

Clase 6

Recién nacido, características, apego y lactancia.

Paralelo 1 Desarrollo Infanto Juvenil

Características Físicas del Recién Nacido

- **Peso y talla:** Un recién nacido de término pesa típicamente alrededor de 3,0 a 3,5 kg y mide aprox 50 cm de longitud. Se consideran normales rangos aproximados de 2.5 a 4 kg de peso y 45-53 cm de talla al nacer. La cabeza del neonato es grande en proporción al cuerpo (circunferencia aprox 35 cm) y presenta fontanelas que facilitan el parto y la expansión cerebral. Es normal que el RN pierda un 5-10% de su peso en los primeros días (por excreción de meconio, diuresis y bajo consumo inicial), recuperándolo hacia la segunda semana de vida.





ADAM

- **Proporciones corporales y postura:** La cabeza constituye alrededor del 25% de la longitud corporal. Las extremidades del RN tienden a mantenerse en flexión, vestigio de la posición fetal. Existe *hipertonia fisiológica en miembros* (brazos y piernas flexionados con resistencia moderada a la extensión pasiva) e *hipotonía axial* (tronco y cuello con tono más bajo) que le impide sostener la cabeza. Esta distribución del tono es normal y se irá equilibrando con la maduración neuromotora durante los primeros meses de vida. Un RN sano mantiene los reflejos posturales básicos y movimientos espontáneos, pero aún no tiene control voluntario fino debido a la inmadurez neurológica

- **Piel y anexos cutáneos:** La piel neonatal es muy fina y muestra cambios notables tras el nacimiento. Inmediatamente al nacer suele ser de color rojo oscuro o violáceo, con manos y pies cianóticos (morados) debido a la circulación transicional. Después de la primera respiración y el llanto inicial, la oxigenación mejora y la piel torna rosada. El RN está recubierto de unto sebáceo (vernix caseosa), una sustancia blanca grasosa que protegió su piel del líquido amniótico y que suele retirarse en el primer baño. También puede presentar lanugo, un vello fino en espalda, hombros y frente (más común en prematuros), el cual se desprende en las primeras semanas. Hacia el 2º-3º día de vida la piel se aclara, pudiendo lucir seca y descamativa (especialmente en manos y pies). La termorregulación cutánea es inmadura, por lo que el neonato requiere ambiente térmico neutral y abrigo adecuado para mantener su temperatura.



