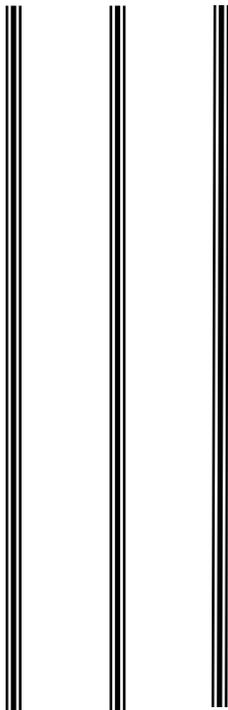




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

“Asociación entre las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad pacientes de la consulta externa, según el tiempo de evolución de su enfermedad”



**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN :

**PEDIATRÍA**

**P R E S E N T A:**

**Dr. Oscar Padilla Sánchez**

**TUTOR:**

**DRA GINA DEL CARMEN CHAPA KOLOFFON**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**FEBRERO 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## HOJA DE FIRMAS

Dr. Sarbelio Moreno Espinosa  
*Director de enseñanza y desarrollo académico*

### *Director de Tesis*

Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon  
*Médico Paidopsiquiatra*  
*Departamento de Investigación Clínica*  
*Hospital Infantil de México*

### *Asesor metodológico*

Dra. María Guadalupe Jean Tron  
*Neuróloga Pediatra*  
*Departamento de Investigación Clínica*  
*Hospital Infantil de México*

## DEDICATORIA

A **MIS PADRES:** por estar en todo momento conmigo, a veces uno cree que la carrera de medicina la hace uno sólo, pero nos equivocamos, porque también involucramos a nuestra familia a nuestros padres, en el sentido que te ayudan cuando estás decaído, porque hubo, hay y seguirán habiendo momentos de gozo pero también momentos de tristeza y pérdidas, mis padres me han enseñado que nadie establece normas más que la vida, que con dedicación y esfuerzo uno es amo de su propio destino, estoy agradecido infinitamente por ello.

A **LOS NIÑOS:** Que han sido mis mejores maestros, que pese a la enfermedad, y que muchas veces a tienen padecimientos crónicos con enfermedades de mal pronóstico, me permitieron acercarme a ellos, primero como ser humano y en segunda como personal de la salud, para aprender de ellos y sus enfermedades, mismas que me ayudaron a complementar mi formación académica, que sin ellos no existiría la pediatría y no estuviera existiendo éste momento tan hermoso y lleno de aprendizaje en mi vida.

Gracias al **HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO** por haberme abierto sus puertas para seguir preparándome profesionalmente, y aplicar mis conocimientos en nuestros niños, en mi familia mexicana, que tanto me ha dado y que requiere de médicos y de más gente preparada en todos los ámbitos.

A mis **AMIGOS** por platicar conmigo y brindarme su apoyo cuando a veces ya no podía más, a esos regalitos de guardia que te cambiaban el día para bien, por haberme acercado a ellos y ofrecerme su apoyo cuando más lo necesitaba y por compartir momentos alegres no solo dentro del hospital, sino fuera, en reuniones y cumpleaños, gracias amigos los quiero mucho.

A **DIOS** por permitirme abrir los ojos cada mañana, por haberle pedido y haberme dado, por darme salud a mí y a mis seres queridos, por brindarme la oportunidad, que no muchos tienen, de continuar estudiando, de brindarme un techo y comida en esta gran travesía y maravilloso viaje, que es la medicina, gracias de verdad.

