificaciones, condiciones y la voluntad necesaria”. (Hormé, 1980, págs. 33-37)

Las funciones maternas fundamentales son tres: *holding* (sostén), *handling* (manejo) y *objet-presenting* (presentación de objetos). Estas funciones determinan relativamente la forma de desarrollo del niño: el primer proceso en el período de dependencia absoluta, quiere decir de integración; otro proceso es personificar la unidad psique-soma, y otro esencial proceso es el de

logro, de esta manera se apoyará una eficaz capacidad para entablar sanas relaciones interpersonales. (Winnicott, 1945)

#### **4.3.1 *Holding:***

El *holding* o sostén hace referencia a la capacidad de sostener emocional y físicamente la madre al lactante desde el primer día de vida. Es decir, desde que da a luz la figura materna sostiene a su hijo por primera vez, le brinda seguridad y soporte, carga en sus brazos al infante con la posibilidad de sentirse identificada con su bebé y de calmar su angustia frente a lo desconocido o al peligro, como también le da un lugar en este mundo, en otras palabras le hace notar su existencia y lo importante que es este para ella (Lassalle, 2012). Es decir, le brinda ese sostenimiento a su hijo al tenerlo en sus brazos con la fuerza justa y necesaria, proporcionándole caricias y una comunicación con un tono de voz modulado para brindarle calma y confianza a su infante cuando este necesita ser reconfortado, comprendido o protegido. (Lassalle, 2012).

Por medio del MMC la madre/padre y/o cuidador primario crean la capacidad para identificar y empatizar con las necesidades de su bebé y así lograr satisfacerlas, ya que al momento de compartir horas de cuidado durante este proceso innatamente crean un entorno de resguardo y seguridad para el infante.

#### **4.3.2 *Handling:***

El *handling* hace referencia cuando la madre interactúa con el neonato de diversas maneras, como por ejemplo al momento de bañarlo, de vestirlo, de darle de comer, de cambiarle de pañal, de acariciarlo o de jugar, es decir, participa activamente con su infante. La madre ayuda a su hijo a través de la manipulación de su cuerpo al momento de interactuar con su hijo para que este empiece a desarrollar conciencia de las funciones de su cuerpo y de su coordinación motora. A partir de este comportamiento el infante comenzará a percibir su cuerpo como suyo y poseerá herramientas suficientes para discernir y advertir lo verdadero de lo falso contribuyendo así al desarrollo de su personalidad. (Lassalle, 2012).

Mediante la implementación del MMC durante la etapa de hospitalización del neonato, esta función maternal se observa desde el momento en que el cuidador primario brinda los primeros cuidados al infante.

#### **4.3.3 *Objet-presenting*:**

El *object- presenting* o presentación de objetos, es cuando la madre alienta a su hijo a enlazarse con las cosas de su mundo exterior, es decir, le presenta los objetos externos a su bebé y este en un primer instante los percibe como si fuese él su creador. En otras palabras, la figura materna ayuda a su infante desde el primer contacto e interacción, a que conozca su entorno, nombrando y dando significado a cada objeto que lo rodea, para que el infante puede sentirse parte de este mundo y advertir su existencia en él. Las primeras cosas que le presenta la madre a su hijo son su seno o el biberón y la leche que le proporciona para alimentarlo y saciar sus necesidades fisiológicas y este a su vez los reclama mediante su llanto que es su primera forma de comunicarse (Lassalle, 2012).

Esta función tiene que ver con la capacidad del bebé para adaptarse a la realidad. A través del método canguro la madre introduce al bebé en objetos de la realidad cotidiana, ya no solo se encuentra rodeado de máquinas y personal de salud que rota constantemente. El cuidador primario debe actuar como intermediario de la realidad que se le presenta al niño y simplificarla, brindando seguridad y permanencia de su presencia. De lo contrario, se vuelve muy complicado y confuso el entorno en el que se desarrolla, sobre todo al momento del alta hospitalaria, cuando el ambiente y dinámica de su hogar serán diferentes al de hospitalización. Los errores en este punto perjudican la capacidad del niño para relacionarse con objetos y fenómenos.

En el momento que los padres o cuidador primario no son mediadores de su hijo con el medio externo se crea complicaciones a largo plazo en la psique del infante, un concepto clave para Bowlby, es el modelo interno activo (*internal working model*) el cual se define como la relación con su entorno y la representación mental de sí mismo. La base de dicho modelo son las relaciones con sus figuras de apego, los cuales fueron desarrollados en la primera infancia y servirá a cada persona para percibir las interacciones de los demás y para dirigir su conducta. Es por ello

que resulta imprescindible el conocimiento y principios de las figuras de apego de su infancia, puesto que involucra componentes tanto afectivos como cognitivos y esto será una guía para los padres que están viviendo este proceso de hospitalización con sus hijos.

Los neonatos prematuros hospitalizados en la UCIN no cuentan con el primer contacto con los padres. El padre en estos casos, generalmente es quien tiene el primer contacto con el recién nacido en la UCI neonatal e inicia su inquietud y preocupación por la supervivencia del infante. El padre es el que cumple un rol esencial durante esta etapa de hospitalización, siendo quien informa a la madre y al entorno familiar del estado de salud actual del recién nacido (Gibbson y Kilcullen, 2020).