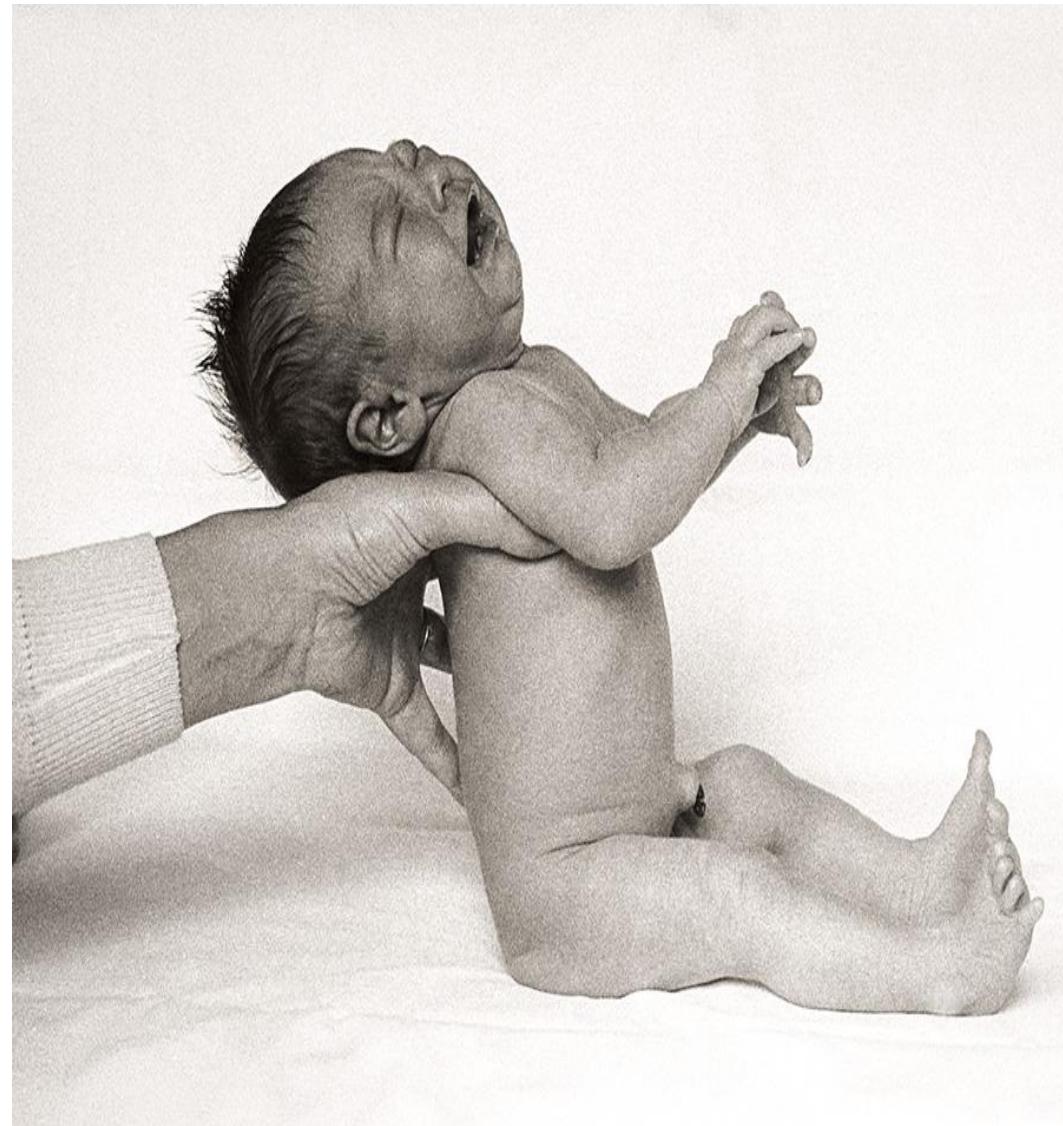


- **Desarrollo neurológico al nacer:** El sistema nervioso central del recién nacido está inmaduro. La mielinización de las vías nerviosas apenas comienza en el período perinatal y continuará activamente durante el primer año, lo cual explica la falta de coordinación motora fina y la dependencia de patrones reflejos para sus respuestas. Muchas funciones neurofisiológicas del RN son aún inestables o desorganizadas: por ejemplo, los patrones de respiración (respiración periódica irregular), el control de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y digestión muestran variabilidad en los primeros meses. El estrés o la sobrestimulación pueden alterar transitoriamente estas funciones (ej. provocar hipo, cambios en color de piel, regurgitaciones) debido a la inmadurez neurológica. La arquitectura de sueño tampoco está consolidada al nacer – el RN no distingue aún el día y la noche y sus ciclos sueño-vigilia son cortos e irregulares. Hacia los 3-4 meses de edad comienza a establecerse un ritmo circadiano más estable y periodos de sueño nocturno más prolongados, reflejando la maduración neurológica.

- **Tono muscular y motricidad inicial:** El neonato presenta hipotonía de cuello y tronco con hipertonia fisiológica en flexores de brazos y piernas. Esto se evidencia en la *postura en flexión generalizada* del RN a término y la falta de control cefálico (al levantar al bebé, la cabeza cae hacia atrás si no se sostiene). Este tono muscular irá cambiando en los meses siguientes: la hipertonia de las extremidades se va disminuyendo gradualmente y el bebé adquiere mayor control postural conforme madura su sistema neuromuscular. Para un RN, es típico la posición en “ranita” al estar boca arriba (caderas y rodillas flexionadas, abducción moderada) y en posición prono adopta la postura fetal con piernas flexionadas bajo el vientre.



- Los movimientos motores del neonato son mayormente reflejos o movimientos globales involuntarios (ej. pataleos, movimientos bruscos de brazos) que carecen de precisión. No obstante, estos movimientos espontáneos (como los estremecimientos o sacudidas del recién nacido) y la presencia de reflejos como succión, búsqueda, prensión palmar, etc., le permiten las funciones básicas de supervivencia (alimentarse, aferrarse al cuidador) mientras el control voluntario se desarrolla. En esta etapa, el rol del cuidador en apoyar la postura y movimientos del bebé (sujetando la cabeza, envolviéndolo para darle contención) es fundamental para su seguridad y comodidad.



Características Sensoriales del Recién Nacido



- **Vista:** La visión es el sentido menos maduro al nacer. Los ojos del RN son anatómicamente inmaduros y su agudeza visual es limitada. En las primeras semanas pueden enfocar a una distancia corta de ~20 a 30 cm, que coincide con la distancia típica entre la cara de la madre y el bebé al alimentarlo en brazos. Más allá de esa distancia, la visión es borrosa. Los neonatos pueden detectar contrastes de luz y sombra (prefieren patrones de alto contraste blanco/negro) y *prefieren estímulos visuales con forma de rostro humano*. Hacia las 6-8 semanas de vida ya pueden seguir con la vista un objeto en movimiento de un lado a otro. La visión a color es pobre al inicio – distinguen básicamente blanco, negro y algunos tonos brillantes.

- **Oído:** El oído del recién nacido está prácticamente maduro al nacer. Incluso antes de nacer, el feto percibe sonidos del exterior (la voz materna, música, ruidos fuertes). Un RN con audición normal se *sobresalta ante ruidos súbitos fuertes* y se *calma al oír voces suaves y familiares*. De hecho, muestran preferencia por la voz humana, en especial por la voz de la madre. Estudios sugieren que un neonato de días puede reconocer y tranquilizarse con la voz de su madre. También detectan la *dirección* de un sonido rudimentariamente, girando ligeramente la cabeza o buscando con la mirada el origen de un ruido a los pocos días de nacido. Debido a la importancia de la audición en el desarrollo del lenguaje, estándares internacionales sugieren realizar screenings auditivos neonatales antes del alta hospitalaria para detectar alteraciones.





- **Olfato y gusto:** El olfato del recién nacido está notablemente desarrollado. El sistema olfativo se forma tempranamente en la vida fetal, y desde el nacimiento los bebés muestran un agudo sentido del olfato. Increíblemente, dentro de los primeros días de vida reconocen y prefieren el olor de su madre, en especial el olor de la leche materna que ella produce. Estudios sugieren que recién nacidos voltean la cabeza hacia una prenda impregnada con el olor de su madre en vez de la de otra mujer. Esto indica la importancia del olfato en el vínculo inicial (el bebé identifica a su cuidador). En cuanto al gusto, los RN nacen con papilas gustativas funcionales y muestran preferencias innatas: prefieren los sabores dulces y rechazan sabores amargos o ácidos. La leche materna tiene un sabor dulce suave que les resulta agradable. Si se coloca una sustancia dulce en la lengua de un neonato, suele mostrar expresión facial de agrado; en cambio con algo amargo frunce el ceño o hace muecas de desagrado. Estas preferencias gustativas innatas tienen sentido evolutivo (lo dulce suele ser seguro y calórico, lo amargo podría indicar tóxicos en la naturaleza).

