

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

[TRABAJO FINAL DE GRADO]

Montevideo -Uruguay

EL SUEÑO INFANTIL Y EL APEGO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SANTIAGO CABANO

C.I.: 4.178.533-0

NOMBRE DEL TUTOR: VERÓNICA CAMBÓN

FECHA DE ENTREGA: 29-07-2014

INDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

Mirada evolutiva.....	2
Nuestra especie.....	3
Teoría del apego – contextualización.....	5
Teoría del apego – desarrollo.....	6
Construcción del vínculo de apego.....	8
Modelos operativos internos.....	12
Tipos de apego.....	13
Maternaje o cuidados maternos.....	16
Formación del apego – mirada desde el adulto.....	18
Maternaje y cerebro.....	20

CAPITULO II

Sueño infantil un concepto que trasciende lo biológico.....	21
Fases del sueño en un adulto sano.....	21
Sueño infantil y necesidades.....	22
Situación en Uruguay.....	24
Pautas para un sueño seguro en el lactante.....	25
El colecho y la lactancia a demanda.....	26
Colecho, para practicarlo de forma segura.....	28
Influencia cultural.....	28
Dormir bien vs dormir mal.....	31
Insomnio infantil por hábitos incorrectos	32
Hábito – el dormir es consecuencia del aprendizaje.....	33
Si existe patología, existirá tratamiento.....	34
Repercusiones.....	36
Conclusión Final.....	40
Referencias bibliográficas.....	41
Anexo.....	44

Introducción

En la cultura occidental industrializada, como lo es Uruguay, existe la creencia que el acto de dormir saludable de un bebé o niño, es cuando lo hace en su habitación, sin la presencia de sus padres y no se despierta durante toda la noche y si lo hace, es capaz de autoconsolarse y volver a conciliar el sueño. Los niños que no logran cumplir con tales expectativas son muchas de las veces diagnosticados con “insomnio infantil por hábitos incorrectos” y tratados con métodos de adiestramiento altamente nocivos para su salud. También, la ideología occidental promueve que practicar el colecho es un factor que aumenta la probabilidad del síndrome de muerte súbita en el lactante (SMSL) y es considerado un “mal hábito” difícil de romper en el futuro. No obstante, estas creencias responden a la ideología capitalista de principios del siglo XX, donde se valoriza las actitudes de autosuficiencia e individualismo, insinuando que el niño que es capaz de autoconsolarse cuando duerme en el futuro se convertirá en un adulto independiente, y el acto de dormir en solitario también mejoraría la relación de pareja. Dichos valores llegaron a impregnarse en el saber médico, determinando que las pautas que promueven para que el bebé logre un sueño seguro y consolidado estén en consonancia con la ideología individualista y de autosuficiencia más que con las verdaderas necesidades de la criatura. No obstante el paradigma sobre el sueño infantil que sustenta nuestra cultura, no es universalmente compartido, de hecho otras culturas como las orientales, desaconsejan la práctica del sueño infantil en solitario, favorecen el colecho y son los que presentan el menor índice del SMSL. Desatender la visión evolutiva del ser humano a favor de los intereses ideológicos, puede acarrear consecuencias muy importantes y difíciles de revertir en el sujeto. En el presente trabajo mostraremos como esta práctica de dormir en solitario y de autoconsolarse atenta contra la salud del bebé y en el establecimiento de un apego seguro con la mamá, con la problemática que ello implica.

Nuestra misión en el presente trabajo, es intentar “romper” con la creencias instauradas sobre el sueño infantil en solitario, para dar paso a una visión que comprende al sueño como una función a favor de la supervivencia del sujeto, y que practicarlo conjuntamente con los papás, es un legado de nuestra evolución y que ningún poder médico y moral deberá quitarnos.

Capítulo I

“El concepto de lo mejor es un resultado natural de la evolución misma. La vida tiende naturalmente a perfeccionarse”.

José Ingenieros

Mirada evolutiva – sobrevivir

Charles Darwin, creador de la teoría de la selección natural, y sus seguidores, postulan, a grandes rasgos, que los miembros de cada especie de plantas y animales se adaptan a la vida de un ambiente preciso y evolucionan en él, producto de la interacción que establecen con dicho ambiente que habitan. Se entiende por evolución, al conjunto de cambios que se originan como efecto de la selección natural; y se puede decir que la selección natural es, la selección de aquellos genes que proporcionan a cada estructura biológica, aquel comportamiento más adecuado para el entorno en el que vive (Punset, 2007). Y cuyo objetivo final, es la supervivencia de la especie. Por lo tanto, que una especie de animal o planta esté adaptada a su entorno es producto que posee una estructura biológica, o lo que es lo mismo, una morfología, fisiología y repertorio de conductas que le permita asegurar su supervivencia. Las variedades de especies menos adaptadas, producto de la selección natural, tendrán como destino la desaparición. Para un observador ingenuo del paradigma de la selección natural, podrá maravillarse ante la presencia de una orquídea, no obstante, al mismo tiempo, su ingenuidad, no le permitirá comprender que la estructura floral de dicha planta, está diseñada para atraer a ciertos tipos de insectos, que por un proceso particular, favorece la fertilización de la semilla de orquídea, y así de esta manera perpetuar los genes de la especie (Bowlby, 2012).

Por todo lo expresado, que en el siglo XXI el ser humano prosiga en este planeta, es consecuencia de la selección natural, de la selección de un contingente genético adecuado para estructurar individuos biológicamente aptos para la supervivencia. Esto quiere decir, que la estructura biológica que poseemos, es al momento, la más indicada para perpetuar nuestros genes, a nuestra especie. Vale considerar, que la naturaleza humana es muy compleja, y sería ingenuo pensar que la supervivencia de nuestra especie depende únicamente de la selección natural, pero sería igualmente ingenuo ignorar que nuestra naturaleza humana está escrita en nuestros genes.

Desde tiempos inmemorables la especie humana ha estado vinculada a su capacidad como individuos que se consagraban a la recolección y a la caza; solo muy tardíamente podemos considerarnos miembros de una civilización avanzada. Se entiende que el mundo tal cual como lo conocemos en éste presente, es sólo un

parpadeo en comparación con la historia evolutiva de nuestra especie (Punset, 2007). En este sentido Tobias (citado por Bowlby, 2012) expresa:

...el período durante el cual los hombres han vivido en ambientes modificados no excede al 0.5% del período total de existencia humana (...) los genotipos de los seres humanos actuales son, en la mayoría de los aspectos, los mismos que los de la era preagrícola. (Bowlby, 2012, p. 99)

Esto quiere decir; que la estructura biológica que presenta el humano moderno, en su generalidad, es igual a la que poseía nuestros antepasados. Como sugiere Pinker (citado por Punset, 2006) en cuanto al cerebro: “está claro que hay diferencias entre las sociedades tecnológicamente avanzadas y las de los cazadores-recolectores, pero probablemente las habilidades mentales son las mismas en todas las culturas” (Punset, 2006, p. 117). Dentro de ésta estructura biológica que compartimos con nuestros antepasados, se encuentran las conductas instintivas, que si bien pueden variar en personas y culturas, no lo hace en extremos e inclusive, aunque la cultura varíe, se pueden encontrar puntos en común en la ejecución de bagaje instintivo, en todos los individuos humanos en este planeta. Ejemplo de ello; son las conductas de apareamiento, el comprender las emociones y los pensamientos de otras personas, y entre otras tantas, el apego que une a los bebés con sus progenitores. Por lo tanto, cabría considerarlas, a dichas conductas, como el resultado de un plan común que todo individuo humano posee en sus genes para la supervivencia de la especie. (Bowlby, 2012).

Nuestra especie

El ser humano como los monos y simios es un animal – mamífero - primate, denominado por los científicos como “especie de porteo”, lo que significa que las crías de estas especies deben permanecer continuamente junto con sus madres para lograr sobrevivir. Para ejemplificar, simios y monos, permanecen junto a sus madres para asegurar el alimento, ya que lactan seguido y hasta los 6-12 meses de edad son cargados por un individuo adulto de la especie. También, siendo crías, duermen en brazos o colgados de sus madres (McKenna, 2009). Para lograr estar junto a su mamá, la cría debe nacer bien desarrollada en sus funciones, con la capacidad de poder mantenerse agarrada a ella, mamando muy frecuentemente y con la posibilidad de seguirla cuando exista separación física. A las especies con estas condiciones, de nacer con funciones muy desarrolladas, se las denomina “precociales” (Berrozpe, 2014). Que estas especies necesiten mamar con mucha frecuencia es consecuencia de la composición de la leche materna, compuesta por más agua y calorías en forma de azúcares (lactosa) que proveen energía y es de fácil digestión. Al ser pobre en

grasas, nutriente de crecimiento, dichas especies presentan un ritmo de crecimiento menor comparado con otras especies como son algunos mamíferos denominados “especies anidadas” (McKenna, 2009).

La biología del bebé humano es muy particular, si bien es un primate, y es considerado una “especie de porteo”, o sea que depende de su continua permanencia junto a la madre para sobrevivir, no es clasificado como “precocial” sino como “secundariamente atricial”. Para comprender mejor, las especies atriciales, al contrario que las precociales, nacen muy inmaduras en sus funciones, no pueden permanecer junto a sus madres continuamente, por ello, pasan largos períodos del día solas, protegidos en sus nidos mientras su madre busca el alimento. Por su permanencia en sus nidos, estos mamíferos son denominados; “especies anidadas”. A su vez, estas crías, no lloran en ausencia de su madre, para no ser oídas por los predadores, y la leche materna es rica en grasas, por lo que luego de cada toma, las crías quedan satisfechas, hasta el regreso de la mamá, por lo que no requieren de tomas frecuentes (Berrozpe 2014; MacKenna, 2009). Se dice entonces, que el bebé humano es atricial, puesto que nace con un desarrollo de sus funciones mucho menor que otros primates, su control neuromuscular es casi nula, por lo que se ve invalidado de mantenerse aferrado a su madre y de seguirla. Pero, y aquí radica la particularidad de nuestra biología, la cría humana necesita mamar con mucha frecuencia, pues la leche materna de la hembra humana, presenta las características de las especies precociales. De esto se desprende que, la leche humana tiene todas las características para las crías precociales, pero siendo la cría humana secundariamente atricial, será responsabilidad de la madre el mantener cerca de sí a su bebé, pues este por sus propios medios le será imposible estarlo y por lo tanto de sobrevivir (Berrozpe, 2014). Estar junto a su madre no solo le asegura el alimento sino que el contacto físico constante de las crías de la especie de porteo con sus madres, permite el establecimiento de un vínculo fisiológico y social entre hijo y madre (McKenna, 2009). Es entonces imprescindible para nuestra supervivencia de nuestra especie que la mamá cumpla un rol muy activo en aproximarse y mantenerse cerca de su cría para satisfacerle sus necesidades, aspecto denominado “**maternaje**”, concepto que será desarrollado posteriormente. En tanto a la cría, las conductas y predisposiciones que se le activan para la búsqueda de proximidad y mantenimiento con su figura afectiva, se denominan **conductas de apego**, las cuales por su valor de supervivencia se han instaurado en nuestra estructura genética (López, Etxebarria, Fuentes & Ortiz, 2005). Por lo tanto, las conductas de apego, perduran en los genes de todos los habitantes humanos de este planeta y siglo, sin diferenciar, raza, cultura y clase social y con el mismo fin, sobrevivir.

Teoría del Apego – contextualización

En la década del 50, la Organización Mundial de la Salud le encomendó a John Bowlby, tareas de asesoramiento sobre la salud mental de los niños sin hogar. A principios de 1951, el autor le presenta a la organización un monográfico titulado *“Maternal Care and Mental Health”* (Cuidado Maternal y Salud Mental), que constó de dos partes, una primera que analizó los datos relativos a los efectos negativos de la privación de los cuidados maternos y una segunda parte relató las formas para prevenirla (Bowlby, 2010). La monografía establece principalmente, que es esencial para la salud mental de un bebé y niño pequeño, que gocen de una relación íntima, cálida y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), y que ambos logren satisfacción y goce (Bowlby, 2012). Conforme sus investigaciones avanzaron, conjuntamente con investigaciones de sus seguidores; es que concluyen lo siguiente:

...qué la pérdida de la figura materna, por sí misma o unidas a otras variables aún no identificadas claramente, puede producir reacciones y procesos que son del mayor interés para la psicopatología. Más aún, concluimos que esas reacciones y procesos son los mismos que presentan individuos de más edad que están todavía perturbados por separaciones sufridas en una etapa temprana de sus vidas. (Bowlby, 2012, p. 22)

En los tiempos que transcurrían, los datos y análisis presentados por el autor, no se adaptaban a ninguna de las teorías aceptadas en ese entonces, como ser el psicoanálisis. Por tal motivo, Bowlby se vio forzado a construir su propia teoría, e impulsado por los trabajos que se venían realizando en la ciencia que estudia el comportamiento animal comparado: la Etología, es que conoce los trabajos de Lorenz sobre la “Impronta” de los patitos y los ansarinos. Se entiende a la impronta filial como; “una forma de aprendizaje que los animales precociales en sus primeros días aprenden a aproximarse y seguir al primer objeto relativamente grande que ven en movimiento” (Barg, 2011, p.71). Bowlby estudia en detalle este mecanismo (la impronta), para comprender en profundidad como algunas especies de animales (aves y mamíferos), podían desarrollar un fuerte vínculo con una figura maternal, sin el alimento como intermediario. Es aquí donde encuentra un modelo explicativo alternativo a los tradicionales, para encuadrar sus estudios sobre el vínculo afectivo entre madre y bebé humano (Bowlby, 2010). Apoyándose en los estudios etológicos es que Bowlby (citado por Pinedo & Santelices, 2006) bautiza a su teoría como “Teoría del Apego”, la cual describe y conceptualiza como; “...la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos o vínculos entre sí, en especial entre las madres o cuidadores y sus hijos.” (Pinedo & Santelices, 2006, p. 202). Estudió cómo se desarrolla la conducta de apego en el bebé humano y como se centra en una figura discriminada, en función a como lo hacen otras especies de animales precociales

como ser aves y mamíferos. Todos estos tipos de conducta tienen como base común el objetivo de lograr encontrar la proximidad deseada (Barg, 2011).