Los padres, inicialmente, deben recuperar la confianza en sí mismos para que puedan cuidar de su hijo y de esta manera encontrar la manera de darle cariño y que este se pueda recuperar. Su participación constante y activa del cuidado neonatal se basa en cumplir indispensablemente las siguientes acciones (Larguía y Schapira, 2022):

- Hablarle.
- Darle cariño.
- Generarle calma.
- Desarrollar un adecuado y óptimo contacto piel a piel.
- Con la adecuada guía del personal de enfermería, brindar una lactancia idónea al neonato.

Tomando en cuenta que en un nacimiento a término, la madre es quien muestra al recién nacido al progenitor tras haber dado a luz, pero cuando el parto se da de manera prematura los roles cambian siendo el padre quien recibe a su hijo por parte del equipo de atención neonatal (Acosta, M., & Cabrera, N., 2016). La función paterna también es primordial durante toda esta etapa, ya que es él quien pasará en UCIN y aprenderá en primera instancia los cuidados básicos y esenciales para el neonato, además brindará cuidado, protección y tendrá que satisfacer las necesidades del recién nacido hasta que la madre se recupere físicamente y pueda acudir en conjunto con el padre a neonatología. Se conoce en nuestra sociedad que el padre cumple una función esencial a lo largo de la vida del infante, ya que cuando una madre asume el rol de darle toda su devoción a su bebé, es él quien la apoya, protege, da sustento y amparo. De esta forma, la figura paterna evita que la madre se preocupe por

situaciones estresantes de su hogar, propiciando así un entorno tranquilo donde el recién nacido y su madre se sienten acogidos, protegidos, respaldados y seguros. (Winnicott, 1958).

Finalmente, la maternidad y paternidad desde tiempos inmemorables hasta la actualidad tiene el fin de acoplarse a las necesidades más sutiles del infante: las emocionales y psíquicas, propiciando de esta manera un entorno que permita al infante en cada etapa de su vida un apropiado y óptimo progreso. Convertirse en madre o padre significa construir una vida nueva, no sólo en el otro individuo, sino también en la propia dimensión de conciencia y humanidad de la persona que está funcionando como madre y/o padre. La maternidad y paternidad es, en pocas palabras, una experiencia que eleva y honra a los dos protagonistas del vínculo: al que forma y al que es formado.

#### **4.4 Beneficios del MMC**

El MSP del Ecuador lanzó un proyecto a finales de febrero del 2013, en el Hospital General de Latacunga y su Centro de Servicios Humanos, inaugurando de esta manera el primer Programa del Método Madre Canguro del Ecuador, luego de varios años para brindar una mejor atención y cuidado en salud especialmente en la población infantil el MSP publica su guía método canguro para la atención humanizada a neonatos de riesgo por prematuridad y/o bajo peso al nacer en el sistema nacional de salud.

El MMC es un método natural donde el contacto piel con piel infante-madre resulta ser primordial, haciéndolo un método rentable en cuanto a costos hospitalarios. Como ya se mencionó, este método no requiere ningún equipo, su creación ayudó a compensar la escasez de incubadoras y la inexistencia de recursos hospitalarios. (García Ríos, 2018)

Dado el desarrollo en investigaciones que se han enmarcado al día de hoy, cabe resaltar una alternativa que permita la reducción del impacto producido al evento traumático que envuelve la situación que implica un nacimiento prematuro, tanto para el neonato como para sus padres o cuidadores en general. Frente a esta problemática nace un método que intercede por el contacto físico y el lazo que se crea entre cuidador primario-neonato prematuro actuando así sobre los factores de riesgo relacionados con la prematuridad. Narváez (2017) cita la investigación de Athanasopolou y Fox realizada en el 2014 en el cual indagan un método alternativo que prevé la

separación total del bebé y su madre, comprendiendo a la primera infancia como un periodo de vulnerabilidad física, cognitiva y emocional en el que se ve comprometido el desarrollo y progreso de maduración.

El MMC presenta varios beneficios, donde la madre y bebé son beneficiados y la formación de vínculos afectivos es concordante en la existencia de un período sensitivo, significativo para la experiencia del apego. El temprano contacto piel con piel ente una madre y su hijo ayuda a controlar la temperatura térmica, favorece también su lactancia y fortalece el lazo afectivo figura materna-neonato. (Bellas et al., 2019).

El MMC (Método Madre Canguro) surgió como una intervención asistencial alineada a esos propósitos y destinada al neonato prematuro y con bajo peso de nacimiento. Cuyos beneficios principales son (Konstantyner et al., 2022):

- Acercar a los padres/familia al recién nacido para crear y mantener el vínculo afectivo resultante del contacto piel a piel, participando del cuidado neonatal y fortaleciendo así su red de apoyo.
- Reducir la comorbilidad, la infección hospitalaria y, en consecuencia, el riesgo de muerte neonatal.
- Promover un ambiente hospitalario más cálido (control de ruido, iluminación y temperatura) y el uso de acciones no farmacológicas para controlar y revivir el dolor (toque terapéutico o uso de sacarosa oral).
- Ayudar a un sano crecimiento físico, una eficaz lactancia materna y un período hospitalario menor.