- **Tacto y sensibilidad:** El tacto es fundamental desde el nacimiento. La piel del bebé es altamente sensible al contacto. En las últimas semanas del embarazo, el feto vive en un entorno contenido y cálido (útero), por lo que al nacer experimenta de súbito un mundo más frío, con gravedad y amplio espacio para mover sus extremidades. Esto puede causar que el RN haga movimientos repentinos y descoordinados, luciendo “desorganizado” cuando no se siente contenido. Por ello, técnicas como envolverlo en una mantita brindan contención similar al útero y suelen calmarlo. El contacto físico estrecho piel con piel tiene un poderoso efecto tranquilizador: colocar una mano firme sobre el abdomen del bebé o sostenerlo contra el pecho transmite seguridad y regula sus signos vitales. Los cuidados “método canguro” (contacto piel a piel prolongado) se usan incluso en prematuros para reducir el estrés y promover la autorregulación. En resumen, el neonato necesita del tacto: a través de caricias, acunararlo y amamantarlos en brazos, el bebé recibe información somatosensorial que le brinda confort, favorece el vínculo afectivo y estimula su desarrollo neurológico.



Estados de alerta y comportamiento del recién nacido

- El pediatra T. Berry Brazelton describió **seis estados de conciencia o alerta** del recién nacido, por los cuales un bebé sano transita cíclicamente a lo largo del día:
 - 1.-**Sueño profundo**: El bebé duerme plácidamente, inmóvil y con respiración regular, sin respuesta a estímulos leves. Está totalmente relajado; puede presentar respiración abdominal rítmica. Si ocurre un ruido fuerte, quizás tenga sobresaltos mínimos pero generalmente no se despierta. Es un sueño reparador, donde el cerebro descansa.
 - 2.- **Sueño ligero o activo**: El bebé duerme pero con actividad: **movimientos oculares rápidos (REM)** bajo los párpados, gestos faciales, suaves pataleos o sobresaltos. La respiración es más irregular. En este estado el RN **reacciona a estímulos** – por ejemplo, un ruido fuerte puede sobresaltarlo o despertarlo.
 - 3.-**Somnolencia**: Estado de transición entre el sueño y la vigilia. El bebé está adormilado: puede tener los ojos medio abiertos, respiración irregular. Suele presentarse al despertar o cuando se está quedando dormido. Puede estirarse, bostezar o moverse lentamente[En somnolencia, el bebé responde de forma lenta a estímulos; si no se le estimula, podría volver al sueño, o bien terminar de despertarse.

4.- Alerta tranquila: El bebé está despierto, tranquilo y atento, con ojos bien abiertos y brillo en la mirada. El cuerpo está relativamente quieto, tono muscular medio, sin movimientos bruscos. Es el estado óptimo para la *interacción*: el lactante observa rostros, escucha voces y puede seguir objetos con la vista. Suele haber expresión facial interesada o “deslumbrada”. En este estado, el RN procesa activamente la información – por ejemplo, si se le habla suavemente o se agita un sonajero, fijará la vista y estará receptivo.

5.- Alerta activa : El bebé está despierto pero inquieto o activo. Puede mover constantemente sus brazos, piernas y cabeza; a veces muestra respiración más rápida. Puede estar *emocionado* o *ligeramente incómodo*. Aunque los ojos estén abiertos, puede ser menos enfocada su atención debido a la cantidad de movimiento. Suele preludiar el cansancio o hambre. En este estado puede vocalizar suavemente o emitir quejidos. Si se interactúa con él, puede responder pero pronto pasará al estado siguiente si no logra calmarse.

6.- Llanto activo: El bebé está llorando intensamente, a menudo con gritos, piel enrojecida, movimientos corporales desorganizados y mucho esfuerzo^[5] Es el estado de máxima activación y representa una señal de *malestar* (hambre, dolor, incomodidad, sobreestimulación o necesidad de consuelo). En este estado, el neonato no puede atender a otros estímulos ni aprender cosas nuevas – su energía está volcada en expresar la queja. Requiere la intervención del cuidador para consolarlo (alimentarlo, cambiarlo, arrullarlo). Una vez satisfechas sus necesidades o calmado, suele descender nuevamente a un estado de alerta más bajo o al sueño.

Comunicación y Autorregulación: El Llanto del Recién Nacido

- El **llanto** es la primera forma de comunicación del bebé. Desde el nacimiento, el llanto cumple funciones vitales: permite al RN expresar necesidades (hambre, dolor, frío, necesidad de afecto) y asegurar la respuesta del cuidador. Algunos puntos clave sobre el llanto en el recién nacido:
- **Diferentes tipos de llanto:** Aunque para el oído inexperto todos los llantos suenan iguales, los padres pronto aprenden a distinguir matices. Ya para el tercer día de vida, la mayoría de las madres puede reconocer el llanto de *su propio bebé* en comparación con el de otros bebés. Hacia el final del primer mes, muchos padres logran diferenciar si el llanto del bebé indica *hambre, dolor o enfado*. Por ejemplo, un llanto de hambre suele ser rítmico, creciente e insistente; el llanto de dolor puede ser agudo, con quejidos repentinos; el de cansancio/fastidio puede iniciar con gemidos y escalar si no hay alivio. Esta capacidad de discriminación se debe a que el bebé modula su llanto según la causa, y los cuidadores, mediante la experiencia, asocian patrones (tono, intensidad, gestos) con ciertas necesidades.