Más adelante se desarrollará con mayor profundidad dicha teoría, en tanto diremos que: a) los datos son obtenidos a través de la observación directa de la conducta de niños pequeños en situaciones de vida real. b) Propone a la separación o pérdida de la figura materna, como el agente patógeno responsable de conductas disruptivas en el infante y posible psicopatología. Por ejemplo, pudiendo observar las reacciones de ansiedad y desasosiego, en bebés separados de su figura materna. c) A partir de las observaciones, de bebés y niños separados de su figura de apego, el enfoque pretende describir a la personalidad incipiente del bebé – niño y su desarrollo, y a partir de ello extraer conclusiones sobre su posible futura conducta. c) Se apoya en gran parte, de las observaciones de cómo reaccionan miembros de distintas especies, situaciones similares de ausencia o presencia de la madre. Para ello se apoyó en la ciencia que se encarga del estudio del comportamiento animal comparado, la etología. Pues Bowlby entendía que ciertos sistemas de conductas que presenta la especie humana, son compartidos con otras especies, como así también aquellas conductas desviadas (Bowlby, 2012). En apoyo a ésta tesis, estudios recientes en biología sostienen en primer lugar, que el ser humano comparte con el resto de la escala zoológica, casi en su totalidad, el código genético. En segundo lugar, el sistema nervioso de nuestra especie, anatómicamente y funcionalmente es una recapitulación filogenética de la evolución. Y por último, la respuesta emocional presenta algunos componentes estructurales comunes entre los humanos y los animales, muy especialmente en respuesta a la amenaza (Barg, 2011). Para ejemplificar hasta qué punto la especie humana comparte una estructura biológica con otras especies es que transcribo palabras de Boris Cyrulink (2013) afirmando que: "...la pared membranosa y los intercambios de materia, descubriremos que la aplisia, una suerte de babosa de mar, secreta en su sinapsis – el espacio entre dos células nerviosas- la misma molécula de acetilcolina que el hombre..." (p.16)

Teoría del Apego – desarrollo

La teoría del apego se la define como el lazo emocional que se establece entre el bebé-niño y uno o más cuidadores por el cual muestra preferencia; y con los que se siente seguro, cuidado, receptivo a las manifestaciones de afecto y con los cuales teme separarse (Cantón & Cortés, 2008). Se entiende que se existe un **vínculo de apego**, cuando se establece una relación que perdura en el tiempo, en donde cada parte es única y no intercambiable con otras personas. Ambos experimentan el deseo de estar una cerca de la otra. **El apego** es una sub- variedad del vínculo afectivo, en la

cual para que una persona se siente segura depende de dicha relación. La persona al estar apegada a otra siente seguridad y bienestar, en presencia de la misma, y la utiliza como “base segura” desde la cual explora el mundo. La relación madre-bebé o figura materna –bebé; es una relación de apego (Berrozpe 2014).

El comportamiento observable es la “traducción” de las experiencias internas del vínculo de apego y del apego que vivencia el sujeto. A dichas conductas se las denomina **conductas de apego**, y Ainsworth (citado por González, 2010) las define como: “La característica más sobresaliente es la tendencia a lograr y mantener un cierto grado de proximidad al objeto de apego, que permita tener un contacto físico en algunas circunstancias y comunicarse a distancia, entre otras” (González, 2010, p. 90). O sea que a proximidad entre el niño y la figura materna, es esencial para la supervivencia del individuo. Es preciso aclarar que “figura materna, de apego o de apoyo” se la entiende como la persona a la que el niño prefiere dirigir sus conductas de apego. Cualquier otra persona hacia la cual el bebé-niño se muestra temporariamente dispuesto a dirigir las conductas de apego, se la denomina “madre sustituta” (Bowlby, 2010).

Sistemas conductuales

Los sistemas conductuales, como los definió Bowlby, son un conjunto o repertorio de respuestas cuyo fin es satisfacer una necesidad específica o varias asociadas. Las conductas o respuestas van acompañadas con elementos emocionales propios del sistema. A su vez, cada uno de estos sistemas, se activan o desactivan en un momento determinado en respuesta a ciertos estímulos externos o internos, e inclusive algunos sistemas pueden activarse al unísono, como el sistema de apego y el sexual. No obstante otros son excluyentes, como ser el sistema exploratorio y el de apego (Marrone, 2001).

Se pueden observar los siguientes sistemas

- El sistema de apego.
- El sistema de afiliación (a grupos).
- El sistema de alimentación.
- El sistema sexual.
- El sistema exploratorio (Pinedo & Santelices, 2006).

El sistema de interés para el presente trabajo es; **el sistema conductual de apego**, el mismo se organiza hacia el final del primer año de vida del bebé, lo que se traduce en

que para ese entonces el bebé manifestará ya un estilo relacional, una manera de ir a buscar afecto. Con solo doce meses el niño, con apego seguro, ya logró utilizar a su madre para explorar el mundo y compartir sus triunfos (Cyrulink, 2013). Que lo logre es entre otras competencias, la adquisición de la permanencia del objeto, uno de los logros que planteó Piaget y que tiene lugar justamente en el primer año de vida del infante. Con tal competencia el bebé puede reconocer que la madre sigue existiendo aun en su ausencia, y paralelamente haciéndolo consciente del peligro que eso acarrea, provocándole miedo y ansiedad y la activación del sistema de apego. Consecuentemente con lo antedicho es importante señalar que el despliegue conductual del sistema de apego es activado ante situaciones tales como: el temor, dolor, fatiga, cualquier cosa atemorizante, o por el hecho que la madre sea o parezca inaccesible. Dicho sistema cesa cuando se dan otras condiciones determinadas, como el hecho de sentirse protegido bajo el abrazo prolongado de la figura de apego (Bowlby, 2010).

Construcción del vínculo de apego

En nuestra especie, el bebé es promotor en forjar el vínculo afectivo, o de apego con la figura materna, participa de forma muy activa para lograrlo, ya desde el momento del nacimiento, cuenta con un arsenal pre-determinado en sus genes, de conductas, intereses e inclusive de un fenotipo particular, para comenzar el camino a la conformación de un vínculo con tales características con su mamá. Las pautas de conductas que facilitan la formación del apego pueden clasificarse en dos grupos, 1) las denominadas conductas “señales”, cuyo objetivo es llevar a la mamá hacia el hijo, en las que se encuentra el llanto, la sonrisa, el balbuceo, y más adelante la llamada con palabras y determinados gestos. 2) Las clasificadas como conductas de “acercamiento”, cuyo objetivo es llevar al niño hacia la mamá, para lograrlo, en un primer momento el bebé busca y sigue a su mamá de forma muy rudimentaria, para que más adelante se le facilite el objetivo cuando haya adquirido la locomoción. El aferramiento, incluida la de succión sin fines alimenticios, son otras conductas que pertenecen a ésta categoría (Bowlby, 2012).

Fases en la construcción del vínculo de apego

1. Fase de pre-apego (primeros dos meses)

Tanto las conductas “señales” como de “acercamiento” se emiten sin discriminación de figura. Si bien, como se mostrará a continuación, el bebé tiende a buscar a su mamá, aún no lo hace con la intensidad y efectividad, lográndolo en los meses venideros. En

esta etapa, lo más evidente es que el bebé responda ante la presencia humana, gracias a: **Fenotipo:** en los primeros meses de vida la cara del bebé redondeada, los ojos grandes, la frente amplia, los cachetes regordetes, la nariz chata, y el mentón pequeño componen un conjunto perceptivo muy atractivo que promueve conductas de protección e inhibe la agresión de sus cuidadores. Los etólogos denominan al rostro del bebé humano como “cara de cachorro” (López et al., 2005). **Orientación:** preferencia perceptiva por los estímulos sociales. El cachorro humano desde que nace, percibe y busca los estímulos preferentemente humanos (López et al., 2005). a) Visualmente, en un principio la cría humana es atraída preferentemente por todos aquellos rasgos característicos que conforman una cara humana, pero no la cara en sí; por ejemplo; le atrae las curvas (como los cachetes y las cejas) a las líneas rectas. Prefiere los contrastes que se da entre la luz y la sombra (como el blanco de los ojos contra la pupila). Los ángulos agudos (como la comisura de los párpados) antes que los ángulos obtusos (Stern, 1999.) b) Auditivamente, el feto dentro del vientre materno está constantemente estimulado por sonidos endógenos y exógenos. Una vez nacido, el bebé presenta una clara preferencia por aquellos sonidos experimentados en su estadía en el útero. Por ejemplo por el ritmo cardíaco de la mamá, sonido endógeno durante su gestación, es ahora para el bebé un sonido que le provoca aplacamiento si se encuentra agitado (Lebovici & Weil-Halpern, 1995). Desmond Morris (1980) plantea que:

...cuidadosas observaciones han revelado que la inmensa mayoría de las madres sostienen a sus hijos de modo que apoyen la cabeza sobre su seno izquierdo. Aunque estas madres no saben por qué lo hacen, aciertan al colocar el oído del niño lo más cerca posible del lugar en que se producen los latidos. Esto se aplica tanto a las madres normales como a las zurdas, por lo que la explicación de los latidos del corazón parece ser la única adecuada. (p.13)

También se pudo comprobar que bebés de 1 a 3 días de nacidos, prefieren la voz de su madre a la de cualquier otra mujer (Lebovici & Weil-Halpern, 1995). En situación de experimentación, tetinas a colocadas a dos cintas magnéticas, en la cual en una de las cintas es grabada la voz de la madre pronunciando unas palabras y en la otra, la voz de otra mujer, pronunciando lo mismo, el bebé chupará de manera que pueda pasar más tiempo escuchando la voz de la madre. Por lo que demostraría que la reconoce (Stern, 1999). c) Olfativamente, el bebé también puede lograr reconocer a su madre con apenas 10 días de nacido. Experimentalmente se comprobó al disponer dos gasas, cada una de ellas a ambos lados del bebé, una húmeda del pecho de la mamá que lo alimentaba, y la otra húmeda perteneciente a otra madre. El bebé volteaba la cabeza al lado de la gasa con el olor a su mamá, inclusive cuando las

gasas fueron invertidas en sus lados (Stern, 1999). A los 15 días la cría humana ya puede establecer asociaciones claras entre el rostro y la voz de la mamá. d) Sonrisa, capacidad que aparece en los primeros meses de vida, en los estados iniciales, es desencadenada por estímulos biológicos, luego por estímulos sociales. La sonrisa actúa como promotora de respuestas sociales. El resultado previsible de la sonrisa, es que ésta prolongue la interacción y aumente las conductas maternas positivas en el futuro (López et al., 2005). e) Aferrarse: conducta que se manifiesta en los primeros días de vida en otros primates, en el ser humano aparece varios meses después. Sin embargo en el recién nacido se observa dos comportamientos que preceden al aferramiento (abrazo). Esas conductas son, por un lado, el reflejo prensor, que es el reflejo de la cría humana de cerrar la palma de su mano al sentir presión en ella. Semanas más adelante, el reflejo evoluciona, de tal manera que el bebé al perder contacto con su cuidador mueve la mano y brazo en busca de contacto y cesa al encontrarlo. Por otro lado, está la conducta denominada reflejo de Moro, que es la reacción de extender la cabeza y los brazos hacia atrás y posterior repliegue, ante un movimiento o sonido brusco (López et al., 2005). f) Succión: tiene dos funciones, la función alimenticia y la función no alimenticia. Ésta última, tiene como objetivo, que la cría se aferre a la madre y mantenga el contacto con ésta; en este sentido tiene la misma función que el aferramiento (Bowlby, 2012). g) Llorar: es una potente señal que tiene como finalidad iniciar el contacto con su cuidador. Se puede decir que a través del llorar, el bebé, sin lenguaje aún dice: “mamá ven”. El adulto en consecuencia debe hacer un trabajo interpretativo de la o las causas que lo provocan, las interpretaciones más comunes son; que el bebé tiene hambre, se siente incómodo o le duele algo. No obstante, un niño bien alimentado, cómodo y sin dolor, totalmente sano puede seguir llorando, la causa es simple: necesita de íntimo contacto corporal con su cuidador. Separarse de la mamá (o quien cumpla la función) activa la “alarma” genéticamente pre-establecida, pues la supervivencia de la cría sin ella no es posible. El llanto del bebé en las primeras semanas es sin lágrimas; al igual que lo hacen nuestros primates más cercanos, para que pasado un tiempo las lágrimas se sume al repertorio de conductas que determina el característico llanto humano. Se cree que las lágrimas imparten una potente señal visual para que la madre “enjuague” los ojos de su hijo. Ese secado, suave y cariñoso que la mamá realiza en la cara de su hijo, es un íntimo contacto corporal (Morris, 1980). Por otro lado, el llanto del niño es uno de los sonidos más inquietantes para un adulto, cualquiera que escuche a un bebé llorar le genera preocupación, angustia y entre otros, conmoción, y el deseo de hacer algo para que el mismo cese, de una u otra manera el llanto logra el cometido; llamar la atención de

sus cuidadores para que, en el mejor de los casos, acudan en su auxilio (González, 2009). Como expresa Gerhardt (2008) en cuanto al llorar:

...el lloro de un bebé cuando le invade la angustia tiene una función importante, ya que con ello logra crear estrés en el progenitor logrando, de esta manera, llamar la atención del mismo si está distraído, asegurándose una respuesta de dicho progenitor y, con ello, su supervivencia. (p. 84)

h) Gestos: los bebés además de la sonrisa y el llanto pueden comunicarse con sus cuidadores a través de las expresiones de las emociones, los gestos que denotan la emoción activada, permite a los adultos interpretar los estados afectivos de la cría y obrar en consecuencia (López et al., 2005).