El neonato cuenta con una serie de afecciones debido a que no se desarrolló completamente en el vientre materno, el MMC genera los siguientes beneficios:

**Tabla 6 Beneficios del MMC**

<b>Patología del RN</b>	<b>Beneficio del Método madre canguro</b>
Retinopatía	Permite el desarrollo de un examen completo en la retina gracias a la postura del recién nacido, de igual manera disminuye el estrés y promoviendo el empoderamiento de la figura materna.
Hipoacusia	El constante contacto directo con la madre se reduce los niveles de cortisol por parte del recién nacido por lo que contribuyen en la detección rápida de esta patología.
Depresión postparto	Se promueve la liberación de la oxitocina, donde al estar en contacto con el bebé las madres sienten felicidad y por ende disminuyen la ansiedad.
Neurodesarrollo	Disminuyen la presencia de agresividad o que padezcan trastornos en la conducta del recién nacido en un futuro.
Frecuencia cardiaca	Al disminuir el estrés en el neonato, se incrementa el confort y la calma por lo que disminuye la frecuencia cardiaca
Saturación de oxígeno	Gracias a la postura vertical se incrementa la saturación de oxígeno, disminuye la fatiga y la presencia de episodios de apnea.

*Nota:* Adaptado de García (2021)

Tras la contextualización se plantea que el método madre canguro fomenta la unión o vínculo madre-bebe y mejora la condición de salud del neonato prematuro o con bajo peso al nacer, esta metodología que ha sido fuertemente fundamentada por diferentes autores enmarca los efectos positivos en el desarrollo temprano de la primera infancia. Los efectos se pueden notar desde factores como una notable mejoría en el estado anímico del entorno familiar especialmente en la madre, estableciendo de esta manera un fuerte lazo en la diada con él bebe.

Athanasopolou y Fox, (2014) enmarcan en sus estudios que prevenir la separación cuidador primario-neonato prematuro da paso para un óptimo desarrollo del vínculo afectivo que resulte positivo, mejorando el neurodesarrollo. Dentro de los variables físicas que mostraron mejoría están: mirada recíproca, atención y la estabilidad que indican las figuras paternas que han practicado esta metodología; dando paso al fortalecimiento de la unión o vínculo como elemento

de significación del yo, agregando instrumentos que facilitarían a los padres el desarrollo del neonato.

De esta manera, a corto plazo los beneficios finalmente logran una mejora en el desarrollo psicomotor del infante al igual que en su sistema inmunológico protegiéndolo de esta manera de infecciones y disminuyendo sus apneas paulatinamente, ganancia de peso del neonato, por lo tanto se evidencia una mejora clínica considerablemente, que trae beneficios también para los padres quienes empiezan a formar parte de la recuperación del neonato empoderándose de confianza y resiliencia para tolerar la permanencia de hospitalización. El personal que ha optado por incluir este método afirma que es una experiencia extraordinaria, irrepetible y sobre todo placentera al observar la labor y dedicación de las figuras paternas reflejado en sus bebés.

Hecha la revisión anterior, podemos destacar que la calidad del vínculo padres-hijos y su modelo de apego en la primera infancia resulta crucial para la salud mental y a su vez la repercusión física que esta conlleva.

#### **4.5. Estudios del vínculo afectivo y sus repercusiones en el infante**

Vásquez, et al., (2021) investigaron sobre el impacto y efecto en la estimulación temprana producida por el MMC. Se trabajó por medio de una investigación mixta donde se aplicó una ficha de observación a 51 recién nacidos prematuros. Se identificó que la mayor parte de madres no aplican de manera adecuada este método debido a la inadecuada información y capacitación por parte del personal, lo cual condujo a que los neonatos prematuros no pueden incrementar de manera significativa el peso y por ende no se evidenció una gran estimulación temprana.

Olivera (2022) realizó una investigación sobre la influencia del MMC de los parámetros fisiológicos de neonatos prematuros. Se trabajó por medio de una investigación bibliográfica documental de tipo descriptiva. Se determinó que este método influye de manera directa en la estabilidad respiratoria y frecuencia cardíaca, además de regular la temperatura corporal mediante el contacto piel a piel madre-bebe prematuro, brindando una adecuada recuperación a este grupo vulnerable.

Gonie, et al., (2019) realizaron una investigación con base en una revisión sistemática sobre los efectos del MMC al inicio de la lactancia materna. Los lactantes con bajo peso de nacimiento y prematuros que recibieron la intervención del método madre canguro iniciaron lactancia materna 2 días 14 h 24 min antes que el método convencional de cuidado radiante/incubadora.

#### **4.6. Referencia del papel psicólogo clínico.**

Es indudable que el ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) representa un gran impacto físico y emocional, en este caso para los padres y familia del infante. Las vivencias experimentadas por el entorno familiar durante el este periodo, pueden hacer florecer sentimientos de ansiedad, estrés y ciertos temores que confrontan con la vulnerabilidad, el sufrimiento y en muchas ocasiones, la muerte. En la UCIN, los profesionales están acostumbrados a resolver situaciones inmediatas y urgentes, puesto que su interés es preservar la vida de los neonatos que se encuentran allí. Sin embargo, mientras se preocupan por que el paciente se estabilice, la salud psicológica parece pasar a un segundo plano.