- **Respuesta del cuidador:** El llanto del RN está biológicamente diseñado para ser difícil de ignorar – es una alerta que moviliza al cuidador. De hecho, el llanto produce respuestas fisiológicas en la madre lactante: estimula la producción y eyeción de leche (reflejo de bajada láctea). Así, si el bebé llora por hambre, el cuerpo materno se prepara para alimentarlo. Lo ideal es que el cuidador responda rápida y sensiblemente al llanto, brindando alimento si corresponde, cambiando pañales, cargando y reconfortando. La evidencia indica que responder con sensibilidad (no dejar “llorar solo” por largos períodos) no malcria al bebé, sino que sienta bases de confianza; gradualmente, un bebé cuyas necesidades son atendidas aprende a llorar menos por inseguridad.
- **Cantidad de llanto normal vs. cólico:** Es normal que un lactante menor de 3 meses llore en promedio entre 1 y 3 horas al día en total. Este llanto se distribuye en episodios a lo largo del día y la noche (recordemos que no distinguen aún horarios). Si un bebé llora más de 3 horas diarias de forma persistente, se suele considerar *cólico del lactante* (llanto inconsolable frecuente, típicamente al atardecer, en un bebé sano y bien alimentado). Los cólicos aparecen alrededor de las 2-3 semanas de vida, alcanzan un pico alrededor de las 6 semanas y suelen resolverse espontáneamente hacia los 4 meses de edad. Aunque el cólico es benigno, puede generar estrés familiar considerable; es importante apoyar a los padres para que mantengan la calma y nunca recurran a sacudir al bebé (lo cual es muy peligroso). Si el llanto es excesivo, también es prudente descartar causas médicas (reflujo, alergias, lesiones).



- **Autorregulación y consuelo:** Al nacer, el lactante no puede autorregularse completamente; depende del cuidador para calmarse. Sin embargo, posee mecanismos incipientes de autoconsuelo: por ejemplo, muchos RN se chupan los dedos si logran llevárselos a la boca, lo cual les da calma (la succión no nutritiva tiene efecto tranquilizador). También pueden responder favorablemente a estímulos sensoriales repetitivos (arrullo, movimiento rítmico, sonidos “blancos” suaves) que los ayuden a regularse. Parte de la *organización conductual* del neonato es su capacidad de habituarse a estímulos molestos constantes (ej. se puede “acostumbrar” a cierto ruido de fondo y dejar de llorar). No obstante, en los primeros meses la *coregulación* es esencial: el bebé necesita que un adulto lo ayude a calmarse mediante contacto, voz suave, alimentación o cambios posturales.

- En resumen, el recién nacido, a pesar de su inmadurez, posee un repertorio conductual rico: alterna distintos estados de conciencia, llora para comunicarse y muestra capacidades sensoriales y reflejos que le permiten interactuar con su entorno inmediato. Comprender estas características es crucial para los terapeutas ocupacionales en pediatría, pues las primeras “ocupaciones” del bebé (dormir, alimentarse, relacionarse) dependen de estas conductas. Por ejemplo, identificar cuándo el lactante está en estado de alerta óptimo permite realizar intervenciones de estimulación temprana de manera eficaz, mientras que reconocer señales de sobreestimulación ayuda a modificar el ambiente para promover su bienestar.

Lactancia:

- La **lactancia materna (LM)** es ampliamente reconocida como la forma ideal de alimentación para el lactante por sus múltiples beneficios nutricionales, inmunológicos y afectivos. Organismos internacionales recomiendan la lactancia materna como práctica clave en la primera infancia: la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** sugiere *lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses*, seguida de la introducción de alimentación complementaria adecuada manteniendo la LM hasta los **2 años o más**. A continuación, revisamos los beneficios de la LM en varios ámbitos del desarrollo infantil, sustentados en evidencia científica:

- **Nutrición óptima e inmunidad:** La leche materna provee todos los nutrientes necesarios en cantidad y calidad para el bebé durante los primeros 6 meses de vida. Contiene la mezcla ideal de proteínas, grasas (incluyendo ácidos grasos esenciales), carbohidratos, vitaminas y minerales que el lactante puede digerir fácilmente. Además, aporta anticuerpos y células inmunitarias de la madre que confieren protección contra infecciones comunes. Estudios muestran que los bebés amamantados *sufren menos enfermedades infecciosas* (gastrointestinales, respiratorias, otitis, etc.) en comparación con los alimentados con fórmula. Este efecto protector inmunológico se extiende más allá de la lactancia, reduciendo la morbilidad infantil.

- **Crecimiento físico adecuado:** La composición de la leche humana se adecua dinámicamente a las necesidades del niño (cambios entre calostro, leche de transición y madura; incluso variaciones durante la toma). Esto garantiza un crecimiento armónico. Niños amamantados tienden a tener *ganancia de peso adecuada pero no excesiva* en lactancia, lo que se relaciona con menor riesgo de obesidad posterior. La LM también favorece el desarrollo de la microbiota intestinal saludable, lo cual influye en la nutrición y salud metabólica. Importante: la leche materna aporta ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga esenciales para el desarrollo cerebral y visual del infante, componentes que muchas fórmulas tratan de imitar pero que en la leche natural están biodisponibles de forma óptima.