1- Fase de formación del apego (2 a 6 meses):

En estos meses el bebé comienza paulatinamente a diferenciar a las personas familiares de las desconocidas, mostrando mayor intención en establecer interacciones sociales con sus progenitores o figuras que le son familiares. De alguna manera, las conductas expresadas en la fase anterior se complejizan y se dirigen cada vez más a ciertas figuras significativas para el bebé. Por ejemplo, a los cuatro meses y medio aproximadamente es que las caras humanas se vuelven lo más agradable de mirar para el bebé, que cualquier otra cosa (Stern, 1999). Es de tal importancia la mirada así como la sonrisa, que según Allan Schore (citado por Gerhardt, 2008) expresa:

...en la primera infancia, las miradas y las sonrisas ayudan al desarrollo del cerebro (...)
Cuando el bebé mira a su madre (o padre) y ve sus pupilas dilatadas, recibe información de que su sistema nervioso simpático está en un estado de estimulación, y que están inmersos en un estado placentero. En respuesta a ello, el propio sistema nervioso del bebé se estimula de manera placentera y su ritmo cardíaco se acelera, y éste proceso desencadena, a su vez, una respuesta bioquímica.(p. 54)

El complejo fenómeno bioquímico que se sucede, ayuda al crecimiento del tejido cerebral del bebé

2- Fase clara de apego (seis meses a tres años):

Etapas de consolidación del vínculo afectivo. El desarrollo neuromotor del infante agrega al sistema conductual de apego mayor eficiencia para el logro de su meta, pues al poder gatear y luego caminar, podrá seguir a la madre en caso de separación o peligro. La capacidad de hablar se desarrolla siendo otra herramienta importantísima para dicha meta, ahora el niño puede decir "mamá, ven te necesito". Se consolidan también otros sistemas conductuales, como ser el de exploración, ya que la capacidad de locomoción le brinda autonomía al infante, permitiéndole investigar el mundo con la seguridad de tener a su figura de apego próxima a él por cualquier eventualidad. Este equilibrio de los dos sistemas antagónicos pero necesarios, el de apego y el

exploratorio, para el desarrollo sano del niño, da como resultado el concepto de “base segura” (Barg, 2011). Pues “...el hecho de apegarse proporciona la fuerza necesaria para alejarse. La figura de apego asume así la función de una base seguridad” (Boris, 2013, p.79).

3- Formación de una relación recíproca (tres años en adelante; interacción madre-hijo que dura toda la vida en los seres humanos).

Para que exista una relación recíproca, el bebé debe lograr superar la fase “egocéntrica” que plantea Piaget. Debe ser capaz de interpretar los objetivos, los estados mentales de la madre, para poder interactuar con sus propios objetivos (Barg 2011). La experiencia relacional que el bebé experimenta con su mamá o con aquella persona que cumpla la función materna, a través de los primeros años, conlleva a la formación en el bebé y niño pequeño, de modelos operativos internos (representaciones mentales de sí mismo y del mundo), y que le permite desarrollar expectativas sobre la inaccesibilidad o accesibilidad de los cuidadores de preferencia. Este proceso que comenzó con las figuras más significativas para el bebé, se irá extendiendo a otras figuras de la familia y figuras relevantes de la vida (González, 2010). Como aclaración, se entiende que una persona es de fácil accesibilidad cuando la misma está presente, por el contrario que sea inaccesible es consecuencia de su ausencia. Si dicha persona es inaccesible de manera temporaria, se habla de “separación”, si es permanente entonces el término apropiado es “pérdida” (Bowlby 2010).

Modelos operativos internos

Que el niño logre desarrollar expectativas sobre la accesibilidad o inaccesibilidad de los cuidadores de preferencia es consecuencia de la posibilidad innata de elaborar “teorías causales”, esto quiere decir que el cerebro de los niños construye una especie de mapa causal inconsciente, una imagen precisa de cómo funciona el mundo. Los seres humanos construyen un tipo de mapa cognitivo donde establecen complejas relaciones causales ente los acontecimientos. Los niños logran hacerse de mapas causales de la biología, creen que comer causa que tengamos más energía, inclusive pueden hacer nuevas predicciones, y algunas de las que no sabían con anterioridad. Pueden hacer mapas causales de la física, estableciendo los posibles efectos de tirar una piedra hacia arriba, y también pueden realizar mapas causales del amor o del cuidado. Los bebés y niños pequeños aprenden sobre creencias y deseos, pero también aprenden acerca del amor y el cuidado. Alrededor del año de vida, el bebé ya logró descubrir que algunas personas lo tratan de una manera especial y que es a ellas a quienes debe dirigirse en busca de su amor. Las investigaciones

mostraron que los bebés muy pequeños prestan mucha atención a otras personas, y a las contingencias que se establecen entre sus propias acciones y emociones y la de los otros, una suerte de estadística del amor. Por ejemplo, el bebé aprende que cuando él sonríe también lo hace la mamá, pero cuando llora, la mamá se pone triste y le consuela. En otro bebé, al sonreír, la mamá le es indiferente y cuando llora, la mamá se enoja y grita. Al año, ambos bebés han aprendido esos patrones y con ello distintas formas de concebir el amor y como le cuidan (Gopnik, 2010). Pero más aún, no solo logra el bebé determinar un patrón conductual de como el otro le cuidará, sino que también como le hacen sentir. Por ejemplo, si la mamá desatiende las necesidades emocionales del bebé, no solo aprenderá que la mamá no es sensible a sus demandas, sino que también sentirá que sus estados de ánimo no le son de interés para nadie, y probablemente a él mismo no le interesarán los estados emocionales o mentales de los otros (Gerhardt, 2008).

Es entonces que los mapas causales del amor que presente el bebé dependerán de cómo se lo cuidó, del maternaje que experimentó. En otras palabras desarrollan “modelos de funcionamiento interno” de cómo otras personas se relacionan con toda su personalidad.

Tipos de Apego

Los modelos de funcionamiento interno del apego (mapas causales del cuidado), se basan en información que los bebés presentan sobre las personas que le rodean, y según como el bebé funcione con las personas, y principalmente con su figura de afecto es que se clasificaron distintos tipos de apego. Mary Ainsworth quien trabajó con John Bowlby, fue la creadora de la prueba denominada “Situación Extraña”, la cual permite ver como un niño entre los doce y dieciocho meses afronta el estrés que le genera la ausencia de su madre, y cómo reacciona a su regreso.

La prueba consta de ocho secuencias de uno a tres minutos donde el observador evalúa:

1. Como el niño juega en compañía de su figura de apego, qué hace y cómo se siente.
2. Conductas y emociones al retirarse la madre.
3. Conductas y emociones al momento que ingresa una persona extraña, por lo que el niño queda en un cuarto a solas con una figura desconocida.
4. Conductas y emociones al regresar la madre.

Ésta secuencia se repite para que el niño aprenda que la madre volverá. El niño durante el transcurso de los cuatro puntos, experimenta una sucesión de sentimientos: seguridad (punto 1) – separación (punto 2) – presencia no familiar (punto 3) –

reencuentro (punto 4). Según lo que el niño experimente emocionalmente en los cuatro puntos y las estrategias que utilice para hacer frente al estrés que le presenta la prueba, es que se concluye que existen distintos tipos de apego (Cyrulink, 2013).

Apego seguro: el niño utiliza a su figura de apego como “base segura”, por lo que es capaz de alejarse de la madre para explorar el ambiente, no duda en regresar a ella para mostrar sus logros e intercambiar objetos con ella. En ausencia de dicha figura, el niño es capaz de solucionar la angustia que le provoca la separación, la busca y se aflige, optando por la inhibición conductual en vez del llanto. Acepta en parte los intentos de tranquilizarle que lleva a cabo la persona extraña, y al regreso de su mamá, se precipita hacia ella para intercambiar contactos y sonrisas, y es capaz de volver a sus niveles normales de juego y exploración (Cantón & Rosario, 2008). En términos de la “teoría causal”, es probable que los bebés con éste estilo de apego hayan aprendido un patrón relacional en la cual la mamá responde rápidamente a las señales que emite, que ante una separación regresan con ellos, y les consuelan cuando están tristes (Gopnik, 2010).

Apego evitativo: revela otra manera de entablar una relación afectiva. El niño, se muestra muy activo con sus juguetes, pero desvinculado de la figura de apego, o sea que en presencia de su madre no comparte el juego con ella. Incluso puede existir una evitación activa hacia el cuidador. En ausencia de la madre, experimenta una escasa o nula ansiedad, de forma que no busca a la misma, y es raro que llore. Al regreso de la figura de apego, no se precipita hacia ella para obtener seguridad, la ignora. Se muestra amistosa con la persona extraña tanto delante como en ausencia de la figura de apego. Presenta escasa desconfianza hacia la figura extraña así como a la habitación (Bowlby, 2010; Cantón & Rosario, 2008). Las mamás de niños con apego evitativo, tienden a ser madres que no se sienten cómodas con sus propios sentimientos, puede ocurrir que no sepan regular y normalizar los sentimientos del bebé. Por lo que en situaciones que el bebé presente emociones “negativas”, a éstas mamás les será difícil regularlos por lo que se sentirán muy ansiosas, desconsoladas y con la necesidad urgente de rechazar esos sentimientos. Estos niños con tal de no hacer enojar o contradecir a su figura de apego, aprenden a reprimirlos, a desconectarse de ellos. De alguna manera, son los niños los que regulan los sentimientos de la mamá, ya que la protegen de los sentimientos que la mamá no tolera de ellos (Gerhardt, 2008). Si bien los niños evasivos pueden parecer menos afligidos que los bebés con apego seguro, la realidad es que:

...si medimos su ritmo cardíaco durante la separación, las señales fisiológicas indican que, en su interior, esos bebés son desdichados (...) Esos bebés notan que los cuidadores se han marchado y, como consecuencia de ello, son infelices, pero parecen

haber aprendido que manifestar esta desdicha empeora aún más las cosas. Han aprendido que llorar les lleve a la tristeza que al consuelo (...) ya han aprendido a reprimir sus emociones en lugar de expresarlas. (Gopnik, 2010, p. 200)

Apego ambivalente o de resistencia: el niño interactúa muy poco con su figura principal y cuando lo hace la conducta que presenta es ambivalente, oscila entre la aproximación y el rechazo. En ausencia de su madre experimenta una intensa angustia y llora, a su vez presenta una actitud muy pasiva y no la busca. Al regreso de la figura de apego, se resiste al contacto, inclusive puede llegar a golpearla y/o empujarla. Es muy difícil de consolarle e inclusive que vuelva a jugar. En cuanto a su actividad exploratoria, le es difícil separarse de su cuidador y cuando lo logra su exploración es muy pobre. La interacción con la persona extraña es nula o casi nula, tanto en presencia o en ausencia de su progenitor. No se deja consolar por el extraño (Cantón & Rosario, 2008). Estos niños solo han aprendido a establecer una relación a través de la expresión de la angustia (Cyrulink, 2013). Las mamás de estos niños muestran incoherencias, en el sentido que por momentos se interesan por los sentimientos de sus hijos, pero otras veces, los ignoran. Consecuencia de ello, es que el niño esté muy atento al estado mental de su progenitor, para que en un determinado momento lograr una respuesta positiva de éste. La estrategia que emplea el niño es:

...mantener sus sentimientos que están en ebullición cerca de la superficie, esperando el momento en el que le sea posible obtener atención parental (...) no es tanto la de suprimir sus sentimientos sino de exagerarlos, es decir, es demasiado consciente de sus necesidades y miedos, circunstancia que puede disminuir su independencia. (Gerhardt, 2008, pp. 37-38)

Apego desorganizado / desorientado: en tanto que los tres estilos de apego anteriormente mencionados presentan una organización y consistencia en las respuestas conductuales para afrontar la separación y la reunión del niño con su progenitor, el estilo desorganizado combina características contradictorias de distintas estrategias (Cantón & Rosario, 2008). Estos niños no lograron desarrollar ninguna estrategia para buscar seguridad y afecto, su figura de apego es a la misma vez fuente de consuelo y de temor de pérdida. No saben recurrir a su madre para buscar seguridad, ni tampoco a personas ajenas, objetos e inclusive a su propio cuerpo, por lo que no ejecutan conductas de autoconsuelo, como balancearse o succionar el pulgar. Por ello aparecen gestos extraños que no significan nada para un adulto (Cyrulink, 2013). Las familias de estos niños tienden a ser muy enfermas, sin estructuras sólidas, coherentes y estables. Los progenitores pueden estar sobrepasados por traumas determinando que no puedan cumplir con las funciones parentales básicas para

proteger al niño. Estos niños carecen de una base segura para explorar el mundo (Gerhardt, 2008).