Al momento de tomar en cuenta al profesional en esta área es importante señalar el perfil profesional del Psicólogo de UCI, ya que requerirá formación en Psicología Clínica y de la Salud. Además de ello, otras áreas del conocimiento psicológico como la Neuropsicología, la Salud Laboral, la Psicología Ambiental y la Psicología de Emergencias, facilitando de esta manera el abordaje de la complejidad psíquica y emocional a atender en la UCI, que va mucho más allá de los trastornos mentales. También serán importantes la sensibilización y formación en Humanización, así como la capacidad investigadora y de psicoeducación en salud.

Algunas de las competencias y habilidades psicosociales claves de este profesional serán: la capacidad de trabajo en equipos interdisciplinarios, habilidades interpersonales y de comunicación, capacidad de aprendizaje y actualización, neutralidad metodológica (aceptación de la diversidad individual, cultural; etc.), postura empática, compasiva, de escucha activa y sin juicio sobre la persona, postura acogedora frente al proceso de la muerte, capacidad de acompañamiento y actuación en situaciones de alta demanda emocional, respeto a la confidencialidad y protección de datos, valores y actitud profesional conforme a principios éticos y código deontológico, práctica reflexiva, autoevaluación y autocuidado. (Grupo Internacional de Psicólogos de UCI, 2019)

El psicólogo intensivista en este caso, mediante acciones de evaluación, diagnóstico, prevención, intervención y promoción de la salud, persigue como objetivo general mantener el equilibrio psicológico del paciente, familia y profesionales. A su vez, el psicólogo clínico y su rol en la UCIN no es solo el de agente evaluador, sino también como miembro activo del trabajo multidisciplinar, humanización del cuidado, inserción de las familias en el proceso y mediación entre la familia y personal de salud en el transcurso de hospitalización crítica del neonato. Por lo tanto, es esencial que cuando el neonato y su familia llegan a realizar el programa MMC es indispensable que sientan seguridad, tranquilidad y apoyo del equipo interdisciplinario quienes están bien capacitados en cuanto a conocimientos y con plena disposición empática que permitirá potenciar la confianza en los padres para lograr un óptimo desarrollo del recién nacido.

El psicólogo clínico que se encuentre dentro de este equipo de salud interdisciplinario debe ejecutar las siguientes funciones:

1. Realización de un constante seguimiento en la primera infancia del infante, evaluando las capacidades cognitivas, psicomotoras y socio afectivas. En caso de detectar alguna anomalía, es deber del profesional intervenir.
2. Psicoeducar al entorno familiar en pro de un ambiente sano que resulte óptimo para el desarrollo del niño prematuro
3. Ya que la vivencia en UCIN resulta una crisis que afecta de manera directa al vínculo de la diada madre-hijo, el psicólogo deberá reconstruir estos lazos.
4. Brindar contención física y emocional a la familia mediante su empoderamiento de roles paternos, redefiniendo su papel y responsabilidades en el hogar y la desculpabilización de situaciones que no se encuentran dentro de su control como seres humanos.
5. Promover un ambiente abierto, solidario, empático para la adherencia al programa
6. Incentivar la cooperación en los procesos entre el personal interdisciplinario del hospital y la familia del recién nacido.

Agregado, debemos reconocer aquellos criterios socioemocionales que requieran la intervención del área de psicología. (Charpak & Villegas, 2017) Por ejemplo:

- Madres adolescentes
- Madres primerizas mayores a los 35 años de edad
- Madres con antecedentes psiquiátricos o psicológicos
- Madres que atraviesan duelo anticipado o reciente, afectando la relación con el neonato o integración con el Programa Madre Canguro.
- Madre que persiste en la sintomatología ansiosa aun cuando ya ha ingresado al programa.
- Madres con rechazo abierto o encubierto producto de fallas en el apego.
- Madres que manifiestan dificultad en su función materna, generando conflictos en su entorno familiar.
- Madres que manifiestan problemas de salud grave.
- Madres que evidencian afectación producido por depresión posparto.

De esta forma, “la función del psicólogo puede resumirse en facilitar los diferentes procesos que se llevan a cabo dentro de la UCI y la UCIN. Los pacientes en este espacio deben recibir un trato integral unipersonal hacia sus necesidades emocionales, físicas y espirituales, desarrollando así un impacto positivo en la manera cómo las relaciones entre personal de salud y familiares se desarrollan en este espacio”. (Contreras Moreno & Espinosa Palacios, págs. 47-60).

En el contexto familiar en esta etapa de hospitalización, la función del psicólogo clínico es auxiliar en el proceso inicial de impacto emocional, aceptación y asimilación de los familiares en relación a la condición clínica, pronóstico y proceso de enfermedad del paciente, promover la interacción y comunicación efectiva con el equipo de UCI, favorecer la participación en los cuidados de su familiar en la Unidad, la regulación emocional pre y post interacción con el paciente y familiares, en el caso de neonatología principalmente con los padres, orientar sobre las alteraciones emocionales manifestadas por el entorno familiar y tras el alta, detectar e intervenir de forma temprana ante posibles problemas emocionales y dinámicas propias del grupo familiar, trabajar sobre duelos anticipados, acompañar emocionalmente al cuidador principal, y facilitar la preparación y acompañamiento de la visita de neonatos en UCIN. (Cediel, 2008, pág. 42)

En cuanto a trabajar conjuntamente con los profesionales de UCI, es esencial que el psicólogo clínico participe de metas interprofesionales como “metas comunes”, colaborar en la prevención primaria de posibles riesgos psicosociales (desgaste profesional o burnout) fomentar el desarrollo de competencias emocionales y habilidades psicosociales para la práctica clínica en la UCI y el manejo de las demandas emocionales que supone la misma, ofrecer un contexto terapéutico para la ventilación emocional y elaboración psíquica tras situaciones y vivencias críticas y para el manejo de la repercusión emocional de la tarea, intervención psicológica en crisis, detección temprana de posibles alteraciones emocionales, y en definitiva, promover la integración de la salud emocional y la salud laboral (Grupo Internacional de Psicólogos de UCI, 2019).