El presente trabajo fue realizado con la supervisión de la **Dra. María Guadalupe Jean Tron** y de la **Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon**, a quienes agradezco la confianza, el compartirme sus conocimientos, además el tiempo que dedicaron a resolver mis dudas, en la orientación y guía para la realización de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
2.1 LA TEORÍA DEL APEGO.....	6
2.2 MODELO DE LA SITUACIÓN EXTRAÑA Y TIPOS DE APEGO.....	8
2.3 EL APEGO EN NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	10
2.4 LA IMPORTANCIA DE UN APEGO SEGURO.....	10
2.5 MEDIDAS PARA MEJORAR EL APEGO EN SUJETOS ENFERMOS .....	11
3. TECNICAS ACTUALES PARA CLASIFICAR EL TIPO DE APEGO .....	12
3.1 TECNICA DE SITUACIÓN EXTRAÑA.....	12
3.2 PASE (PROCEDIMIENTO ARGENTINO DE LA SITUACIÓN EXTRAÑA).....	12
3.3 ESCALA MASSIE CAMPBELL.....	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	13
5. JUSTIFICACIÓN .....	13
6. OBJETIVOS.....	14
6.1 OBJETIVO GENERAL .....	14
7. HIPÓTESIS.....	14
8. METODOLOGÍA.....	15
8.1 TIPO DE DISEÑO .....	15
8.2 POBLACIÓN BLANCO.....	15
8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	15
8.4 MÉTODO DE MUESTREO .....	15
8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES .....	15
8.5.1 Criterios de inclusión .....	16
8.5.2 Criterios de exclusión .....	16
8.5.3 Criterios de eliminación .....	16
8.6 PROCEDIMIENTO .....	16
8.7 VARIABLES.....	17
8.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	18
ESCALA DE MASSIE CAMPBELL (ADS) .....	18
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
10. LIMITACIONES .....	20
12. RESULTADOS.....	21
13.DISCUSIÓN.....	26
14.CONCLUSION.....	29
15. BIBLIOGRAFÍA.....	30
16. ANEXOS.....	32
16.1 ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL DE OBSERVACIÓN DE INDICADORES DE APEGO CUIDADOR-BEBÉ EN SITUACIONES DE ESTRÉS.....	32
16.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	33
17. CRONOGRAMA.....	35

## RESUMEN

**TITULO:** Asociación entre las conductas de Apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad pacientes de la consulta externa, según el tiempo de evolución de su enfermedad.

**ANTECEDENTES:** El apego se define como un lazo emocional hacia el cuidador primario. Las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y los niños y niñas con alguna patología tienden a ser del tipo inseguro. Fonagy estudió que apego seguro tienen ventajas en el comportamiento social, regulación del afecto, resistencia a tareas desafiantes, en la orientación hacia recursos sociales y en recursos cognitivos.

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Determinar la asociación entre las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad, y el tipo de enfermedad según tiempo de evolución.

**METODOLOGIA:** Se realizó un estudio transversal observacional prospectivo analítico. Se consideraron 35 diadas de cuidadores primarios y niños de entre 6 y 12 años de edad con enfermedades agudas (<3 meses) y enfermedades crónicas (≥ 3 meses), mismos que acudieron a la consulta externa del H.I.M Federico Gómez, de los servicios de genética, gastroenterología, cirugía, neonatología y cardiología, a los que se les aplicó una escala Massie Campbell para determinar el tipo de apego.

**RESULTADOS:** El resultado fue que entre los niños con enfermedades agudas, únicamente el 18.75% presentó un estilo de apego evitativo, mientras en los niños con enfermedades crónicas se observó en un 42.2%. Se encontró que existe mayor tendencia de desarrollar un apego evitativo si se tiene una enfermedad crónica.

**CONCLUSIONES:** Entre los niños con enfermedades agudas la tendencia es a la formación de un apego seguro, sin embargo el tener una enfermedad crónica no implica necesariamente el desarrollo de un apego evitativo, sin embargo si incrementa las posibilidades de tener un apego evitativo si se tiene una enfermedad crónica.

## INTRODUCCIÓN

La conducta de apego es definida por Bowlby como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”. Durante los periodos de estrés se despliegan ciertas conductas de apego, principalmente observadas en los bebés y menores de 2 años de edad tales como llorar, succionar, aplaudir, sonreír, seguir y aferrarse. Mary Ainsworth describió tres tipos de apego: el apego seguro, apego inseguro-ambivalente y el apego inseguro-evitativo. Existen numerosas investigaciones que indican que la hospitalización es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, que impactan en forma desfavorable en la formación de un apego seguro. Actualmente, se desconoce la prevalencia de los diferentes tipos de apego que establecen los niños mexicanos con sus cuidadores primarios, al conocer esta información se podrá evaluar la importancia y pertinencia de desarrollar estrategias durante los periodos de enfermedad para favorecer el apego seguro.