- **Beneficios para la madre:** Si bien el enfoque de esta clase está en el bebé, cabe mencionar que la lactancia ofrece ventajas maternas que, indirectamente, benefician al niño (una madre sana cuida mejor a su hijo). La succión del bebé estimula la liberación de oxitocina en la madre, ayudando a la contracción uterina posparto (lo que reduce hemorragias) y favoreciendo el *apego*.

- **Fortalecimiento del vínculo afectivo:** Más adelante profundizaremos en la relación entre lactancia y apego, pero es importante destacar aquí que la experiencia de amamantar no es solo nutricional, sino también *sensorial y emocional*. Durante la lactancia, madre e hijo mantienen contacto piel con piel, mirada, calor y voz, lo que crea un espacio de intimidad y vinculación. La lactancia garantiza que el bebé pase *varias horas en brazos de su madre cada día*, fomentando la cercanía física y emocional[41]. Se libera oxitocina tanto en la madre (la “hormona del amor”) como en el bebé, promoviendo sentimientos de calma y apego mutuo.

Lactancia y desarrollo psicomotor

- La **balanza de la evidencia** apoya que la lactancia materna *promueve el desarrollo psicomotor* del niño – con efectos pequeños pero positivos en cognición y motricidad. Esto refuerza las recomendaciones de políticas de salud para fomentar la LM.
- ¿Y que pasa si hay dificultades con la lactancia materna?

Lactancia Materna y Vínculo Madre-Hijo

- La lactancia materna desempeña un rol destacado en el establecimiento del apego entre el bebé y su madre (o figura cuidadora que amamanta). Aunque el apego se puede formar mediante cualquier forma de alimentación sensible (biberón incluido), la lactancia al pecho ofrece circunstancias especialmente propicias para forjar un vínculo afectivo seguro:
- **Contacto piel con piel y confort:** Desde la primera hora de vida, se recomienda el *contacto piel a piel inmediato* y el inicio temprano de la lactancia. Estas prácticas han demostrado aumentar la probabilidad de un buen vínculo inicial y continuidad de la lactancia. Al amamantar, el bebé siente el calor, el olor y los latidos de su madre, recreando en parte la seguridad del útero. Esto libera oxitocina en ambos, generando sensaciones de placer y apego. El pecho materno brinda no solo alimento sino también *consuelo*: bebés amamantados suelen buscar el pecho no solo por hambre sino por alivio al dolor o angustia (la succión calma el llanto y reduce el estrés). Esto refuerza en el bebé la asociación de la madre con seguridad y alivio, cimentando un apego seguro.

- **Mirada y comunicación temprana:** Durante la toma, el bebé típicamente entra en un estado de alerta tranquila (especialmente al inicio de la succión, cuando se sacia la fase de hambre intensa) y busca la mirada de su madre. La madre suele aprovechar para hablarle suave, sonreírle, acariciarlo – en suma, se produce una “protoconversación”. El intercambio de miradas y gestos durante la lactancia es una forma temprana de comunicación que refuerza el vínculo emocional. Muchos bebés incluso establecen un *contacto visual prolongado* mientras se alimentan, mostrando tranquilidad; es un momento de sintonía afectiva única.

- **Respuesta sensible y confianza:** La lactancia exitosa suele implicar alimentar al bebé a demanda, respondiendo a sus señales de hambre y saciedad. Esta respuesta consistente a las necesidades básicas del bebé (nutrición y afecto) por parte de la madre envía un mensaje potente: “**Estoy aquí para ti, te atiendo cuando me necesitas**”. Según la teoría del apego, un cuidador *sensible y disponible* que satisface de forma consistente las necesidades del niño es la base para un *apego seguro*. En efecto, estudios longitudinales han encontrado que la sensibilidad materna durante las tomas (por ejemplo, madre que acoge al bebé si se inquieta, que no fuerza al bebé a tomar cuando no quiere más, etc.) predice mayor seguridad en el apego al año de vida.

- **Rol del padre/otro cuidador:** Aunque la lactancia suele centrarse en la madre biológica, los padres u otros cuidadores pueden y deben participar en el proceso de crianza para el establecimiento del apego. **El apego no es exclusivo de la madre**, y el padre puede desarrollar un fuerte vínculo con el bebé a través de contacto piel con piel, alimentarlo con leche materna extraída, mecerlo y atenderlo.

Teorías del Apego: Definiciones

- **El apego es el lazo emocional profundo que desarrolla el bebé con sus cuidadores principales, caracterizado por la búsqueda de proximidad y contacto con esas figuras cuando el niño se siente estresado, asustado o en necesidad de consuelo.** John Bowlby, el padre de la teoría del apego, describió **el apego como una necesidad biológica del bebé para garantizar su supervivencia**: evolucionamos para mantenernos cerca de quien nos cuida, ya que ello nos brinda protección y satisfacción de necesidades. Desde el momento del nacimiento, el apego juega un rol crucial en el bienestar del niño – los bebés dependen totalmente de sus cuidadores para alimentarse, sentirse seguros y recibir afecto. La calidad de esas interacciones tempranas moldea la forma en que el bebé percibe el mundo y se relacionará con otros a futuro.