Un profesional que tiene una formación y un hacer biopsicosocial que debe ser parte de todo personal de salud que trabaje en cuanto a la relación figuras paternas-hijo y entorno familiar, es el psicólogo clínico. Sin embargo, el reconocimiento en los hospitales, centros médicos del país y sobre todo condiciones laborales en las que ejercen actualmente no son lo suficientemente estables, dignas y adecuadas como se lo merecen, aunque debería ser una necesidad contar con dicho profesional en UCI.

Son escasos los estudios de las funciones que cumple el psicólogo en este espacio, pero lo principal para el desarrollo integral óptimo del niño, son dos los pilares fundamentales en su trabajo: el apoyo emocional y crear una mayor interacción-comunicación entre el personal médico y el núcleo familiar siendo primordial siempre la tarea más importante cuidar constantemente la salud mental de absolutamente todo el personal y todas las familias que se encuentran a diario en este proceso hospitalario ya que el agotamiento emocional llega a ser inevitable en la mayoría de casos.

Los profesionales de la psicología son profesionales de la salud con adecuadas competencias para realizar este soporte, si bien, en la actualidad, su presencia en los hospitales es aún escasa, y está centrada de forma prioritaria en el Área de Salud Mental y no en las UCI. La necesidad expuesta en este caso en neonatología requiere por tanto, poner en marcha esta actividad no incluida al 100% en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

## CONCLUSIONES

- Los recién nacidos prematuros que están en UCIN atraviesan el proceso de formación del vínculo de apego, el cual puede verse afectado por la escasa interacción de este vínculo entre infante y padres. La formación del vínculo de apego necesita la interacción constante de la figura primaria y la sensibilidad materna al cubrir las necesidades del infante. Los cuidados neonatales no pueden reducirse únicamente a la intervención médica, pues el estudio ha demostrado la importancia de la formación del apego en los ocho primeros meses de vida del niño para lograr vínculos adecuados y positivos a largo plazo en el núcleo familiar. Cabe recalcar que al existir una interacción lo más temprana posible entre el neonato y su cuidador primario, también de personal de salud-entorno familiar, no solamente se encamina a que la formación de apego sea positiva, también se llega a observar una mejora notablemente en la comunicación entre médicos-familia derivando a una baja de factores estresores o conflictos propios de esta etapa, llegando así al objetivo de la formación del apego, crear una díada madre-hijo la cual fortalecerá la recuperación y óptimo desarrollo del infante durante la etapa de hospitalización en UCIN.
- En el presente trabajo también se han desarrollado los conceptos claves sobre la Teoría del Apego y la forma en que los seres humanos forjamos vínculos afectivos con nuestro entorno buscando protección y seguridad, por lo tanto damos cuenta que 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 contacto con todo lo que nos rodea para alcanzar de esta manera un óptimo y continuo aprendizaje a lo largo de nuestra vida. Hay que tomar en cuenta por lo tanto que las experiencias y vivencias afectivas del individuo con las figuras relevantes para él desde el momento que nace, en particular con la primera figura de apego de su historia afectiva que generalmente es la madre, marcarán de por vida a dicha persona en todas las parcelas de su vida.
- Los rasgos de personalidad, autoestima, confianza en sí mismo, capacidad de expresión de sentimientos y miedos, tolerancia a la frustración y al estrés, afrontamiento de problemas, comunicación y una adecuada socialización con el entorno son algunos ejemplos de las

conductas que se van forjando desde los seis meses de vida, ya que el neonato va copiando las pautas y comportamientos de las personas a las que está íntimamente ligado, por lo cual en los neonatos prematuros es esencial que exista una adecuada formación del apego durante su etapa de hospitalización, ya que un óptimo apego en las condiciones clínicas que se encuentra no es fácil de desarrollar, el MMC es un gran aliado para esto ya que el contacto piel a piel permite que la figura primaria se empodere de la conexión y cuidado del infante, logrando que satisfaga las necesidades del infante y logrando que el neonato empiece a sentir esa protección y seguridad a pesar del entorno estresante al que está expuesto diariamente.