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 LA TEORÍA DEL APEGO

El apego se define como un lazo emocional que emerge durante el primer año de vida en situaciones de interacción entre un niño y uno o más adultos significativos que fungen como cuidadores, particularmente la madre. El lazo emocional debe resultar en la sensación de seguridad o confianza que el niño desarrolla en sí mismo. Una relación segura se expresa mediante la búsqueda del niño de cercanía con la figura de apego cuando se siente tenso o ansioso. Una relación insegura se expresa ya sea a través de evitación o conflicto entre acercarse o alejarse del cuidador primario en estas situaciones (1). La formación del vínculo confiable y seguro depende de un cuidador constante y atento que pueda comunicarse con el bebé de pocos meses y no solo se preocupe de cubrir sus necesidades de limpieza o alimentación, como se entiende popularmente (2).

La teoría del apego fue desarrollada de 1969 a 1980 por John Bowlby. En la formulación de su teoría incorporó elementos de la teoría evolutiva, etología, primatología y teoría de sistemas. También tuvieron una gran influencia los experimentos de Harry Harlow con monos Rhesus, y su descubrimiento de la necesidad universal de contacto. Harry Harlow fue un psicólogo estadounidense que durante los años 60 realizó un experimento con monos Rhesus que consistió en separar a algunas crías de sus madres y observar de qué manera se expresaba su privación maternal. Harlow introdujo a estas crías dentro de jaulas, adentro de las cuales había una estructura de alambre con un biberón lleno incorporado, y una figura similar a un mono adulto, recubierto con felpa suave, pero sin biberón. Ambos objetos, a su manera, simulaban ser una madre. De este modo, Harlow quería poner a prueba no solo las ideas de Bowlby, sino la hipótesis del amor condicional, que proponía que las crías se relacionan con sus madres básicamente por el alimento que les proporcionan. Sin embargo, se observó que las crías mostraban una clara tendencia a estar aferrados al muñeco de felpa, a pesar de no proporcionar comida; el apego hacia este objeto era mucho más notorio que el que profesaban hacia la estructura con el biberón, lo cual iba a favor de la idea de que es el vínculo íntimo entre madres y crías lo realmente importante, y no el simple alimento. Adicionalmente, esta relación se notaba en el modo en el que las crías exploraban el entorno. El muñeco con felpa parecía proporcionar una sensación de seguridad que resultaba determinante para que los pequeños monos se decidieran a emprender ciertas tareas por propia iniciativa. En los momentos en los que se introducía algún cambio en el entorno que generaba estrés, las crías corrían a abrazar el muñeco suave; y, cuando se separaba a los animales de este artefacto de felpa, mostraban signos de desesperación y miedo, gritando y buscando todo el rato a la figura protectora. Cuando se volvía a poner al muñeco de felpa a su alcance, se recuperaban, aunque permanecían a la defensiva por si volvían a perder de vista a esta madre artificial (2).

Bowlby recalcó que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continua entre el cuidador primario y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría (Bowlby, 1951). Bowlby estudió 44 niños institucionalizados por robo. En todos los casos había evidencias de experiencias previas de abuso y maltrato por parte de los progenitores. También estudió niños separados de sus madres tempranamente y por períodos prolongados, constatando los efectos en su salud mental posterior (3).

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y

capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. Cuando Bowlby se refiere a presencia de la figura de apego quiere decir no tanto presencia real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo. (4)

Su teoría defiende tres postulados básicos:

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales (4).

Durante los periodos de estrés se despliegan ciertas conductas de apego, principalmente observadas en los bebés y menores de 2 años de edad tales como llorar, succionar, aplaudir, sonreír, seguir y aferrarse.