Maternaje o cuidados maternos

Anteriormente se ha mostrado como el bebé es promotor en la búsqueda y mantenimiento de su figura materna con el fin de forjar un vínculo de apego seguro con ésta. En éste apartado se desarrollará la otra pieza fundamental de la díada para lograr dicho vínculo, con ello se hace referencia a los padres, pues son ellos los responsables de ofrecer los cuidados a sus crías, de decodificar toda la gama de señales que el bebé les emite y obrar en consecuencia. Todas las conductas que la madre ejecuta y cuya meta previsible es la de recuperar y mantener a su cría próxima o junta es definido como **“cuidados maternos” o “maternaje”** (Bowlby, 2010). A su vez se dice que existe una actitud materna responsiva cuando la mamá atiende con premura a las necesidades del bebé (Jové, 2007). El maternaje responsivo es directamente afectado para bien o para mal, por la “contaminación” cultural, pues interfiere en cómo los papás se acercarán a su bebé para satisfacerles sus necesidades, pues el instinto puede impulsarlos a hacer una cosa, y la cultura a hacer otra, y serán los niños las “víctimas” de vivenciar las consecuencias. En otras palabras, la selección natural y la selección cultural como lo define el pediatra Carlos González (2009) muchas de las veces entran en conflicto, pues según como se conciba al bebé en una determinada cultura y época histórica será cómo se lo criará, y dicha crianza muchas de las veces dista de las verdaderas necesidades del bebé. Cuanta más discrepancia se presente entre las necesidades del bebé y la visión cultural es que existirá un abanico de consecuencias psicológicas, emocionales y biológicas de carácter negativo para el niño. En este sentido, y como manera de visualizar la importancia de las palabras anteriormente expresadas, Alice Miller (citado por González, 2009) en su libro **“Por tu propio bien”** estudia y critica las recomendaciones realizadas y aceptadas, por los pedagogos alemanes del siglo XVIII y XIX, intentando sensibilizar al público de los sufrimientos impartidos a los infantes, por la corriente pedagógica de ese tiempo, que se la ha dado a llamar como “Pedagogía Negra”, en la cual: “...el objetivo final, no declarado, de tales métodos era formar súbditos obedientes y que aquel sistema de <<educación>> permite explicar el éxito del nazismo en Alemania entre una ciudadanía dispuesta a obedecer ciegamente a cualquier figura de autoridad, aunque sus órdenes fueran crueles, absurdas o inmorales”. La actitud de los pedagogos de entonces, según la autora, era una actitud con ideología fascista y también la de despreciar al niño débil, despojándolo de su necesidad de protección, de sus emociones y de su creatividad. A

su vez los métodos empleados por los técnicos de la pedagogía negra para el logro de sus objetivos estaban basados en: tender trampas, aplicar la astucia, mentir, manipular, disimular, amedrentar, quitar el cariño, desconfiar, aislar, humillar, despreciar, burlarse, avergonzar y aplicar la violencia física, hasta la tortura. También las ideas e informaciones transmitidas a los niños eran falsas, y las mismas eran transmitidas de generación en generación. Por ejemplo: que los papás siempre tienen la razón, o que la intensidad de los sentimientos es perjudicial (Miller, 1985). La autora vas más allá y plantea que:

...hasta la psicología puede prestar servicios devastadores en el condicionamiento del individuo, de la familia y de los pueblos enteros. El condicionamiento y la manipulación de los demás han sido siempre un arma de instrumento en manos de los poderosos, aunque hayan camuflado con palabras tales como <<educación>> o <<tratamiento terapéutico>>. (Miller, 1985, p. 268)

En el Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX, en la denominada época “civilizada”, el niño aunque amado fue vigilado y culpabilizado, pues se lo entendía como un “bárbaro” en estado de pureza:

... la escuela vareliana que quería “reprimir [sus] sentimientos inferiores” como en el de Monseñor mariano Soler que deseaba dominar “la parte mala de sus instintos” o “sentimientos inferiores”, los peores, e interrelacionados, naturalmente, eran la rebeldía, la holgazanería y la sexualidad temprana u “viciosa”. (Barrán, 1990, p. 118)

Es entonces visible por un lado, como la cultura puede afectar el maternaje y con ello la satisfacción de las necesidades básicas del bebé como lo es establecer un vínculo de apego seguro, y por otro, como muchos tratamientos terapéuticos, más que buscar la “libertad” y satisfacción del bebé, su fin es enajenar al bebé a la visión cultural de turno; ¿cuántos son los niños que se les da una palmada en la cola o cachete por parte de un adulto dentro de su casa y se alega que es por su bien, pues se lo está educando? Pero si la palmada es ejercida de un adulto hacia otro adulto en la misma casa puede ser considerado violencia doméstica. O ¿Cuántos tratamientos psicológicos emplean técnicas de condicionamiento, como el castigo denominado por extinción para “mejorar” las conductas inconvenientes de los niños, sin reparar que la quita de atención atenta contra el “alma” del mismo? La pedagogía negra se ha logrado colar a nuestra actual cultura, menos visible, pero igual de poderosa. Aspecto que mostraré más adelante con las técnicas de adiestramiento para enseñar a dormir a los bebés.

Formación del apego – mirada desde el adulto

Para garantizar la supervivencia, el bienestar del bebé, su organización psíquica y la conformación de un apego seguro, es fundamental la presencia de una mamá sensible. Mary Ainsworth definió como “**sensibilidad materna**” hacia las señales del niño, como la capacidad de la mamá de percibir, interpretar adecuada y rápidamente y de satisfacer, las necesidades del bebé (González, 2010). Para lograrlo es necesario que la persona que cuide al bebé se identifique con él, de tal forma que las necesidades que experimente las sienta propias y de esta manera obrar en consecuencia. Es la mamá la agente que regula los estados emocionales y fisiológicos del bebé, de hecho el bebé más irritable y difícil puede hallar su equilibrio si sus padres son receptivos y saben adaptarse a sus necesidades. Los progenitores que no logran identificarse con su bebé, por sus propias experiencias tempranas o por la influencia cultural, no logran regular a sus bebés, determinando que los infantes conforme crecen no logren aprender a regular por si mismos sus propios estados emocionales (Gerhardt, 2008). En definitiva “...estas características inherentes a la respuesta sensible del cuidador permiten que el bebé experimente su figura de apego a través del sentimiento primordial de confianza y disponibilidad afectiva que le proporcionan las experiencias de seguridad constitutivas del vínculo seguro” (González, 2010, p. 92).

Para lograrlo

Ambiente seguro: al momento de nacer la cría humana, necesita del cuidado maternal para compensar la pérdida de la comodidad y de la seguridad de la matriz y así sobrevivir. Desmond Morris (1972) llama a estas conductas maternas que suplen la comodidad de la matriz, como “**sustitutos postuterinos**”, y que una mamá sensible se los proporciona de distintas formas a su bebé, por ejemplo: la mamá abraza a su bebé recién nacido de tal manera que logra proporcionarle el mayor contacto posible, lo envuelve y sus pechos se juntan, con una presión tal que no le afecta su respiración. Intentando simular el contacto de las paredes del útero materno. Según Daniel Stern el contacto ventral (pecho con pecho), parece ser el tipo de contacto físico humano que más calma cuando alguien está excitado y angustiado (Stern, 1999). Más aún, el método conocido como “Método Madre Canguro (MMK)”, técnica utilizada para salvaguardar la vida del bebé prematuro, demostró que el contacto piel contra piel del bebé con la mamá, permite al niño estabilizarse más rápidamente; “...una piel cálida y una voz conocida – la de su madre- favorecen su relajación y la oxigenación...” (Charpak, 2006, p.68). La mamá también le agrega otros

sustitutos postuterinos, lo mece suavemente de un lado a otro e inclusive da unos pasos hacia adelante y otros hacia atrás, teniendo un efecto sedante en el bebé, parece que esos ritmos son similares a los experimentados por la criatura antes de nacer (Morris, 1972). De mantenerse en el tiempo estos cuidados, el bebé aprenderá que la intervención de su madre significa un consuelo para su angustia, excitación, o cualquier emoción que le afecte negativamente. Se puede decir entonces que en estos tiempos lo importante en la interacción con el bebé, es la “envoltura” emocional que le pueda proporcionar la mamá, a través de la fusión del contacto, movimiento, sonidos y posición (Stern, 1999).

Sincronía interactiva: en los primeros meses de vida del bebé es el adulto quien controla y se adapta a los ritmos biológicos de la cría, no obstante estos últimos muestran una gran capacidad para sincronizar su conducta con los cuidadores. “Los niños tienen ritmos de atención – desatención y actividad y pasividad biológicamente condicionados. Ello hace que su conducta pueda ser anticipada por quienes les cuidan facilitando la interacción” (López, et al., 2005, p. 47). Es el adulto el responsable de atribuir sentido a esos turnos interactivos y obrar en consecuencia. Por ejemplo, los niños tienen un ritmo de succión muy estable, se caracteriza por series de succión – pausa. En el momento que el bebé no succiona, la mamá sensible logra actuar con él, le habla, le hace gestos y caras, no obstante instintivamente al momento que el bebé succiona para alimentarse la mamá evita captarle su atención (López, et al., 2005; Stern, 1999).

No convencionalismos: la interacción que se establece entre progenitor y bebé trasciende los formalismos a lo que los adultos están acostumbrados para comunicarse. En la díada madre – bebé el adulto adopta una postura particular, para lograr una comunicación emocional eficiente con su cría. Por ejemplo, el tono de voz que utiliza la madre presenta una musicalidad especial, con acento en las emociones. La gran mayoría de las palabras, presentan diminutivos o simplemente no existen, dando lugar a neologismos. El contacto es otra potente vía de comunicación emocional que presenta la díada (López, et al., 2005). Que se hable en una jerga infantil, con una mímica exagerada y una música verbal llamativa, son súper señales que mantienen por varios minutos la atención y la motivación por la comunicación del pequeño con el adulto. Si se le hablase como adultos a los niños, con la entonación y mímica que los caracteriza, la atención e interés del pequeño durará apenas un minuto (Cyrulink, 2013).

Varias funciones en la interacción: la interacción que se produce en la díada madre-bebé tiene como objetivo nutrir todas las necesidades que el bebé presenta, sean ellas de índole biológicas - fisiológicas, como al alimentarlo cuando tiene hambre, cognitivas

al compartir el placer por jugar, y psico-emocionales al transmitirle afecto a través de caricias, palabras dulces, etcétera. No obstante para la formación de un apego seguro, es fundamental que la necesidad de afecto sea correctamente nutrida, aunque las otras necesidades no estén del todo satisfechas, por ejemplo, durante el régimen de Nicolae Ceaucescu en Rumania, los niños abandonados en los orfanatos sufrieron de privación emocional y social muy significativa, nadie jugaba con ellos, no se los abrazaba, no se los amaba. Pasado el régimen se pudo ver las consecuencias, los niños que en ese entonces tenían entre tres y cuatro años, eran físicamente mucho más pequeños con retrasos cognitivos y sociales, apenas hablaban y presentaban conductas extrañas (Gopnik, 2010). Quiere decir, que si bien estos niños pudieron ser beneficiados de nutrirse de ciertas necesidades biológicas como el alimento, la carencia de amor determinó que su desarrollo fuese insano.

Maternaje y cerebro

Paul McLean (citado por Gerhardt, 2008) concibe a nuestro cerebro como “tres cerebros en uno”. Un primer cerebro “cerebro reptiliano”, dedicado a las funciones más básicas para nuestra supervivencia, por ejemplo, en el recién nacido, es el encargado de regulación interna de los sistemas corporales, así como la ejecución de reflejos básicos como buscar el pecho materno y mamar, llorar de tristeza o enojo para atraer a la mamá. Por encima se encuentra el “cerebro emocional” de los mamíferos, cerebro que nos guía si hemos de acercarnos o no a determinada situación, o alejarnos de ella. Esto se debe que las emociones funcionan como guía, a modo de ejemplo, el miedo nos dice que la situación es peligrosa y debemos alejarnos. En la capa superior el “córtex prefrontal y cingular humano”, evolutivamente la capa más moderna, que formando parte del cerebro emocional, logra que la experiencia emocional del individuo, sea procesada a fin de elaborar diversas alternativas para pasar a la acción. En estas pocas palabras puede verse la complejidad evolutiva del cerebro, es por ello que los factores a los que el feto y el niño se expongan durante los primeros años de vida serán clave para el desarrollo y organización de su cerebro. Al nacer el bebé presenta unas 100.000 millones células neuronales, casi todas sin estar interconectadas y sin la capacidad de funcionar por cuenta propia, para ello deben organizarse y funcionar en red a través de billones de conexiones sinápticas que las unen. Que sea posible tal organización neuronal, es consecuencia del delicado equilibrio que se establece entre los genes y el ambiente, ya que cada vivencia que experimente el bebé “...se convierten en actividad eléctrica y química que proporciona el avance del impulso genético modificando imperceptiblemente la configuración del cerebro.” (UNICEF, 2001, p. 14). Y unos de los factores que más influyen en el

desarrollo del cerebro del bebé, es el cuidado físico y afectivo del mismo (UNICEF, 2001). Al nacer el cerebro del bebé pesa unos 400 gramos y al año ronda alrededor de los 1000 gramos, el neocórtex, la última estructura cerebral desde el punto de vista filogenético (que permite el lenguaje por ejemplo) comienza a funcionar alrededor de los dos años, previamente el bebé no comprende el discurso verbal adulto, su cerebro no está maduro para ello, pero si lo está para percibir el estado emocional del cuidador a través de su tono de voz, expresión gestual y facial (González, 2010). Dependerá del cuidador, antes de los dos años de edad del bebé, de ser sensible a la comunicación no-verbal con su cría, para vincularse en sintonía (empáticamente) y en sincronía (en el tiempo justo) para favorecer un desarrollo sano en el infante.