Fases del apego: El apego no surge instantáneamente, sino que se construye en fases durante el primer año de vida (según Bowlby, con aportes de Schaffer):

- - 0-2 meses: **Pre-apego:** El bebé muestra comportamientos innatos (llorar, sonreír, mirar) que atraen cuidadores de forma indiscriminada – es decir, responde a cualquier adulto atento. Aún no hay preferencia por una figura específica, pero el bebé ya está “pre-sintonizado” con señales humanas (prefiere voces, rostros).
- - 2-6 meses: **Formación del apego en curso:** El lactante comienza a **reconocer y preferir** a sus cuidadores habituales. Por el olfato primero y luego la vista, distingue a mamá/papá de extraños. Sonríe más y se calma más fácilmente con estas figuras conocidas. Sin embargo, aún no protesta intensamente si se separan de él.
- - 7-8 meses a 2 años: **Apego propiamente dicho:** Hacia los 7-8 meses emerge la *ansiedad ante extraños y angustia de separación*, lo cual indica que el bebé ha establecido una o varias figuras de apego claras. Ahora **busca activamente la proximidad** de su figura de apego, gateando o extendiendo los brazos para que lo carguen, y se *angustia cuando esa persona se va*. Este es el apego consolidado: el niño utiliza al cuidador como “**base segura**” desde la cual explora el mundo y a la cual regresa en busca de refugio cuando algo lo inquieta.

- - *2 años en adelante: Apego como relación recíproca.* El niño desarrolla gradualmente empatía y comprensión de que sus cuidadores tienen objetivos propios. Se establece una relación más equilibrada (“*asociación con metas compartidas*”) en la cual el niño puede tolerar separaciones breves entendiendo que el cuidador regresará. La comunicación lenguaje-mediada ayuda a negociar las ausencias. Aunque el apego sigue siendo importante, el niño gana autonomía.

Tipos de Apego según Ainsworth

- Mary Ainsworth, colega de Bowlby, diseñó la famosa **Situación Extraña** para evaluar el apego en niños de ~1 año observando cómo reaccionan ante separaciones breves y reuniones con la madre en presencia de un extraño. A partir de esas observaciones identificó **tres estilos de apego principales**, a los que posteriormente se añadió un cuarto:

1.- Apego seguro

- Es el patrón ideal. El niño con apego seguro *confía en su cuidador* y lo usa como base segura. En la Situación Extraña, un bebé seguro explora la sala mientras mamá está presente, se puede inquietar o llorar cuando ella se va, y **busca activamente el contacto al reunirse** (por ej., va gateando hacia ella, alzando los brazos). Cuando la madre lo consuela, el niño se calma relativamente rápido y vuelve a jugar, mostrando que recuperó la sensación de seguridad. Estos niños expresan abiertamente su malestar (lloran en la separación) pero también su alegría al reencuentro, y luego retoman la exploración sin problema. El cuidador de un niño seguro típicamente ha sido *sensible y consistente* respondiendo a sus necesidades. El apego seguro se asocia con mejores competencias sociales y emocionales posteriormente.

Apego inseguro evitativo:

-): En este patrón, el niño ha aprendido a *minimizar la expresión* de sus necesidades afectivas porque su cuidador tiende a ser distante o rechazante ante las señales de apego. En la prueba, el bebé evitativo puede **no mostrar angustia aparente cuando la madre se va** y, sorprendentemente, **ignorar o evitar activamente a la madre cuando regresa**. Por ejemplo, puede seguir jugando sin dirigirse a ella, o mirar hacia otro lado cuando lo toma. Sin embargo, mediciones fisiológicas (frecuencia cardíaca) indican que sí se estresó con la separación, solo que *no lo expresa abiertamente*. Estos niños parecen “muy independientes” tempranamente y no buscan mucho contacto físico. Detrás de ello suele haber un historial de cuidados fríos, en los que el niño aprendió que llorar no resultaba en consuelo consistente.

Apego Inseguro Ambivalente o resistente

- Aquí el cuidador ha sido inconsistente – a veces responde, a veces no, generando en el niño una ansiedad e inseguridad. El bebé ambivalente suele mostrar **angustia muy intensa en la separación** (mucho llanto, incluso antes de que la madre salga del todo) y, al regreso, **busca contacto pero a la vez resiste el consuelo**. Típicamente, el niño se aferra a la madre pero puede golpearla o arquearse protestando; es *difícil de consolar, permanece angustiado* a pesar de estar con su figura de apego. Además, estos niños *no retornan fácilmente a la exploración* después de la reunión – quedan “pegados” al cuidador llorando o vigilándolo, temiendo quizás otra separación. Este comportamiento ambivalente (quiere el contacto pero está enojado) refleja la incertidumbre del niño sobre la disponibilidad del cuidador.

Apego desorganizado

- Identificado más tarde por Main y Solomon, se ve en aprox 5-10% de los casos (más en contextos de maltrato). Es un patrón **atípico** en el que el niño exhibe conductas contradictorias, desorientadas o “sin estrategia” clara de apego. Por ejemplo, al reunirse con la madre puede acercarse pero repentinamente alejarse o quedarse inmóvil; o puede mostrar temor hacia el propio cuidador. Pueden darse comportamientos extraños como caminar hacia la madre con la cabeza gacha o adoptar posturas congeladas. El apego desorganizado suele surgir en contextos de **adversidad severa**: abuso físico o emocional, cuidado negligente, o cuando la figura de apego asusta al niño (p. ej., madre con conducta imprevisible por enfermedad mental o adicciones). El niño se encuentra en paradoja porque su fuente de seguridad es a la vez fuente de miedo. Este estilo de apego está asociado con riesgo elevado de dificultades emocionales posteriores.