La conducta de apego es definida por Bowlby como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta”. (4)

En términos generales, las conductas de apego son necesarias para la supervivencia de los menores ya que al nacer éstos están totalmente desprovistos de habilidades que les permitan sobrevivir por ellos mismos. El apego puede observarse a través de ciertos elementos que se producen en la interacción entre los padres y el bebé. Los principales elementos a observar son:

- El contacto físico: entendiéndose como el contacto piel a piel que los padres hacen con el niño, para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego. En general, este contacto se expresa a través de caricias y palmoteos.
- Contacto visual: el juego de miradas que se produce entre los padres y el niño. La mirada, al igual que el contacto físico, puede calmar o estimular el bebé especialmente si se trata de una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé.
- Vocalizaciones: todos los cantos, palabras, balbuceos y comentarios que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé, y ayuda a que éste se sienta vinculado con sus padres.
- La afectividad: todos los elementos anteriores se envuelven en un “tono afectivo” que implica el estado emocional de los padres al cuidar al niño. Es decir, que una madre puede hacer contacto físico, visual y vocalizar, pero si lo hace en un afecto de rabia, no van a tener el efecto positivo esperado (5, 6).

La teoría del apego en un enfoque actual nos permite asegurar que un apego seguro con un cuidador estable y continuo, puede asegurar un adecuado desarrollo cognitivo y mental del niño que llegará a ser adulto, aun tomando en cuenta riesgos genéticos. Más aún, los vínculos primarios pasan a ser de primera importancia en la vejez y también en condiciones

de impedimento o incapacidad física o mental a cualquier edad. Se da por supuesto ciertas características de nuestra biología en la cual buscamos apegos en tiempos de crisis, penas o necesidades (Moneta, 2003). Por esta razón la observación de campo del vínculo primario en los consultorios y centros médicos es tan importante. La manera en que una madre presenta al médico pediatra su bebé, es un factor tal vez suficiente para el diagnóstico de un vínculo defectuoso. Las maniobras a seguir suelen ser a veces simples y de sentido común, pero en casos de vínculo desorganizado tenemos que aconsejar tratamientos adecuados con terapeutas especializados, con el objeto de mejorar el vínculo entre la madre y el hijo. (4)

A partir de la investigación acerca de la primera infancia en los últimos 15 años, se desarrolló hacer algunos años el concepto de 0 a 3 años como una unidad de edad crítica en el desarrollo del infante. Podemos afirmar con seguridad que el vínculo con el cuidador primario se produce en uno de estos períodos críticos en el cual la confianza en el cuidador es fundada. Este vínculo que se forma durante el primer año de vida tiene repercusiones futuras y su interrupción es grave. Es esta confianza con el cuidador primario la que sirve de modelo en relaciones futuras para este niño. Lo que Bowlby denominó "Internal Working Models" o modelos internos de trabajo. De allí que estos temas sean tan relevantes en los casos de adopción o de cambios en el cuidador primario.(4)

Los pediatras pueden aconsejar a las madres a tener un comportamiento más cercano y consecuente en su estilo de comportamiento con el niño pequeño. Esta observación simple, pero de tanto valor, muchas veces se pasa por alto en la consulta de atención primaria, privilegiando otros aspectos de la salud. En la actualidad existen muchos estudios sobre el vínculo seguro y la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes o de pérdida (3).

## 2.2 MODELO DE LA SITUACIÓN EXTRAÑA Y TIPOS DE APEGO

Mary Ainsworth (1913–1999) trabajó con Bowlby hasta su muerte en 1990. Una de sus mayores contribuciones fue el desarrollo de un procedimiento para medir y clasificar el apego del niño a su cuidador, la Técnica de la Situación Extraña.