Capítulo II

“No existe algo a lo que llamamos bebé, existe un bebé y alguien más”

Donald Winnicott

Sueño infantil un concepto que trasciende lo biológico

Se ha definido al sueño como “un estado regular, recurrente y fácilmente reversible del organismo que se caracteriza por una relativa inactividad y un gran aumento del umbral de respuesta ante los estímulos externos comparado con el estado de vigilia” (Caballo & Simón, 2001, p. 241). El ser humano pasa un tercio de su vida durmiendo y al día de hoy la función que cumple el sueño es aún una incógnita, no obstante los avances tecnológicos posibilitaron con mayor eficacia estudiar al cerebro “durmiendo” y comenzar a dar luz a la interrogante. Por ejemplo: según los investigadores el dormir tiene una función importantísima para la supervivencia de la especie, de hecho ha sido imposible demostrar la existencia de animales (no humanos) que no duerman. También que el dormir trae aparejado importantes consecuencias positivas para el cerebro “... existe ya un consenso general sobre el hecho de que el sueño está estrictamente relacionado con la memoria, el aprendizaje y la plasticidad neuronal” (Berrozpe, 2014, p. 2). Y como lo plantea Rosa Jové (2007) el dormir se sincroniza con las necesidades evolutivas del sujeto, antes y después del nacimiento.

Fases del sueño - en un adulto sano

- Vigilia: es el momento en el que sujeto se encuentra despierto, y se divide en a) vigilia activa; donde la predisposición del sujeto para aprender es mayor y b) vigilia pasiva; en la cual el estado del sujeto se caracteriza por estar relajado.

- Sueño tranquilo: es también llamado sueño NREM (no-REM) o sueño lento y consta de cuatro fases, ellos son: Fase I, estado de adormecimiento. Fase II, el sueño es ligero, el mínimo ruido puede despertar al sujeto. Fase III, es la fase de transición a la próxima fase y poco se diferencia de la IV. Fase IV, la respiración y los latidos del corazón se estabilizan, los músculos están relajados y la mente profundamente dormida.
- Sueño REM (Rapid EyesMovement): es también llamado sueño paradójico o sueño activo, en este momento se puede ver en el sujeto dormido como sus ojos se mueven, de ahí su nombre. Existe una importante desconexión entre el cerebro que presenta una actividad muy importante y el resto del cuerpo que permanece sin actividad. Es la fase donde se dan los sueños (Jové, 2007)

Cuando el sujeto transita todas las fases y el sueño REM, se dice que cumplió un “ciclo”, la duración de cada uno de ellos depende del sujeto y de la edad, a un adulto promedio cada ciclo le consume unos 90-120 minutos y a un bebé unos 50 minutos. Finalizado cada ciclo, se vuelve a comenzar, produciéndose un total de 4 a 6 según lo “dormilón” que sea el sujeto. Durante cada finalización de ciclo y dentro de cada fase del sueño se dan breves despertares, entre 6 y 10 por noche (micro-despertares) (Jové, 2007). No obstante, la “arquitectura del sueño” así como se presenta, se construye, el sueño con todas sus fases es consecuencia de un proceso evolutivo universal, en el mundo de la pediatría está generalmente aceptado que el sueño es un proceso evolutivo que se va adaptando a las necesidades del ser humano (Berrozpe, 2014).

Sueño infantil y necesidades

El sueño, así como otras funciones humanas, como lo es el caminar, se desarrolla conforme el sujeto crece, por lo tanto y en relación al sueño, un bebé no dormirá igual que lo hace un niño, ni éste como lo hace un adulto, ni siquiera el adulto como lo hace un adulto mayor, pues los periodos de vigilia – sueño, devienen en función al momento evolutivo del sujeto.

Sueño evolutivo y adaptación a las necesidades (del momento pre-natal a 6 años de edad)

Pre-natal: a partir del tercer trimestre de gestación se puede saber que el bebé en estado fetal ya presenta momentos de vigilia seguidos de momentos de inactividad, similares a las fases de sueño que presenta el recién nacido. El sueño del feto se

divide en dos partes: a) sueño activo: aparece en el sexto mes de gestación y evolucionará luego de nacido en sueño REM. Su función es la de: "...ajustar las conexiones neurales, las de reconectar los circuitos cerebrales e instaurar aprendizajes..." (Jové, 2007, p. 33).

b) Sueño tranquilo, aparece de forma más tardía que el sueño activo, lo hace al séptimo mes de embarazo. Dicho sueño más adelante se convertirá en las fases I; II; III y IV que conforma el ciclo total del sueño(Jové, 2007).

Bebé de 0-3 meses: como se expresara en el punto anterior, el bebé desde que es feto sabe dormir y estadísticamente en éste período de edad lo hacen entre unas 14 y 20 horas diarias. Los bebés con estas edades presentan un sueño: a) Bifásico; que solo tiene dos fases (sueño REM y sueño lento), de una duración de 50-60 minutos. Que los ciclos sean tan cortos favorece que el bebé sea alimentado con pecho materno de forma seguida, evitándole hipoglucemias y favoreciendo la producción de leche materna. También beneficia para mantener a su cuidador cerca de él. Los despertares continuos le permiten aprender de su entorno. b) Ultradiano; significa que no reconoce entre lo que es día y lo que es noche, asegurando su alimentación también por las noches. c) Polisecuencial; a diferencia del adulto que es bisecuencial, o sea que duerme por la noche y alguna siesta, el bebé en esta etapa se reparte en varias secuencias en el transcurso del todo el día. El fin, el mismo, asegurar su alimento, la presencia de su cuidador cerca y aprender del entorno. d) Mayor porcentaje de sueño REM que el adulto. Durante el sueño REM el cerebro integra los aprendizajes, ayudando a desarrollar la mente del bebé. e) El bebé inicia su sueño directamente en la fase REM, pues mientras el sueño profundo ayuda a que su cuerpo descanse el sueño REM facilita los aprendizajes, recordemos que el bebé necesita aprender, madurar su mente (Jové, 2007).

Bebé de 4 a 7 meses: ahora el sueño se caracteriza por ser: a) Circadiano, diferencia entre el día y la noche, el bebé ya duerme más en la noche y hace un par de siestas en el día, dormirá unas 10-15 horas menos que en los meses anteriores. b) Polifásico, tiene adquirida casi todas las fases del sueño adulto, pero debe lograr unirlos. Ya no comienza su sueño en fase REM y en las fases I y II cualquier movimiento o sonido pueden despertarlo. c) Adquirir el nuevo patrón de sueño implica "ensayarlos" por lo que los despertares son muy frecuentes(Jové, 2007).

Bebé de 8 meses a 2 años: el sueño se caracteriza por ser: a) Temido: la angustia de separación se manifiesta también en el sueño. La angustia sobreviene debido a "...una reacción a las amenazas de pérdidas y a la inseguridad de las relaciones de apego" (Marrone, 2001, p. 47). El niño cuando se va a dormir comprende que existe una separación con sus figuras de apego, por ello intentan retrasar el sueño lo más

posible. b) Inquieto, la autonomía que el bebé – niño obtiene consecuencia de su desarrollo neuromotor, le permite conocer el ambiente, explorarlo, el cual por ser desconocido le provoca ansiedad. En la fase REM, se comprobó que lo que preocupa al sujeto puede asimilarse o provocar pesadillas y otros trastornos, que se presentan con mucha frecuencia en estas edades (Jové, 2007).

El niño de 3 a 6 años: es a partir de los 6 años que el sueño del niño se asemeja al del adulto. Ya a partir de los 3 años los despertares nocturnos disminuyen significativamente llegando a desaparecer a los 5-6 años de edad. El niño ahora con el lenguaje hablado consolidado (6 años), le permite controlar el ambiente de otra forma que trasciende lo físico, ahora puede expresar lo que siente, lo que desea, sus quejas y gustos, en fin puede relacionarse en un nivel más abstracto con el adulto. A estas edades, el niño reclama que el adulto se acerque a contarles un cuento antes de dormirse para calmar sus ansiedades. No obstante dicho comportamiento aparece en forma más significativa en aquellos niños que duermen solos sin la compañía del otro (Jové, 2007).

Síndrome de la muerte súbita en el lactante (SMSL)

Se denomina SMSL a la triste muerte de un niño menor de un año, aparentemente sano, durante el transcurso de su sueño de forma repentina e inesperada y que luego de una autopsia profunda y de una revisión de la escena de la muerte y de la historia clínica, no se puede establecer la causa que la provocó (Kanopa, Sosa & Giachetto, 2013). Investigadores de todo el planeta intentan encontrar la causa de este mal, pero hasta el momento no han tenido éxito. No obstante y como respuesta alentadora han logrado establecer posibles variables que pueden aumentar la probabilidad del SMSL lo que permite estrategias de acción para crear un ambiente que favorezca el sueño seguro del bebé. Lo desalentador, es que no todos los investigadores concuerdan en dichas variables y por lo tanto tampoco en las políticas de salud a seguir.

Situación en Uruguay

Sociedad uruguaya de pediatría (SUP)

En entrevista personal con la pediatra y neuropediatra Virginia Kanopa^[1] quien integra el “*comité de estudio y prevención de muerte súbita del lactante*” hemos podido saber cuáles son las medidas que plantea la SUP acerca del sueño infantil. En resumen, la doctora nos ha manifestado que para favorecer un adecuado sueño en el infante y prevenir la muerte súbita, se deben promover las siguientes pautas, que ella misma las ha publicado en la revista Opción Médica (2013) en el artículo titulado “*Sueño seguro en el lactante*” y del cual también nos basaremos. A su vez los lineamientos

que toma como referencia la SUP son las que propone la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Pautas para un sueño seguro en el lactante

Apoyándonos en la entrevista realizada a la Dra. Kanopa y las pautas publicadas en el artículo sueño seguro del lactante (2013) es que decimos:

- **El bebé debe dormir en posición decúbito supino** (boca arriba)
- **Cuidados a tomar en la cuna:** el lactante debe dormir en un colchón firme, libre de juguetes, evitar sábanas o frazadas sueltas y cualquier objeto que pueda provocar sofocación o reinhalación. El bebé no debe ser tapado en su totalidad, su rostro así como sus miembros superiores deben quedar libres.
- **Evitar el cigarrillo:** el hábito de fumar por parte de los padres aumenta considerablemente el riesgo de muerte súbita, aún más si el niño practica colecho.
- **Evitar el sobreabrigo:** que el lactante esté muy abrigado y/o que el ambiente esté muy cálido, aumenta el estrés térmico y disminuye la respuesta del despertar.
- **Compartir la habitación:** aconsejan que el bebé duerma en la misma habitación que sus padres hasta la edad de los 4 o 6 meses. Pues favorece la lactancia materna y los cuidados durante el sueño. El lactante debe dormir en su cunita o moisés. A su vez, en la entrevista, la doctora Kanopa expresa que el bebé debe cohabitar hasta el 5 mes, ya que la arquitectura del sueño pasa a ser como la del niño más grande y entre otras, si el niño se da vuelta ya es capaz de levantarse.
- **Evitar la práctica de colecho:** en este punto el colecho refiere cuando padres e hijo duermen en la misma cama. Que deba evitarse, según la doctora, es por los efectos adversos que genera, como ser:

...estrés térmico, mayor riesgo de sofocación, mala calidad del aire que respira el lactante, ya que inspira el aire exhalado por los padres. El riesgo se incrementa si se suman otros factores como el tabaquismo, meses invernales, número de personas que habitan el lugar, colecho múltiple. (Kanopa, et al., 2013, p.21)

Es importante señalar que la doctora durante la entrevista nos manifestó que: "...**independientemente de las recomendaciones internacionales** estamos haciendo mucho hincapié en el colecho como factor de riesgo a la hora del sueño y que además obviamente cuando empieza el período del niño cercano al año de la angustia de separación, no puedes lograr que ese niño duerma en

su cama con lo que condiciona eso en contra para el niño y para la pareja (...) más de una vez nos pasa en la consulta que vienen padre y madre y el padre dice: “háblele usted doctora porque es espantoso, ¡ay! pero quiere pecho, pero me sigue”, si...tiene más de un año y medio, y no es lo correcto...”

- **Lactancia y uso del chupete durante la siesta o el sueño nocturno:** recomiendan la lactancia materna por sus múltiples beneficios (que hablaremos más adelante) entre ellos como factor protector de SMSL. El uso de chupete durante el sueño nocturno, según algunos estudios, se asocia con menor riesgo de SMSL. Según Kanopa, en entrevista, la SUP en cuanto a sus recomendaciones en este punto, se ven enfrentados con el grupo que promueve la lactancia materna (como es la Liga de le Leche de Uruguay), pues si bien entienden que el pecho materno es el mejor alimento para el lactante, se acoplan a los lineamientos de la AAP, que es fomentar el uso del chupete en el sueño nocturno, y que el pecho a demanda no perturbe el sueño del niño.