Determinantes del apego

- Calidad de las interacciones cuidador-niño
- Temperamento del niño
- Condiciones de estrés socioeconómico
- Depresión post parto en la madre
- Falta de apoyo social
- Etc

Importancia del Apego seguro en el Neurodesarrollo

- **Regulación emocional y estrés:** Los niños con apego seguro desarrollan mejor capacidad de **autorregulación emocional**. Habiendo tenido experiencias repetidas de consuelo exitoso por parte del cuidador, interiorizan estrategias de calma y manejan mejor la ansiedad. En cambio, un apego inseguro puede conllevar dificultades para regular las emociones – por ejemplo, niños con apego ambivalente a veces muestran emociones desbordadas o dependientes, mientras que con apego evitativo tienden a reprimir la expresión emocional (pero pueden tener mayor reactividad fisiológica interna). Estudios neuroendocrinos evidencian que bebés/toddlers con apegos inseguros (o con privación de apego) presentan **niveles más altos de cortisol** basales y ante situaciones de estrés, señal de una respuesta al estrés menos modulada. Por el contrario, un apego seguro está asociado a reactividad cortisol más moderada y rápida recuperación tras el estrés. Esto es relevante porque niveles crónicamente elevados de cortisol en la niñez se vinculan con riesgos para el desarrollo cerebral (ej. afectan al hipocampo y amígdala) y la salud física.

- **Desarrollo cerebral y cognitivo:** El apego seguro proporciona un entorno de estimulación adecuada y *base segura para explorar*, lo cual favorece las conexiones neuronales. En los primeros años, el cerebro está formando sinapsis aceleradamente – aquellas sinapsis que se utilizan y reciben experiencias positivas se fortalecen, mientras que las que no, se podan. Un niño con apego seguro tiende a explorar más confiadamente su entorno (jugar, manipular objetos), recibiendo estímulos variados que enriquecen su desarrollo cognitivo y motor. Además, la interacción sensible de los padres (propia de apego seguro) estimula el desarrollo lingüístico y ejecutivo: se habla más al niño, se le lee, se le guía en resolver problemas. Investigaciones longitudinales muestran que, en promedio, niños con apego seguro en la infancia presentan *mejor rendimiento en pruebas de funciones ejecutivas* (atención, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva) en edad preescolar, así como *mejor desempeño académico* en años posteriores, en comparación con aquellos con apegos inseguros – claro está, estos resultados pueden estar mediados también por otros factores familiares, pero el apego es un indicador significativo. En contraste, experiencias extremas de apego inseguro (como negligencia severa, institucionalización temprana) se asocian con **alteraciones en el desarrollo cerebral**: estudios con neuroimagen han encontrado volumen cerebral reducido y menos sinapsis en niños que sufrieron privación afectiva en los primeros años. Esto resalta cuán fundamental es el cuidado afectuoso para la salud cerebral.

- **Autoestima y habilidades sociales:** Un apego seguro proporciona al niño una “seguridad básica”: le hace sentir que es valioso y digno de amor (porque sus cuidadores le responden), construyendo una autoestima saludable. Al mismo tiempo, sienta un modelo interno de que las relaciones son confiables y gratificantes. Por ende, estos niños tienden a mostrarse más abiertos, cooperativos y empáticos en sus relaciones con pares. Estudios mencionan que niños con apego seguro exhiben *mayor confianza en sí mismos, mejor autoestima, mejor capacidad de empatía y competencia social* al ingresar a la escuela. Por el contrario, niños con apego inseguro pueden tener más problemas: los evitativos a veces son percibidos como distantes o agresivos (al haberse acostumbrado a no depender de otros, pueden mostrar menos empatía), mientras que los ambivalentes pueden ser más demandantes, ansiosos o inhibidos en grupos (buscando constante reafirmación). Investigaciones longitudinales incluso sugieren que los estilos de apego pueden influir en la *salud mental* futura: un apego inseguro se ha correlacionado con mayor riesgo de depresión y ansiedad en la adolescencia y adultez, dificultades en la intimidad, etc., aunque no de manera determinista. Un apego seguro, por su parte, es un factor de protección frente a trastornos emocionales.

- **Salud física e inmune:** Interesantemente, se ha encontrado relación entre apego seguro y ciertos indicadores de salud física. Un estudio mencionaba que individuos con historial de apego seguro tenían un **sistema inmune más robusto** y menor reactividad inflamatoria. Esto podría deberse a que el estrés crónico (más presente en infancias con apego inseguro o experiencias adversas) impacta negativamente la función inmunitaria. Además, conductas de cuidado (nutrición, protección) son mejores con cuidadores sensibles, reduciendo exposiciones a riesgos. En suma, el apego seguro favorece el desarrollo integral: cuerpo y mente.

Apego y participación ocupacional del lactante

- El concepto de **participación ocupacional** se refiere a la involucración activa en las actividades significativas de la vida diaria (ocupaciones). En el caso de un lactante, sus “ocupaciones” principales incluyen: alimentarse, dormir, jugar/explorar, interactuar socialmente (sonrisas, balbuceos), y eventualmente participar en rutinas de cuidado (baño, cambio de pañal) de forma activa. ¿Cómo influye el estilo de apego en estas ocupaciones del bebé? Veamos algunos ejemplos:

USTEDES PRIMERO: QUE SE LES OCURRE?