La técnica consiste en ocho episodios. En los episodios 1-3, el niño, en compañía de su cuidador primario, se enfrenta con una situación extraña (un cuarto de juegos), y después con un extraño (un asistente de investigación desconocido). Durante el cuarto episodio, el cuidador se sale del cuarto y el niño se queda con el extraño. El cuidador regresa durante el quinto episodio y el extraño se va. En el sexto episodio el cuidador vuelve a irse, dejando al niño solo en el cuarto. El extraño regresa en el episodio siete y eventualmente el cuidador también regresa en el episodio ocho. Con la finalidad de evitar el efecto de conductas paternas diferentes durante el estudio lo más posible, se le pide al cuidador que responda al niño únicamente cuando sea necesario y que no inicie ninguna interacción (7).

Los tres componentes del experimento (el ambiente desconocido, el extraño y las separaciones del cuidador) hacen que la situación sea estresante y activan las conductas de apego. Ainsworth encontró que los niños y niñas exploraban y jugaban más en presencia de su cuidador, y que esta conducta disminuía cuando entraba la persona desconocida y, sobre todo, cuando salía el cuidador. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utilizaba al cuidador como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias.

Se pone particular atención en los episodios en los que el cuidador se reúne con el niño después de una breve separación. Durante estos episodios (5 y 8) se estima qué tanto el niño confía en el cuidador al observar la conducta del niño y cuánto tiempo tarda en restaurarse el equilibrio entre explorar el ambiente y concentrarse en el cuidador.

La forma en la que el niño se aproxima al cuidador en el reencuentro y busca contacto, o trata de evadir el contacto, se muestra enojado o actúa en un modo desorganizado, es decisivo para la clasificación del apego. El apego del niño hacia su cuidador se puede clasificar como seguro, inseguro evitativo, inseguro ansioso o ambivalente, o desorganizado (7).

- Apego seguro:

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la situación experimental los niños y niñas lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños y niñas usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Al mismo tiempo en observaciones naturalistas llevadas a cabo en el hogar de estas familias se encontró que las madres se habían comportado en la casa como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

- Apego inseguro-evitativo:

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños y niñas se mostraban bastante independientes en la Situación Extraña. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario, la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños y niñas que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños y niñas se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. Los niños y niñas se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos.

La interpretación global de Ainsworth en este caso era que cuando estos niños y niñas entraban en la Situación Extraña comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella.

- Apego inseguro-ansioso/ambivalente:

Estos niños y niñas se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la Situación Extraña. La pasaban mal cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños y niñas vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños y niñas habían

procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

- Apego desorganizado:

Mary Main, discípula y colaboradora de Mary Ainsworth, observó que, en la “prueba de la Situación Extraña”, alrededor de un 5% de los niños y niñas se sentían extremadamente angustiados ante la separación de su madre, tanto como para golpearse la cabeza con las manos durante su ausencia; Sin embargo, cuando ella estaba presente en la sala, se mostraban confusos. Estos pequeños, de forma muy similar a las reacciones de animales asustadizos, parecían dudar si acercarse o alejarse de ella. Main asoció este tipo de reacciones a madres con graves trastornos mentales, tan afectadas por sus propios problemas que se mostraban incapaces de atender de forma adecuada las necesidades de sus hijos. Para los pequeños que mostraban este tipo de apego desorganizado, sus padres, las personas que supuestamente deberían protegerles, se habían convertido en fuente de angustia y terror debido a las reacciones exageradas y violentas que solían exhibir (8).

Según diversos estudios realizados los cuatro tipos de apego se distribuyen de forma general en la población: El apego seguro entre el 55 al 70 %, el apego inseguro evitativo entre el 15 al 20 %, el apego inseguro ambivalente entre el 12 al 15 % y el apego desorganizado en el 5 % (1).

Bowlby y Ainsworth pensaban que la naturaleza de nuestros primeros vínculos tendía a influir significativamente en nuestra vida posterior, no sólo en nuestras relaciones futuras, sino que también en el desarrollo de otros sistemas conductuales, como el juego y la exploración (9).