Sin embargo las medidas recién detalladas no son del todo compartidas por los profesionales del sueño y de la crianza infantil. De hecho, los puntos que la Dra. Kanopa explica que hay que evitar para prevenir el SMSL, como es el colecho, dar de mamar a demanda en las noches, y sacar al bebé del cuarto alrededor de los 5 meses, es ampliamente cuestionado por un sector también entendido en el tema.

El colecho y la lactancia a demanda

Hace unos 100.000 años atrás, donde no había casas con habitaciones, ropas para abrigarse, ni manuales de cómo deben dormir los bebés, el instinto fue el conocimiento prínceps para guiar la práctica de cómo y con quién debe dormir cada individuo de nuestra especie. Seguramente niños y adultos dormían juntos, como forma de asegurar la supervivencia del grupo de las hostilidades que les ofrecía el medio (González, 2009). A su vez, es seguro que la cría durmiera junto con su mamá, por su condición de ser atricial y especie de porteo (conceptos ya explicados), determinando que presenten:

Una necesidad especial de contacto, apoyo emocional, lactancia y transporte (...) **El colecho** hace referencia a las diferentes formas en que los bebés (...) duermen en cercanía emocional y física con sus padres. Ya sea para darse protección, calor, alimento o confort. (McKenna, 2009, p. 29)

Por lo tanto, que la cría duerma con sus progenitores es un acto instintivo importante para la supervivencia de la especie. Un bebé que duerme junto a sus papás, está tranquilo por los continuos recuerdos de la presencia de sus cuidadores. Si se

atraganta, o sufre de una apnea los papás están cerca para socorrerlo de forma inmediata, a su vez si es alimentado con pecho a demanda, se beneficiará de dos formas, la primera: el contenido de la leche tienen L-triptófano, que es un aminoácido que ayuda a la conciliación del sueño, y segundo favorece la succión no nutritiva y el contacto piel con piel con la mamá (que ya hemos explicado sus beneficios en la sección correspondiente). La mamá al dar de lactar ve estimulados los niveles de prolactina, hormona que favorece la producción de leche y estimula la conciliación del sueño de la mamá (Jové, 2007). En tanto James McKenna (2009) afirma que los estudios muestran que las mamás que hacen colecho aumentan la frecuencia y la duración de la lactancia generando efecto protector contra el cáncer y que los bebés que duermen junto a sus madres y toman pecho, pasan menos tiempo en las fases de sueño profundo, momento de mayor peligro, pues ante una apnea le es más difícil despertar. Pasan entonces más tiempo en la fase de sueño ligero que contribuye a un sueño seguro. También el autor expresa que el colecho favorece que el bebé tenga mayores despertares en las noches, con el contacto, movimientos y sonidos de su madre. Esos despertares mejoran la capacidad para salir del sueño ante la caída de oxígeno y que el dióxido de carbono, que la madre expele parece actuar como un estímulo para que respire el bebé ante un fallo en el sistema de respiración de la cría. Que el contacto piel con piel, estimula las células cerebrales que favorecen la conexión con los otros. Aún más, manifiesta que los bebés que duermen junto a sus padres tienen menos probabilidad de sumergirse al sueño llorando, y por lo general no segregan en exceso la hormona del estrés, el cortisol, que en niveles elevados es tóxico para el cerebro y del sistema inmunológico. Como si fuera poco, existe:

Todo un proceso controlado biológicamente mediante el cual se regula la temperatura corporal del bebé y se favorece una respiración estable, en parte por los sonidos de la madre y por la percepción que tiene el bebé de los movimientos rítmicos del pecho materno. (McKenna, 2009, p. 45)

Como podemos observar, por un lado lactancia y colecho son dos prácticas que están íntimamente ligadas, que cuando por alguna razón una de ellas se ve imposibilitada de realizarse, la otra necesariamente se verá afectada. Por otro lado, es claro que existe una profunda conexión, una sincronía, una comunicación inconsciente entre el bebé y la mamá al dormir juntos, el bebé necesita a la mamá para regular todos sus sistemas y asegurar su alimento. Es a su vez, el colecho junto a la lactancia a demanda, un verdadero “escudo” contra la muerte súbita, en favorecer la salud de la mamá y es otra manera de fomentar un apego seguro. Martin Seligman (2003) afirma: “Cuando el bebé despierta siempre junto a sus padres, el temor al abandono disminuye y crea la sensación de seguridad. En el caso de los padres que trabajan

demasiado, aumenta el valioso tiempo de contacto con el bebé...” (p. 283) Cabe preguntarse entonces por qué razón el colecho es entendido como un riesgo para el sueño del bebé, para su psiquismo y para la vida de pareja. Quizás la respuesta la podamos encontrar en la historia, punto que se desarrollará luego de explicar las pautas a seguir para la práctica de un colecho seguro.

Colecho, para practicarlo de forma segura

Para que el colecho sea practicado de forma segura se deben respetar los siguientes lineamientos, extraídos de UNICEF, UK BabyFriendlyInitiative con la FoundationfortheStudy of InfantDeaths, 2004.

- Condiciones de la cama: colchón duro, limpio y sin objetos.
- No practicar el colecho en lugares que no sea la cama, como puede ser por ejemplo el sillón.
- Temperatura: el ambiente para el bebé debe presentar una temperatura alrededor de los 16 y 18 grados centígrados.
- Abrigos: no abrigar en demasía al bebé.
- Asegurar: que no queden espacios donde el bebé pueda quedar atascado.
- No permitir que mascotas duerman en la cama.
- Si la mamá no da pecho, no se aconseja el colecho. La causa es que investigaciones han mostrado que las mamás que dan de mamar a sus bebés en la noche, duermen automáticamente dándole la cara al bebé, adoptando una posición que hace que el bebé no pueda deslizarse debajo de las cobijas ni que tenga contacto con la almohada.
- No debe la mamá o el papá (o quien duerma con el bebé) acostarse junto a su hijo si:
 - Fuma, aunque no sea en la cama
 - Ha consumido bebida alcohólica
 - Ha consumido alguna droga o medicamento que cause que el sueño sea más pesado que de costumbre
 - Si está más cansado que de costumbre
 - Si padece una enfermedad que cause que no se despierte ante las necesidades de su bebé.

Influencia cultural

Hace dos siglos atrás, los niños dormían con sus padres, y lamentablemente algunos morían. Las hipótesis que manejaban entonces eran varias, como ser que los papás

los aplastaban, por lo que médicos con apoyo de leyes prohibieron que los bebés durmieran junto con sus papás (sin pruebas científicas). Para sorpresa de todos igual los niños seguían muriendo en sus cunas. Hasta hace apenas unas décadas el término empleado para este mal era el de **“muerte en la cuna”** (González, 2009). A su vez en el siglo XIX y principios del XX la cultura occidental industrializada cambia el cauce de la historia, los avances en todos los ámbitos en que se desarrolla el hombre, le permitió protegerse con mayor eficacia de las hostilidades de su medio, y paralelamente a ello, nace una forma disciplinaria del poder, una forma permanente de control del cuerpo y de una normalización de las conductas. Se erradican los comportamientos indeseables a través de sistemas de premios y castigos y a través de construcción de saber normalizados, como lo son los exámenes médicos, psicológicos, etc. (Gros, 2007). De tal forma que la ciencia del sueño infantil “normalizó” cuál era el sueño deseable que debería presentar el bebé – niño, y las reglas a seguir por los adultos para lograrlo:

Los modelos médicos de principios del siglo XX sobre <<el sueño de un niño normal y sano>> destacaban la importancia de minimizar el contacto nocturno entre los padres y sus bebés e hijos. Esas ideas evolucionaron rápidamente, pasándose a creer que el sueño solitario mejoraría la relación de pareja, que ayudaría al niño a ser independiente, que cualquier forma de colecho resultaría perjudicial psicológicamente o incluso peligrosa, y que le impediría convertirse en un individuo competente. Las indicaciones sobre por qué los niños debían dormir solos parecían tener que ver más con crear un buen carácter moral (definido como ser un adulto autosuficiente) que con ayudar a crear un niño física y psicológicamente sano. El hecho de que los niños durmieran con los padres era algo criticado, ignorado por completo como posibilidad, o considerado perverso.(McKenna, 2009, pp.58 - 59)

En las recomendaciones hechas por la Dra. Kanopas se deja entrever estos aspectos culturales, al decir en la entrevista en relación al colecho que: “...cuando empieza el período del niño cercano al año de la angustia de separación, no puedes lograr que ese niño duerma en su cama con lo que condiciona eso en contra para el niño y para la pareja...” En contrapartida a tal tesitura decimos que el colecho en la actualidad es practicado por muchas culturas, de hecho en Japón los padres o abuelos a menudo duermen cerca de sus hijos hasta la adolescencia. En todas las culturas que practican el colecho la muerte súbita del lactante ocurre en raras ocasiones, como sucede en Hong Kong, donde el colecho se practica con mucha frecuencia, el SMSL que presenta, es estadísticamente uno de los más bajos del mundo. En cuanto al tiempo de retirada del bebé de la habitación, o de la cama de los papás, McKenna manifiesta que si el colecho es deseado por todas las personas no debe porque culminar, pero que naturalmente lo hará. Y aún más, no existe prueba alguna que dormir con el bebé

cause efectos negativos en él o en los papás, todo lo contrario puede ayudar a que se desarrollen cualidades tales como una mayor aceptación a las demostraciones físicas de afecto, una actitud más positiva y optimista ante la vida, mayor grado de creatividad, mayor capacidad para estar solo, y mayor confianza en la propia identidad sexual. Para culminar decir que son muy pocas las culturas que dejar al bebé dormir solo lo tomen como aceptable o deseable (MckKenna, 2009). Por otro lado Margot Sunderland, experta en salud mental infantil, aconseja a los papás que permitan a sus hijos a dormir junto a ellos hasta los 5 años de edad y olviden las convenciones sobre el sueño infantil en solitario. Distintos estudios demuestran que el colecho hasta los 5 años es una inversión para el niño. Los niños pueden sufrir ansiedad por la separación hasta los 5 años o más, lo que puede afectarles en la vida posterior. Esto se calma con el colecho. Argumenta que cambiar a los niños de sus camas, cuando tienen semanas de edad, incrementa el flujo de hormonas del estrés como es el cortisol. También la autora mostró en un estudio, cómo el niño separado de uno de sus padres experimenta una actividad cerebral parecida a un niño con dolor físico. Para culminar, Sunderland, manifiesta que la práctica de que los niños duerman solos es un fenómeno occidental que aumenta la probabilidad del SMSL, pudiéndose dar como consecuencia que el bebé extraña el efecto calmante que el estar junto a su madre ejerce en la respiración y en la función cardíaca.(Crianza Natural, 2003-2006)

En cuanto a la manifestación de la doctora en relación a la lactancia y el uso del chupete en el sueño nocturno, punto que se apoya en la declaración que hizo la AAP en el 2005, distintos autores y organizaciones como lo es "La Leche League International (LLLI), se hicieron eco y argumentaron que tales declaraciones son nefastas para la salud del bebé, la LLLI (2007) en su página de internet manifiesta:

Los chupones, los cuales son recomendados en esta declaración, son sustitutos artificiales de lo que el pecho hace naturalmente. Los bebés amamantados a menudo se duermen mamando en sus siestas y durante la noche. El uso recomendado del chupón puede causar una reducción en la provisión de leche, debido a una estimulación reducida de los pechos, y puede afectar la duración de la lactancia materna. La Liga de La Leche Internacional, reconoce que el colecho llevado a cabo de una manera segura, facilita el amamantamiento. Una manera en que el colecho puede ayudar a la provisión de leche materna es promoviendo mamadas frecuentes y regulares. La bien conocida investigación en prácticas seguras de colecho realizada por el Dr. James McKenna, Director del Laboratorio de Sueño de la Madre y el Bebé, en la Universidad de Notre Dame, fue omitida por la comisión. También, la obvia omisión de retroalimentación por parte de la Sección de Amamantamiento de la AAP, puede considerarse por el hecho de que ciertos asuntos del manejo de la Lactancia no se tomaron en consideración...

Inclusive la Organización Mundial de la Salud (OMS) independientemente de las resoluciones de la AAP establece que “Existen pruebas crecientes de que el uso de tetinas y chupetes se asocia con un abandono precoz de la lactancia, así como con otros problemas”(OMS, 1998, p. 71).

En resumen, el colecho es una práctica natural del hombre, y que se practica en muchas culturas, las cuales tienen los índices más bajos de SMSL. No obstante la visión cultural occidental industrializada considera solo aquellas pruebas científicas alienadas a su ideología, determinando que el colecho sea un riesgo para el bebé. Dicha visión es la que adopta la SUP, sin dejar espacio a otras formas de saberes. La propia Dra. Kanopas en relación al colecho dice: “...**independientemente de las recomendaciones internacionales** estamos haciendo mucho hincapié en el colecho como factor de riesgo a la hora del sueño...”; y que el lactar en la noche debe ser suprimido en beneficio de una burda imitación del pecho materno, sin considerarse el riesgo que ello conlleva. La recomendación que los bebés no cohabiten con sus papás más allá de los cinco meses de edad, es otro punto que desatiende las verdaderas necesidades del infante y si las culturales. Es clara entonces, la postura cerrada de la sociedad, en relación a lo que entienden por sueño seguro en el lactante.

Dormir bien vs dormir mal

A las pautas sobre sueño seguro, se suma otro factor que repercute directamente en el establecimiento de un apego seguro del bebé con su mamá, nos referimos a los conceptos culturales que definen que es o no dormir bien en un bebé y niño.