- Integrar un profesional en psicología clínica que esté capacitado, complementará y mejorará a largo plazo el cuidado de la salud mental, especialmente en el área de UCI y UCIN, en estas unidades, de características físicas y técnicas peculiares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos en el paciente (en el caso de neonatología en el entorno familiar) efectos psicológicos y psiquiátricos que requieren de la atención y acción de un especialista en la materia. Por lo cual, nuestros profesionales psicólogos tendrían mucho que aportar en este sentido, mucho qué decir, hacer y capacitar, especialmente esto último de modo que la presente pretende motivar a algunos colegas a interesarse en el tema de apego y su formación, ya que así se aportara de manera perpetua para la salud mental del neonato.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda desarrollar una investigación de campo con el fin de que se identifique si el MMC (Método Madre Canguro) se está aplicando adecuada y oportunamente en UCI neonatales del país y si su aporte es positivo para la formación de apego del neonato.
- Se recomienda al personal médico que capaciten de manera constante a los padres y familiares de los neonatos prematuros, con la finalidad de que puedan cuidar y aplicar de manera oportuna el MMC. De igual manera, capacitar al personal médico sobre temas como el apego, su formación y la importancia que tiene en el entorno familiar y salud mental del infante.
- Se recomienda al MSP (Ministerio Salud Pública), la creación de proyectos y programas con el objetivo de educar y enseñar a las madres la importancia del MMC, conjuntamente con estrategias de afrontamiento ante la presencia de partos prematuros.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS-5. Médica Panamericana.
- Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, et al. (2014). Supporting-emotional needs of Iranian parents with premature infants admitted to Neonatal Intensive Care Units. *Med J Islamic Rep Iran.*, 28-53.
- Andrade, M., Méndez, B., Mora, P., & Ortiz, A. (2020). Apego temprano en la evolución fisiológica y psicológica madre-hijo. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4(2), 16-19. <https://doi.org/https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay>
- Arizmendi, Z. F. (Junio de 2015). Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados. Obtenido de Repositorio UNICAN: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/6755/FernandezArizmendiZ.pdf;sequence=1>
- Astudillo Araya Á, Martínez Martínez A, Muñoz Badillo C, Pacheco Lema M, Sepúlveda Garay Á. (2012). Acompañamiento familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. *Ciencia y enfermería.*, 18(1):67-75.
- Benites, C. (2020). Estilos de apego y el estrés infantil en niños de 5 años de una institución educativa inicial de Lima Metropolitana. Universidad Continental: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/8542/4/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Benites\\_Urrego\\_2020.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/8542/4/IV_FHU_501_TE_Benites_Urrego_2020.pdf)
- Betancourt, J. (2020). Desarrollo psíquico infantil y manifestaciones sintomáticas actuales. *Universidad Cooperativa de Colombia* (7), 1-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.16925/gcnc.12>
- Bigolin, L., Teixeira, R., Martins, A., Rinaldo, I., Nascimento, E., & Tatsch, E. (2021). Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. *Enfermería Global* (61), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.417281>
- Bustamante, W. (2019). Interacción madre- recién nacido prematuro durante la aplicación del método canguro en un instituto especializado de Lima, 2019. Universidad Peruana Unión:

- [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2882/Wendy\\_Trabajo\\_Especialidad\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2882/Wendy_Trabajo_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cabrera, R. (2015). Interacción temprana y sensibilidad materna en la díada madre-bebé prematuro. Universidad de la República: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20458/1/Cabrera%2c%20Romina.pdf>
- Castañeda Paredes, J., & Santa-Cruz-Espinoza, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 20(2), 109–128. <https://doi.org/10.6018/eglobal.438711>
- Cediel, Á. R. (2008). *Semiología Médica*. Bogotá: Editorial Médica Celsus.
- Charpak, N., & Villegas, J. (Noviembre de 2017). Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. MINSALUD. En N. & Charpak, *Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. MINSALUD.* (págs. 149-151). Obtenido de Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. MINSALUD. : <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/implementacion-programa-canguro.pdf> )
- Charpak Nathalie. Juan Gabriel R. . (2009). Lineamientos técnicos para la implementación del Programa Método Madre Canguro. Vol. I. Primera Edición. Colombia: Dirección Nacional de Salud Pública.
- Cobo, M. (2020). Teoría del apego: cómo se forma el adulto emocional. Universidad de Cantabria: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/19899/COBO%20GARCIA%2C%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Contreras Moreno, Ana María, & Espinosa, Ximena Palacios. (Contreras Moreno, Ana María, & Espinosa, Ximena Palacios.). Integrar un profesional en psicología clínica complementará y mejorará a largo plazo la atención en salud, tratando dificultades que antes no se manejaban adecuadamente, por lo tanto es esencial que el psicólogo cuente con habilidades clínicas que contrib. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 46(1), 47-

60. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072014000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006&lng=en&tlng=es).
- Corbalán, K. (2021). La importancia del vínculo temprano y el apego. Efectos en la estructuración psíquica en niños de 0 a 5 años. Universidad de la República: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30160/1/tesis\\_karen\\_corbalan.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30160/1/tesis_karen_corbalan.pdf)
- Cornejo Swett, M. y Cuadra García, J. (2011). Efectos de la estimulación temprana mediante el protocolo piloto madre-canguro en el peso del recién nacido prematuro y el estrés de su madre. Obtenido de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116871>
- Correa Zambrano, M. L. (2015). LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. Revista CUIDARTE.
- Dreyfus, H. (2019). La importancia del apego en el desarrollo del niño. CONSENSUS, 24(2), 183-194. <https://doi.org/10.33539/consensus.2019.v24n2.2327>
- Duarte, I. (2016). Desarrollo psíquico del niño en los documentos orientadores para maestros de la facultad de educación del Fondo pedagógico o de Escuelas Normales Uptc, 1960-1965. Pontificia Universidad Javeriana: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/39033/Desarrollo%20ps%C3%ADquico%20del%20ni%C3%B1o%20en%20los%20documentos%20orientadores%20para%20maestros%20de%20la%20facultad%20de%20educaci%C3%B3n%20del%20Fondo%20pedag%C3%B3gico%20o%20de%20Es>
- Escobar, B., Darinel, L., & Martínez, H. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica Instituto Mexicano Seguridad Social, 55(4), 424-428. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
- Faas, A. (2018). PSICOLOGIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ. Editorial Brujas.
- Fernández, M. (2020). El proceso de iniciación educativa: aportes desde la teoría del apego. Universidad de la República: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/28762/1/tfg\\_florencia\\_fernandez.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/28762/1/tfg_florencia_fernandez.pdf)
- Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. (2005 - 2007). GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA PARA LA ÓPTIMA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO DE CUIDADOS DEL RECIÉN