### 2.3 EL APEGO EN NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Una enfermedad crónica en la primera infancia merece una consideración especial en el tema de apego, puesto que la exposición constante al personal de salud, en sus distintos procedimientos y grados de invasión, se puede reconocer como un factor de estrés importante que induce al niño a una situación de estrés donde su prioridad es buscar seguridad. Los niños con padecimientos crónicos incluso pueden requerir hospitalizaciones, con relativa frecuencia, donde es habitual restringir o limitar las visitas de sus cuidadores primarios (comúnmente los padres). Esto puede ser normal dentro de la logística hospitalaria. Sin embargo, este tipo de restricciones no velan por el interés superior del niño y se puede considerar una falta en materia de derechos en la infancia a tener un cuidador primario con él todo el tiempo (10). Durante los primeros años de vida el niño busca la proximidad física con su figura de apego, lo cual representa su “base segura”. Cuando no es posible este vínculo de cercanía durante largos periodos de tiempo, por ejemplo, durante una hospitalización o exposición frecuentes a situaciones estresantes, es posible que el niño perciba que sus padres fallan en protegerlo. Esto se ejemplifica en procedimientos invasivos y dolorosos como las canalizaciones, donde al niño no le queda de otra más que enfrentar la situación y el apego seguro se ve comprometido. La interpretación de este tipo de situaciones varía según el temperamento, carácter y personalidad del niño y tiene implicaciones a futuro, pues se altera el modelo interno de las funciones ejecutivas, la representación mental de cuidadores, lo que posteriormente influencia pensamientos y comportamientos en las relaciones sociales cuando el niño alcanza la edad adulta y, por tanto, resulta en un estilo de apego determinado (11). Adicionalmente, un apego inseguro,

se ha relacionado con un aumento en el estrés percibido, disminución en la regulación fisiológica del estrés, disminución en la modulación social del estrés, uso externo de reguladores del afecto y uso alterado de factores protectores, situaciones que finalmente conducen a un aumento en la frecuencia de enfermedades crónicas como depresión, ansiedad, hipertensión arterial, uso de sustancias, conductas de riesgo, etcétera (12).

## 2.4 LA IMPORTANCIA DE UN APEGO SEGURO

Una revisión hecha por Fonagy y colaboradores (1994) reportó que los niños con apego seguro tienen ventajas en el comportamiento social, regulación del afecto, resistencia a tareas desafiantes, en la orientación hacia recursos sociales y en recursos cognitivos. Desde el punto de vista de la psicopatología, diversos estudios han demostrado relaciones significativas entre los tipos de vínculo inseguro y el aumento de sintomatología en niños y adolescentes. En adolescentes, en términos generales, la inseguridad del vínculo se ha asociado con mayores niveles de depresión, ansiedad, resentimiento, alienación y problemas con el consumo de alcohol (9).

De acuerdo con la revisión hecha por Ainsworth en 1979 de diversas investigaciones, los bebés que muestran un vínculo seguro al año de edad son, en etapas posteriores, más cooperadores y expresan afectos más positivos y comportamientos menos agresivos y de evitación hacia la madre y otros adultos menos conocidos, comparados con bebés que muestran vínculos inseguros. También se muestran, durante la infancia, más competentes y compasivos en la interacción con los pares. El niño seguro tiene una capacidad mejor desarrollada para reflexionar sobre el mundo. Los niños de 5 años clasificados como seguros eran capaces de hablar con espontaneidad, mientras que los niños inseguros daban respuestas de evitación de la madre o confusas (9).

En situaciones de juego libre, los niños seguros tienen periodos de exploración prolongados y muestran mayor interés. En tareas de resolución de problemas estos niños son más entusiastas, curiosos, persistentes y autodirigidos que los niños inseguros. También son capaces de solicitar y aceptar la ayuda de sus madres y además, se ha observado que usualmente obtienen mejores puntuaciones en pruebas de desarrollo y de lenguaje (9).