Sabido es que en psicología las palabras “bien” y “mal” no son los términos más apropiados para referirnos al comportamiento de una persona, pues, por ejemplo, al decir que alguien se porta “bien” o “mal”, es en primer lugar una definición muy vaga, y por otro el término está sujeto a la ideología de la cultura. En este sentido, **¿qué se entiende que un bebé duerme bien, o por el contrario, duerme mal?**; como lo explica la doctora en biología María Berrozpe (2014) en su blog, “*Reeducando a Mamá*”, manifiesta que en nuestra cultura occidental las expectativas de los padres respecto al sueño de sus hijos son producto de una ideología social que dista mucho de lo que es la naturaleza del bebé. Para nuestra sociedad occidental industrializada, existe la creencia muy extendida que un bebé duerme “bien”, cuando lo hace solo y de un tirón (sin reclamar a los papás) en otras palabras, el sueño de un bebé está consolidado cuando logran dormir sin la presencia y el contacto de sus padres, y al presentar un despertar durante el transcurso de su sueño, deben ya a los seis meses de edad, lograr auto-consolarse, o sea volver a dormirse sin la ayuda de su cuidador

(Mckenna, 2009). Por lo tanto aquellos, bebés y niños que no logran tales expectativas, son diagnosticados (en la mayoría de las veces) con el diagnóstico de **insomnio infantil**, en otras palabras, se dice que luego de los seis meses de edad, un niño sufre de insomnio si:

...al menos dos veces por semana necesita más de 45 minutos para quedarse dormido, o si se despierta totalmente al menos una vez a la semana sin poder dormirse de nuevo (...). En niños menores de cinco años, el insomnio suele estar casi siempre relacionado con una adquisición inadecuada de hábitos de sueño. (Caballo & Simón, 2001, pp. 242-243)

Cuando el insomnio es producto de la adquisición de hábitos incorrectos, el diagnóstico es el de **“Insomnio infantil por hábitos incorrectos”**, empleado en La Clasificación Internacional de los Desórdenes del Sueño -2 (ICSD-2). ¿Por qué toman los seis meses de edad como referencia?; según Estivill (2013) a partir de los 6 -7 meses de edad el ritmo biológico de un niño es diario, gracias a la maduración de un grupo de células del cerebro que funciona como reloj biológico. Esto significa que cada 24 horas puede repetir y alternar los patrones de vigilia y sueño. Para que el reloj biológico funcione correctamente, el bebé desde que nace debe ser sometido a rutinas para adaptarse al ritmo solar. Como dice el autor:

Podemos poner en marcha el reloj del bebé mediante los siguientes estímulos externos: reforzando el contraste entre luz (de día) y oscuridad (de noche); (ruido de día) y silencio (de noche) (...) Enseñándole el hábito del sueño; mostrándole como aprender a conciliar el sueño por sí mismo, sin que nadie le ayude. (Estivill, 2013, pp. 28-29)

Es lícito que aclaremos que dentro de los problemas del sueño tanto para adultos y niños existen una gama considerable de trastornos, clasificados en dos grupos, uno de ellos denominado: Disomnias, y el otro Parasomnias. No obstante para el presente trabajo solo haremos referencia al de **Insomnio infantil por hábitos Incorrectos**, por entenderse que es un trastorno que, como venimos expresando, alude más a expectativas culturales, y no a problemas “reales” del sueño, y que la terapia recomendada es muy perjudicial para la salud del infante, y para el establecimiento de un apego seguro.

Insomnio infantil por hábitos incorrectos

En concordancia que lo que venimos exponiendo, si un bebé sano, sin enfermedad física y/o psicológica, luego de los seis meses de edad, presenta problemas para conciliar y/o mantener el sueño y es incapaz de auto-consolarse para volverse a dormir, se dice que no ha aprendido hábitos correctos de dormir, y que padece **insomnio infantil por hábitos incorrectos**. Que exista tal problemática en el sueño

infantil, es consecuencia de la base de donde parten los estudios científicos acerca del sueño del bebé, como explica el antropólogo James McKenna, los estudios científicos acerca del sueño infantil tomaron como referencia, de normal y saludable, el bebé que duerme solo y que no era alimentado con lactancia materna, en lugar del bebé o niño que duerme acompañado y tienen la posibilidad de acceder al pecho materno sea para alimentarse como para consolarse (Berrozpe, 2014). Un gran defensor del sueño en solitario de los bebés, es el doctor Eduard Estivill, el cual en sus libros “Duérmete niño” y “¡A dormir!” explica cómo prevenir y revertir los problemas de insomnio infantil. Según el doctor las características clínicas del insomnio infantil por hábitos incorrectos son:

- Dificultad para iniciar el sueño solo
- Múltiples despertares nocturnos
- Sueño superficial (cualquier ruido lo despierta)
- Duermen menos horas de lo habitual para su edad
- Son niños totalmente normales desde el punto de vista psíquico y físico.

Estivill calcula que el 35% de los niños menores a los cinco años padecen de insomnio infantil, consecuencia de no haber adquirido el correcto hábito del dormir. Más aún, según el doctor el niño que a la edad de cinco años no haya superado su problema de insomnio, tiene mayor probabilidad de padecer trastornos del sueño el resto de su vida (Estivill & Béjar, 2010).

Para comprender mejor el “Insomnio infantil por hábitos incorrectos” es importante señalar que se entiende por hábito, según la teoría conductista. Que nos apoyemos en dicha teoría no es casual, puesto que el paradigma que plantea el Dr. Estivill para el desarrollo de la patología y cura de la misma, se basa, aunque no lo exprese abiertamente, en el paradigma conductista.

Hábito – el dormir es consecuencia del aprendizaje

La mayoría de las conductas que presenta un ser humano fueron aprendidas en el transcurso de su vida, el proceso de adquisición de nuevas conductas se le denomina aprendizaje. Una vez que la conducta es emitida con una frecuencia significativa al presentarse determinadas circunstancias, se dice que se adquirió un hábito. Por ejemplo, la conducta de lavarse los dientes, se vuelve un hábito, si es emitida luego de cada comida (circunstancias que promueve la conducta de lavarse los dientes) (Chertok, 2004). Ahora bien, en relación al sueño infantil, según los planteamientos de Estivill, el insomnio por hábitos incorrectos es consecuencia que el infante asoció de

forma incorrecta ciertos elementos externos con el acto de dormir. En otras palabras, el niño aprendió que el acto de dormir (ya sea conciliar o mantener el sueño), va acompañado (circunstancias) de ciertos elementos externos, que para el autor no son los adecuados. De hecho propone una lista de los elementos externos desaconsejables para dormir a un bebé, ellos son: Cantarle, mecerlo en los brazos, mecerlo en la cuna, darle la mano, pasearlo en cochecito, darle una vuelta en automóvil, tocarlo o dejar que nos toque el cabello, darle palmaditas o acariciarle, darle un biberón o amamantarlo para que calle, llevarlo a nuestra cama, dejarle trotar hasta que caiga rendido, darle agua (Estivill, 2013). En este sentido, si el bebé se duerme de la mano de su mamá, reclamará la presencia de ella, cada vez que quiera dormirse, por lo que atenta con el dormir en solitario, que según explicáramos, es lo que en nuestra cultura se entiende como “dormir bien”. Si el bebé del ejemplo no logra dormir sin la presencia de su madre, presentará el diagnóstico de insomnio infantil por hábitos incorrectos. En resumen, decimos entonces que según este paradigma, el bebé al nacer debe aprender a dormir, y que si padece insomnio por hábitos incorrectos, es consecuencia que el aprendizaje del acto de dormir no se logró de forma eficiente. No obstante, Estivill como aquellos profesionales que aceptan esta concepción del sueño infantil, propusieron métodos para prevenir o revertir los problemas asociados al insomnio infantil por hábitos incorrectos. Y su postura es clara, no toma en cuenta las necesidades del bebé y la importancia de la mamá como agente regulador de sus emociones, psiquismo y fisiología. Solo importa que el niño aprenda a dormir solo:

Nunca hay que dormirlo ni en brazos ni en la cuna. No hace falta acunarlo, ni hacer nada para que se duerma. Recordad que en vuestra barriga el niño se dormía solo. Vosotras no teníais que cantarle ni mover la barriga de un lado a otro para acunarlo (Estivill, 2013, p. 103)

Postura que dista mucho de la presentada en la primera parte del presente trabajo, donde se habló de cómo se forja el apego, sobre todo cuando mencionamos los “sustitutos postuterinos”.

Si existe patología, existirá tratamiento

Las aproximaciones al tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos se orientan por dos vías posibles no excluyentes. a) Medicación. b) Técnicas de adiestramiento, o terapias cognitivas-conductuales (TCC). La medicación no mostró eficacia como tratamiento, no obstante algunas TCC si fueron eficaces, pero como veremos más adelante, altamente dañinas. Entre las técnicas (pues hay una gama bastante amplia) están:

- Extinción: dejar llorar al bebé, sin la presencia de sus cuidadores hasta que dejase de hacerlo.
- Extinción gradual: técnica que parecerá más amable, pero es igual de cruel que la anterior, aquí se permite que los papás visiten a su bebé, pero con ciertas condiciones, es el método empleado por el Dr. Estivill (Berrozpe, 2014).

Antes de seguir, repararemos en el concepto de extinción, para comprender que se quiere lograr con las técnicas comentadas. En la teoría conductista existe un modelo de aprendizaje denominado “condicionamiento operante”, desarrollado por B.F. Skinner (citado por Chertok, 2004) donde expresó que las conductas están controladas por las consecuencias inmediatas que provocan. Decimos que una conducta es reforzada cuando las consecuencias que genera aumentan su probabilidad de ocurrir en el futuro. No obstante si la conducta deja de ser reforzada, la frecuencia de aparición disminuye hasta desaparecer, en este caso se dice que se extingue. Ahora bien, volviendo a las técnicas anteriormente comentadas, lo que buscan es que el bebé deje de llorar, pues entienden que el llorar del bebé expresa su “... incapacidad de dormir adecuadamente (...) Este llanto es su forma de indicarnos que no sabe llevar a cabo su hábito solito y que está aprendiendo. No es un llanto de sufrimiento, simplemente es un llanto de comunicación” (Estivill, 2013, pp. 49-50). En este sentido, para que el bebé aprenda a dormir, el llanto debe ser ignorado por los papás, hasta que por fin deje de hacerlo. Más aún, debido el estrés que sufre el niño, puede presentar conductas tales como golpearse y/o vomitar, a lo que el autor alega que también hay que hacerle caso omiso pues “...sabéis que solo utiliza estas acciones para conseguir su reacción. En realidad no le pasa nada (...) no os asustareis ni flaquearéis en ningún momento, ni siquiera aunque el niño vomite o se de golpes” (Estivill, 2013, p. 51).

Desde la teoría conductual se dice que la conducta de llorar fue extinguida por quitarle su reforzador. El reforzador claro está, es la presencia de sus papás. Para comprender mejor pondremos un ejemplo: el bebé solo en su cunita llora, reclama a su mamá, ella acude a su auxilio y le toma de la mano, el bebé al sentirla deja de llorar. La conducta de llorar fue reforzada por la consecuencia inmediata que generó, el contacto con la mamá. No obstante, tomar la mano del bebé es un elemento externo no aconsejable para una buena higiene del sueño infantil, por lo que la mamá, ignorará a su hijo cuando la vuelva a reclamar llorando. Su hijo llorará cada vez más fuerte, pero al repetirse la ausencia de respuesta por su madre, el niño dejará de llorar, y se dice entonces que la conducta se extinguió, buena señal del que el bebé está aprendiendo a dormirse sin el consuelo de la mamá.

Pero como vimos el llorar es una conducta “señal” desde la teoría del apego, y es la única vía por la cual el bebé puede mostrar que algo no va bien y que para sobrevivir necesita de su figura de afecto. Extinguir dicha conducta, es atender directamente con el sistema conductual de apego, que como vimos se activa en situaciones tales como la separación. A su vez que deje de llorar no significa en absoluto que el bebé deje de sentir el malestar que le provocó el llanto, y que no necesite de sus cuidadores, solo aprendió a no llamar a sus papás, que no cuenta con ellos... más que aprender a dormir, aprendió a resignarse.

Repercusiones

A continuación detallaremos las implicaciones sufridas en el infante y madre al aplicar el método de extinción y extinción gradual:

1. **Repercusiones fisiológicas en el bebé:** Un bebé cuando llora está estresado, y todo su sistema está inundado con la hormona del estrés, el cortisol. Cuando la experiencia que se vive es muy intensa y sobreviene la amenaza y los mecanismos de regulación homeostáticos normales se ven sobrepasados, la respuesta del cuerpo puede ser la aparición de estrés. El bebé inmaduro es incapaz de regularse por sí mismo por lo que necesita, de la mamá para su consuelo. La separación, como lo expresó Bowlby y que ya vimos, es para el bebé una amenaza a su integridad a su supervivencia, por lo que su organismo reacciona, se estresa, para recuperar la seguridad de su figura de apego. “Existen importantes evidencias de que la separación respecto a aquellas personas de las que dependemos da lugar a un aumento del nivel de cortisol” (Gerhardt, 2008, p. 87). Ignorar el llanto del bebé, es permitir que el organismo de la cría colapse. Niveles elevados de cortisol afectan todo el organismo del sujeto, en el cerebro los receptores de la hormona pueden dejar de funcionar, afectando la capacidad de captación de dicha hormona, lo que dificulta el restablecimiento del sujeto a la “normalidad” (Gerhardt, 2008). Si existen muchas situaciones de estrés, el sistema de respuesta al estrés queda afectado, la bioquímica del cerebro queda alterado, por lo que el bebé padecerá problemas de regulación emocional, conforme crezca y deba afrontar situaciones adversas. Otras de las secuelas de no responder al llanto del bebé son: ansiedad, depresión síndrome de estrés postraumático y alteraciones del comportamiento como ser la hiperactividad. En cuanto a la conducta de vomitar que pueden presentar los niños que son dejados llorar es consecuencia del shock neuroemocional a los que son

sometidos, los niveles altos de serotonina y cortisol provocan el vómito (Jové, 2007).