- NACIDO PRETÉRMINO Y/O DE BAJO PESO AL NACER. Bogotá: Fundación Canguro.
- García, R. y De la Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev. Méd. Clín. Condes* ; 16(4): 236-241.
- García Ríos CV, L. A. (2018). Efectividad del programa educativo mamá canguro en el conocimiento del cuidado materno-paterno del recién nacido en un instituto nacional.
- González, F., Tapia, H., & Vaccari, F. (2012). Desarrollo psíquico temprano y aprendizaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(16), 771-785. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000400007>
- González, J., & De la Cueva, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis*, 13(8), 287-324. [http://www.psicoter.es/art/92\\_A101\\_01.pdf](http://www.psicoter.es/art/92_A101_01.pdf)
- Helman LV, Martínez A, Heath A. (1996). La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de Cuidados intensivos neonatales. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 15(3):107-12.
- Hikal, W. (2020). El apego patológico proclive a conductas antisociales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2), 674-695. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num2/Vol23No2Art12.pdf>
- Hormé. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires.
- Iturrioz, M. (2018). El vínculo del apego. *Publicaciones Didácticas* (99), 519-523. <https://core.ac.uk/download/pdf/235851652.pdf>
- Klauss, M y Kennell, J. (1978). *La Relación Madre-Hijo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Lecannelier, F. (2018). La Teoría del Apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58(18), 1-28. <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n058a16.pdf>
- Lizasoáin O, O. B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. Universidad de Navarra. Dpto. de Educación. Biblioteca de Humanidades, 5:75-85.
- López, S., & Islas, K. (2018). ¿CÓMO SE ESTRUCTURA EL YO?: Una visión desde el Psicoanálisis. *Psicopatología y Personalidad*: <https://medium.com/psicopatolog%C3%ADa-y-personalidad-2018-1/c%C3%B3mo-se->

- estructura-el-yo-una-visi%C3%B3n-desde-el-psicoan%C3%A1lisis  
544bb0f5186d#:~:text=Para%20Freud%20(1914)%20e1%20yo,s%C3%B3lo%20podr%C3%A1%20acceder%20a%20la
- Lucio, R. (2010). Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- Luisa Fernanda Scott Varela, Maciel Karina Ríos Puerta, Betsy Lorena Bruges Fuentes. (2019). HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN DE LITERATURA. SCIELO - Facultad de Enfermería Universidad Cooperativa de Colombia Campus Santa Marta.
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, 1-9. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n2a12.pdf>
- Martins, F., Johanson, L., Leite, R., Moreira, M., & Conceicao, E. (2015). El primer encuentro del padre con el bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 1-10. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100007>
- Matos, L., Reyes, K., López, G., Reyes, M., Aguilar, E., Pérez, O., . . . Quero, A. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 7(3), 179-186. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena Pediatría*, 85(3), 265-268.
- Montero, A., Ferrer, R., Paz, D., Pérez, M., & Díaz, Y. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed*, 23(5), 1155-1173. AEP: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul195t.pdf>
- Montesdeoca, K. Y. (Noviembre de 2015). Elaboración del manual método madre canguro como guía. Obtenido de <https://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2017/09/Guia-de-Practica-Clinica.pdf>
- Morales, I., & Almeida, L. (2022). Relación entre los tipos de apego y las competencias parentales percibidas en adolescentes de la ciudad de Ambato. *Revista Psicología UNEMI*, 6(10), 76-85. <https://doi.org/https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp76-85p76>

- Narváez, E. (2016/2017). *INFLUENCIA DEL VÍNCULO AFECTIVO EN EL NEURODESARROLLO Y DESARROLLO EMOCIONAL DE NEONATOS PREMATUROS O CON BAJOPESO AL NACER*. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears.
- Olza, I., Palanca, I., González, I., Malalama, A., y Contreras, A. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*, 109(1), 45-53.
- Oliva, A. (2004). Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 65-81.
- OMS. (Noviembre de 2003). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- OMS. (2004). Método Madre Canguro-Guía Práctica. World Health Organization. Ginebra.
- OPS. (2021). Salud del recién nacido. <https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Método Madre Canguro. Guía Práctica. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Método Madre Canguro Guía Práctica. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Programa Salud de la Madre y Maternidad sin Riesgo. Ginebra, Thermal control of the newborn: A practical guide (WHO/FHE/MSM/93.2).
- Ota, A. (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 415-422. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>
- Otero, O., Zabarain, S., & Fernández, M. (2017). Estilos de apego, comunicación y confianza entre padres y jóvenes universitarios de la Guajira- Colombia. *KATHARSIS* (24), 119-138. <https://doi.org/http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Palacios, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 164-176. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Paolicchi, G., Núñez, A., Bozalla, L., Serantes, A., Sorgen, E., Bosoer, E., . . . Muras, M. (2017). Funciones parentales, tipo de apego y juego. Universidad de Buenos Aires, 1-7. <https://www.aacademica.org/000-067/407.pdf>