- **Exploración y juego:** Un apego seguro proporciona la famosa “**base segura**” desde la cual el niño se lanza a explorar su entorno. Si el bebé confía en que el cuidador está disponible, se sentirá lo suficientemente seguro como para alejarse unos metros a curiosear un juguete nuevo o gatear hacia otra habitación, sabiendo que puede regresar en busca de apoyo si se angustia. Esta libertad emocional redundará en *más exploración motora y sensorial*, o sea, mayor participación en la ocupación del juego y descubrimiento. En cambio, un bebé con apego inseguro ambivalente puede mostrarse **aferrado** al cuidador, temeroso de explorar – esto limita sus oportunidades de juego independiente, de practicar habilidades motoras (por ej., no se separa para gatear) y de aprendizaje ambiental. Un bebé con apego evitativo quizás explore por su cuenta pero de manera *superficial*, sin recurrir al adulto cuando necesita ayuda o confort, lo cual podría significar que persista en estrés sin resolver y eso afecte la calidad de su juego (p. ej., puede jugar de forma repetitiva o menos imaginativa, al estar suprimiendo su necesidad de contacto). En resumen, el apego seguro suele asociarse a **mayor iniciativa y curiosidad** en el juego, mientras que apego inseguro puede manifestarse como o bien excesiva *dependencia* o *aislamiento*, ambas situaciones que afectan la ocupación lúdica.

- **Aprendizaje y comunicación:** Durante las interacciones cotidianas (alimentación, cambio de pañal, juego de palmaditas) es cuando el bebé aprende habilidades de comunicación temprana: turnos conversacionales, imitación de gestos, vocalizaciones. Un cuidador sintonizado (apego seguro) tiende a *responder a los balbuceos* y gestos del bebé, fomentando más vocalizaciones y enriqueciendo el entorno lingüístico del niño. Esto promueve la participación del bebé en “diálogos” y canciones, ocupaciones importantes para el desarrollo del lenguaje. Por el contrario, en diáadas con apego inseguro puede haber **menor sincronía comunicativa**; por ejemplo, madres deprimidas hablan menos o en monólogo desconectado, reduciendo la participación activa del bebé en comunicación. O en apego evitativo, el bebé puede evitar contacto visual y vocalizar poco, retrayéndose de la ocupación social. Los terapeutas ocupacionales pueden intervenir aquí enseñando estrategias de comunicación temprana a padres, fomentando que vean esas rutinas como oportunidades de participación del bebé (no hacer todo rápido y mecánico sino conversar mientras se viste al bebé, dejar que el bebé “responda”).

- **Alimentación y otras rutinas de cuidado:** Un apego seguro facilita que estas rutinas sean experiencias colaborativas agradables. Por ejemplo, durante la **alimentación**, un bebé seguro expresará sus preferencias (gira la cabeza cuando está satisfecho, sonríe al ver la cuchara si tiene hambre) y el cuidador las respeta. Si hay apego inseguro ambivalente, podría haber señales confusas en la alimentación: el bebé puede rechazar la comida pero a la vez estar hambriento, reflejando ansiedad, y el cuidador a su vez puede frustrarse o insistir erráticamente. En apego evitativo, el bebé podría mostrar poca expresión de disfrute al comer, y el cuidador podría no involucrarse emocionalmente (dar la comida sin contacto visual ni estímulo). Así, el **disfrute ocupacional** en la alimentación puede mermarse. Lo mismo con rutinas como el baño: idealmente son momentos de juego y vínculo (salpicar, cantar), pero en apegos inseguros a veces se vuelven momentos tensos (bebé muy quejoso o apático, cuidador ansioso o distante). Un TO puede ayudar a re-ocupar estas rutinas de forma más positiva (ej: enseñar al parent técnico de masaje infantil post-baño para favorecer vínculo y relajación del bebé).

- **Sueño:** Aunque dormir es algo fisiológico, la transición al sueño es una ocupación aprendida con apoyo del cuidador. En apego seguro, el bebé suele poder **conciliar el sueño con menos dificultad**, porque ha internalizado confianza en que en su cuna está seguro y que si llora vendrán a consolarlo. Bebés con apego inseguro (especialmente ambivalente) pueden mostrar *más despertares nocturnos y dificultad para calmarse solos*, afectando la ocupación del sueño tanto del bebé como de la familia. Esto a su vez repercute en el desempeño diurno del bebé (más irritabilidad por cansancio, menos disposición al juego). Intervenciones de buenos hábitos de sueño requieren considerar estos aspectos emocionales y no solo técnicas conductuales.



GRACIAS!!

Referencias bibliográficas

- **Weisstaub, G. N., Schonhaut, L. B., & Salazar, G. R. (2017).** Lactancia materna, desarrollo motor y obesidad, ¿Existe asociación causal? *Revista Chilena de Pediatría*
- **Ferrer, I., et al. (2014).** Lactancia materna y desarrollo cognitivo: valoración de la respuesta a la interferencia mediante el "test de los 5 dígitos". *Nutrición Hospitalaria*,.
- **Cabezuelo, G. & Frontera, P. (2010).** *El desarrollo psicomotor: desde la infancia hasta la adolescencia*. Narcea Ediciones, Madrid.
- **van IJzendoorn, M. (2005; trad. 2010).** El apego durante los primeros años (0-5) y su impacto en el desarrollo infantil. En *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, Montreal, Centro de Excelencia para el Desarrollo Infantil.
- **Hidalgo Torres, R. (2023).** La teoría del apego: qué es, postulados, aplicaciones y trastornos
- **Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo (2013).** *Guía de Apego Seguro*. Gobierno de Chile.
- **UNICEF & OMS (2018).** *¿Por qué la lactancia materna es importante?* (Folletos informativos de la Semana Mundial de la Lactancia; resumen de beneficios de la LM para el niño, la madre y la sociedad, con datos globales actualizados).