2. **Des-sincronía entre mamá y bebé:** como vimos en los apartados correspondientes al apego, para que se forje un vínculo afectivo seguro es imprescindible que la mamá logre sintonizar y sincronizar con las necesidades del bebé y obrar en consecuencia. Estas técnicas de adiestramiento logran afectar el delicado sistema. Por ejemplo, se demostró que tres días de adiestramiento del bebé para que aprenda a dormir determinó que los niveles de cortisol de la mamá disminuyeran significativamente en cuanto sus hijos ya no lloraban, mientras que los niveles de la hormona en los bebés eran muy elevados. En otras palabras, la extinción de las señales conductuales de estrés (el llorar) en los bebés se asocia a una a-sincronía de las respuestas fisiológicas entre la mamá y el bebé (Berrozpe, 2014).
3. **Desensibilidad materna:** la madre al tener que hacer caso omiso a las señales de angustia de su hijo, hace que poco a poco comience un proceso de desensibilización hacia el padecer de su cría.
4. **Indefensión aprendida:** según Martin Seligman (citado por Méndez, 2011) cuando los sujetos no son capaces de controlar las situaciones que se le presentan, o sea que realice o no una acción voluntaria las consecuencias serán las mismas, determina que la persona genere expectativas de incontrolabilidad (ver “mapas causales”). Las expectativas de falta de control de las situaciones producen el déficit característico de la depresión y de la desesperanza. Cuando el bebé llora, una y otra vez siendo la respuesta la misma, que la mamá no corre en su auxilio, el bebé desarrollará la expectativa que cualquier acción que realice no podrá cambiar la situación que padece.
5. **Trastornos del apego:** los papás al no responder a las señales de apego que emite el bebé hace que el sistema de apego se vea afectado. Dicha acción por parte de los padres hace que ellos mismos no puedan conformarse como una “base segura” para el bebé, puesto que no le están brindando la confianza y seguridad que necesita para consolarse. Según los estudios se puede establecer un apego de tipo evitativo, “aclamado” por los profesionales del adiestramiento, puesto que presentan pocos despertares y no molestan a sus padres, denominando que el bebé logró un sueño “consolidado” (Berrozpe, 2014).
6. **Repercusión en sus derechos como niño:** En La Declaración Universal de los Derechos Humanos, las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene

derecho a cuidados y asistencia especiales. Por lo que en la Declaración de Ginebra de 1924 se enuncia los Derechos del Niño, y en 1989 se firmó la **Convención Sobre los Derechos del Niño**, teniendo presente que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (CDN, 1989, p. 1). La CDN promueve una visión del niño en su carácter integral, tomando en cuenta todas las dimensiones que involucran el desarrollo del mismo. Pero como lo establece UNICEF, aun el discurso de la CDN no se ve reflejado en las políticas, leyes y prácticas dirigidas a la infancia (Etchebehere. & Cambón, 2012). Por las repercusiones de las técnicas de adiestramiento, es entre otros, notorio que el derecho del niño a desarrollarse íntegramente no se respeta.

En conclusión estas técnicas de modificación de la conducta que proponen ciertos profesionales del sueño infantil pecan en varios puntos. 1) En decir que al bebé hay que enseñarle a dormir, cuando en realidad los bebés duermen desde feto, y que lo hagan de una manera distinta al adulto es porque el sueño evoluciona en correlación a las necesidades que presente en su edad cronológica. 2) No toman en cuenta la importancia de la presencia de la mamá al momento del dormir del bebé. 3) Hacer caso omiso a las señales del sistema de apego, atenta contra el establecimiento de un apego seguro. 4) Son altamente nocivos para la integridad y la salud del bebé. 5) Son métodos que no responden a las necesidades del bebé, pero si a las de la cultura occidental industrializada. 6) Atropellan los derechos del niño así como los de la mamá. No obstante, lamentablemente, los libros del Dr. Estivill son vendidos en todas las librerías de nuestro país, inclusive en farmacias, sin ninguna advertencia de todos estos aspectos negativos que se mencionaron. Pareciera que nuestra cultura dedique sus fuerzas a la crianza diurna, dejando que en las noches, específicamente al momento de dormir, sea el propio bebé quien se las arregle para hacerlo de forma segura.

ConclusiónFinal

El bebé es un mamífero que por su condición de ser atricial y especie de porteo, necesita la presencia de su cuidador las 24 horas del día para sobrevivir, en tal sentido será de vital importancia que sea beneficiado de un maternaje responsivo para lograr satisfacer todas sus necesidades, sean ellas psicológicas, emocionales o físicas. Que el bebé se beneficie de cuidados maternos sincrónicos y sintónicos con sus necesidades, hace que la cría forje un vínculo afectivo basado en la confianza con su

cuidador. Gracias a ello, el bebé sentirá que la persona que le cuida es digna de confiar y que podrá acceder a ella cuando su integridad se vea amenazada y obtener la seguridad necesaria. A su vez la cría sintiéndose segura podrá explorar el ambiente, y comprender las complejidades del mundo que habita. El lazo afectivo que generó en el primer año de su vida con su cuidador se traduce en modelos operatorios internos, que guiará su comportamiento con el resto de las personas. Este complejo sistema que se establece entre madre e hijo se ve seriamente afectado en nuestra sociedad por las expectativas deseables que se tiene del sueño infantil, el de dormir en solitario y autoconsolarse. Dicho posicionamiento se funda en modelos ideológicos capitalistas y altamente biologicistas, dejando de lado saberes de otras disciplinas, que han demostrado ser fundamentales en la comprensión de las verdaderas necesidades del bebé. Por ello, esta visión, mutila la importancia que tiene para el bebé dormir junto a su mamá, puesto que ella coregula los sistemas fisiológicos del bebé, favorece la lactancia, incrementa la posibilidad de establecer un apego seguro y disminuye la posibilidad del SMSL. En otras palabras, hace caso omiso de que el bebé humano es dependiente de su mamá y que la evolución dotó a mamá y bebé con poderosos mecanismos de comunicación inconsciente para mantenerse juntos y que la posibilidad de supervivencia del ser humano, como especie, aumente. En nuestro país la SUP, específicamente el “comité de estudio y prevención de muerte súbita del lactante” está alienada a la concepción del sueño en solitario del bebé, promoviendo su desarrollo y siéndole indiferente al pronunciamiento de organismos importantes como es la LLLI.

Somos conscientes que la complejidad que presenta el tema desarrollado en la presente monografía, solo nos ha permitido esbozar apenas una pequeña porción de su totalidad, por lo que será necesario ahondar aún más en el tema para lograr conclusiones más contundentes. No obstante, y con la información recabada, decimos que entendemos pertinente que la ciudadanía se beneficie con la mayor cantidad de información acerca del sueño infantil, y que una vez obtenida, sea cada una de las personas las responsables de tomar la decisión que le parezca más conveniente al momento de dormir a su bebé. Y que ante la duda, se le proporcione información acerca de los distintos organismos a los que puede acudir para buscar respuestas, como ser la SUP; la Liga de Leche de Uruguay, entre otros. También que los métodos de adiestramiento para lograr enseñar dormir a un bebé, atentan con la integridad del infante, por lo que sería pertinente advertir al lector de las nefastas consecuencias para su bebé si ha de aplicar dichos “tratamientos”. Más aún, los libros de Estivill (pues

fueron los abordados en éste trabajo), deberían ser seriamente revisados por distintos profesionales de nuestro medio para considerar si es oportuno que se comercialicen.

La crianza de un bebé no es solamente diurna, por lo que atender las necesidades del infante durante la noche es fundamental para lograr una crianza respetuosa y aumentar la posibilidad de establecer un apego seguro. Recordemos que cada bebé será un futuro adulto, del cual la sociedad podrá o no beneficiarse, atender sus necesidades es entonces también atender el futuro.

Referencias bibliográficas

- Barg, G. (2011, mayo). Bases neurológicas del apego. Revisión temática. *Ciencias psicológicas. Revista oficial de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga*, V (1), pp. 69-81
- Barrán, P. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2. El disciplinamiento. (1860-1920)*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental. Facultad de Humanidades y Ciencias.
- Bowlby, J. (2012). *El apego: vol. 1 de la trilogía El apego y la pérdida*. Buenos aires, Argentina: Paidós
- Bowlby, J. (2010). *La Separación: vol. 2 de la trilogía El apego y la pérdida*. Barcelona, España: Paidós
- Bowlby, J. (2010). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Caballo, V. E. & Simón, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid, España: Pirámide.
- Cantón, J. & Cortés M. R. (2008). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Charpak. N. (2006). *Bebescanguros. El recién nacido y su contacto con la madre*. Barcelona, España: Gedisa.
- Chertok, A. (2004). *Las causas de nuestra conducta*. Montevideo, Uruguay: Edición especial del Centro de Terapia Conductual.
- Cyrulnik, B. (2013). *Los patitos feos*. Buenos Aires, Argentina: Clave.
- Estivill, E. (2013). *¡A dormir! El método para enseñar a dormir a los niños*. Barcelona, España: Debolsillo.
- Estivill, E. & Béjar, S. (2010) *Duérmete, niño. Cómo solucionar el problema del insomnio infantil*. Buenos Aires, Argentina: Debolsillo.
- Etchebehere, G. & Cambón, V. (diciembre, 2012). Desarrollo Integral en la primera infancia: el derecho del bebé a la participación. *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia*. Vol. (21), 100-109
- Etxebarria, I., Fuentes, M. J., López, F. & Ortiz, M. J. (2005). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid, España: Pirámide.
- Gerhardt, S. (2008). *El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé*. Barcelona, España: Albesa
- González, C. (2009). *Bésame mucho. Cómo criar a tus hijos con amor*. Madrid, España: Temas de hoy. S.A.

- González, Y. (2010). *Amar sin miedo a malcriar. La mirada a la infancia desde el respeto, el vínculo y la empatía*. Barcelona, España: Integral.
- Gopnik, A. (2010). *El filósofo entre pañales. Revelaciones sorprendentes sobre la mente de los niños y cómo se enfrentan a la vida*. Madrid, España: Temas de hoy. S.A.
- Gros, F. (2007). *Michel Foucault*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Jové, R. (2007). *Dormir sin lágrimas. Dejarle llorar no es la solución. Todo lo que hay que saber para resolver los problemas del sueño*. Madrid, España: La Esfera de los Libros, S. L
- Lebovici, S. & Weil-Halpern, F. (1995). *La psicopatología del bebé*. Madrid, España: Siglo veintiuno de editores, S.A.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid, España: Editorial Psimática.
- McKenna, J. J. (2009). *Dormir con tu bebé. Una guía para padres sobre el colecho. Cómo practicarlo de forma segura*. Barcelona, España: Crianza Natural S.L.
- Méndez, F. X. (2011). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Miller, A. (1985). *Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño*. Barcelona, España: Tusquets.
- Morris, D (1980). *Comportamiento Íntimo*. Barcelona, España: Rotativa.
- Punset, E. (2007). *El alma está en el cerebro. Radiografía de la máquina de pensar*. Madrid, España: Punto de lectura.
- Seligman, M. E. (2003) *La auténtica felicidad. La nueva Psicología Positiva revoluciona el concepto de felicidad y señala el camino para conseguirla*. Barcelona, España: Vergara.
- Stern, D. (1999). *Diario de un bebé. Que ve, siente y experimenta el niño en sus primeros cuatro años*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Referencias bibliográficas electrónicas

- Berrozpe, M. M. (2014, 14 de marzo). *Reeducando a Mamá* [Web log post]. Recuperado de <http://reeducandoamama.blogspot.ch>
- Berrozpe, M. M. (2014). *El Debate Científico sobre la Realidad del Sueño Infantil*. Recuperado de <http://www.suenoinfantil.net>
- Crianza Natural S.L. (2003-2006). *El colecho hasta los cinco años*. Recuperado de <http://www.crianzanatural.com/art/art83.html>

- Kanopa, V., Sosa, M. & Giachetto, G. (2013, mayo). Sueño seguro en el lactante. *Opción médica*. Recuperado de <http://www.opcionmedica.info/images/ediciones/2013/pdf/Mayo-2013.pdf>
- La Leche League International. (2007). *Respuesta de LLLI a la Declaración de la AAP sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Infante*. Recuperado de <http://www.llli.org/lang/espanol/aap.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?ua=1
- Pinedo, J. & Santelices, M. (2006, diciembre). Apego Adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524210>
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de [http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)
- UNICEF. (2001). *Estado Mundial de la Infancia*. Recuperado de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/fullsowcsp01.pdf>
- UNICEF UK. (2004). *Dormir en la misma cama con el bebé*. Recuperado de <http://www.dardemamar.com/colechoUNICEF.pdf>

Anexo

[¹] Entrevista realizada a La doctora Virginia Kanopa el día 26 de febrero del 2014. La doctora permitió que fuese grabada y que se le mencione en la presente monografía.