- Pedrerros, N. (2019). Teoría del apego: aportes para la comprensión del desarrollo del niño. *Indagare*(7). <https://doi.org/10.35707/indagare/712>
- Persano, H. (2018). La Teoría del Apego. En H. Persano, *El Mundo de la Salud Mental en la Practica* (págs. 157-177). Akadia.
- Ramezani T, Hadian Shirazi Z, Sabet Sarvestani R, Moattari M. (2014). Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 78.
- Ramírez, L. (2019). Estilos de apego y autoconcepto en adolescentes en la Unidad Educativa Juan Abel Echeverría. Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20546/1/T-UCE-0007-CPS-222.pdf>
- Rendón, E., & Rodríguez, R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Revista de Ciencias de la Salud*, 14(2), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10>
- Rey, R., & López, A. (2011). S. Freud, El yo y el ello. *Corrientes actuales de la Filosofía: grandes paradigmas*: [https://eprints.ucm.es/id/eprint/24056/1/EL\\_YO\\_Y\\_EL\\_ELLO.pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/24056/1/EL_YO_Y_EL_ELLO.pdf)
- Ríos, J., Álvarez, L., David, D., & Zuleta, A. (2017). Influencia del nacimiento pretérmino en procesos conductuales y emocionales de niños en etapa escolar primaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 16(1), 177-197. <https://doi.org/https://doi.org/10.11600/1692715x.16110>
- Rivera, R., & Marco, A. (2016). Vínculos maternofiliales y salud mental infanto-juvenil. UVA: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/18874/TFG-M-M615.pdf?sequence=1>
- Rocha, B., Umbarila, J., Meza, M., & Riveros, F. (2019). Estilos de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de una muestra de jóvenes universitarios en Colombia. *Diversitas: perspectivas en Psicología*, 15(2), 285-299. <https://doi.org/https://doi.org/10.15332/22563067.5065>
- Rodríguez, A., Hernández, J., Mesa, Z., Hernández, Y., & López, A. (2019). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Medisur*, 17(4), 505-513. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n4/1727-897X-ms-17-04-505.pdf>
- Rojas, V. (marzo-abril de 2019). Humanización de los cuidados intensivos. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>

- Roncillo, C., Sánchez, M., & Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Ruth Lucio, E. M., Nilhda Villacrés, M. M., & Rodrigo Henríquez, M. (2011). Sistema de salud de Ecuador. SciELO.
- Saturno, P., Poblano, O., Flores, S., García, D., Jaime, G., Villagrán, V., . . . Delgado, V. (2019). Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudio piloto. *Salud Pública de México*, 61(1), 35-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/9271>
- Sharon, J , et al. (s.f.). *Enfermería Materno Infantil*. Séptima Edición. México: Editorial Interamericana.
- Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. (2013). Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Settings*., 5-61.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Guía de Asistencia Práctica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 63, 283-321. [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)
- Sola, S. (2018). Los sentidos e interpretaciones del yo: Un análisis multidimensional. *Universidad de Sevilla*, (29), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1695>
- Spagnuolo, A. (2016). *Funciones del Yo*. UBA: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/820\\_clinica\\_tr\\_personalidad\\_psicosis/material/funciones\\_yo.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/funciones_yo.pdf)
- Tibán, K. (2021). Enfoque neurobiológico sobre el desarrollo del apego en la niñez. Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23136/3/UCE-FIL-PEO-Tiban%20Karen%20y%20Jaya%20Gabriel.pdf>
- Velázquez, G., Trinchet, R., Bastart, E., Oset, G., & Morales, Z. (2019). Evolución histórica del proceso de atención al neonato quirúrgico en Cirugía Pediátrica. *Correo Científico Médico de Holguín*, 23(2), 1-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2019/ccm192c.pdf>
- Vera, D. (2019). El desarrollo psíquico de los niños y niñas de segundo de educación inicial de la Unidad Educativa Dr. Luis Prado Viteri de Esmeraldas. Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

[https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1943/1/VERA%20BETANCOUR  
T%20%20DIANA%20CAROLINA.pdf](https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1943/1/VERA%20BETANCOUR%20T%20%20DIANA%20CAROLINA.pdf)

Villamarín, G. (2017). Consideraciones culturales sobre la práctica de la psicología: el caso de Teoría del Apego. Universidad Andina Simón Bolívar: [https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5637/1/T2295-MEC-Villamar%  
c3%adn-Consideraciones.pdf](https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5637/1/T2295-MEC-Villamar%c3%adn-Consideraciones.pdf)

Winnicott, D. (1945). Desarrollo emocional primitivo. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1958). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. W. (1999). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona : Paidós.