## 2.5 MEDIDAS PARA MEJORAR EL APEGO EN SUJETOS ENFERMOS

Los estudios realizados acerca del apego en sujetos enfermos dicen que el contacto con medio hospitalario es un acontecimiento estresante, genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, de ahí la importancia de tomar medidas para tratar de disminuir esta tendencia. (15)

Un estudio realizado en el año 2016 en Hong Kong muestra intervenciones para reducir la ansiedad en los niños, enfatizan la importancia de incorporar intervenciones de juego en el hospital para proporcionar atención de calidad para aliviar la carga psicológica de los niños hospitalizados. Estas son algunas de las propuestas: (15)

- Uso de equipo médico real, y equipo médico en miniatura
- Proporcionar varios servicios médicos reales y / o de juguete. Por ejemplo, estetoscopio, jeringa sin agujas, vendas, copa médica, guantes, mascarilla, gorro de enfermera, paquete de vendaje, etc.

- Involucre a los niños en diferentes tipos de actividades de juego expresivo (por ejemplo, pintura, canto, baile, diario, juego de arena, títeres, etc.), y aliéntelos a compartir o expresar sus sentimientos
- Proporcionar juegos y juguetes interesantes. (por ejemplo, soplar burbujas, libros emergentes, títeres, juegos de computadora, música, video, juguetes sensoriales, técnicas de relajación, etc.) para distraer la atención de los niños procedimientos médicos
- Involucre a los niños en actividades de juego apropiadas. (por ejemplo, juguetes, juegos de mesa, libros de cuentos, artes y manualidades, etc.) según su edad y habilidades

Los estudios han demostrado una relación significativa entre las condiciones de salud y el apego. Un estudio realizado en Hospital del Centro Médico Pediátrico de Teherán, año 2018, examinó un modelo de intervención basado en el apego llamado triángulo madre-hijo-enfermedad (MCDT) sobre índices de salud en niños con enfermedad crónica y sus madres. Se realizaron dos grupos el primer grupo recibió sesiones de actividades con su madre a diferencia del segundo grupo que solo tuvo conversaciones simples. (16)

El análisis mostró que los miembros del grupo experimental tenían apego significativamente más fuerte y mejor salud fisiológica y psicosocial que los del grupo de control. Los resultados sugieren que las intervenciones basadas en el apego se pueden utilizar para mejorar la efectividad del tratamiento entre los niños con enfermedad crónica y sus madres.(16)

En nuestro país se conoce poco sobre la prevalencia de los diferentes tipos de apego y no existe ningún estudio que lo correlacione con el curso de una enfermedad crónica o aguda.

### **3.TECNICAS ACTUALES PARA CLASIFICAR EL TIPO DE APEGO**

#### **3.1 TECNICA DE SITUACION EXTRAÑA**

La técnica de la situación extraña consta de 8 episodios. Su objetivo es estudiar el tipo de interacción que mantiene una madre o un adulto (extraño) con el niño, en un entorno no familiar. Esta Técnica trata de simular ciertos contextos para analizar cómo se comporta el niño cuando sale de su zona de confort, es decir su transición entre el entorno seguro del hogar a la exploración de otro que no le resulta conocido. A partir de la observación, resulta de especial interés conocer cuáles son las reacciones del pequeño cuando es separado de su madre, y posteriormente, cuando vuelve a reunirse con ella. Con ello se obtienen indicadores para así clasificarla en apego seguro, resistente, evasivo o desorientado.

#### **3.2 PASE (PROCEDIMIENTO ARGENTINO DE LA SITUACIÓN EXTRAÑA)**

Esta técnica para detectar el tipo de apego en los niños, es un procedimiento que adapta la Técnica de situación extraña, a la población argentina, misma característica que es la limitante para ser realizada en otra población, pero sirve de ejemplo para ejemplificar que existen nuevas técnicas y su posibilidad de ser adaptadas a cierto tipo de poblaciones. Este modelo utiliza: 1) Procedimiento de la Situación Extraña, 2) Cuestionario de relación y 3) Entrevista para madres semi-estructurada. El mismo contiene tres secciones: 1) Protocolo de puntuación del PASE; 2) Guía para la puntuación del PASE y 3) Guía para la evaluación del PASE. Se realizó el grado de acuerdo entre observadores y la confiabilidad inter-observador. Con ello se obtienen indicadores para así clasificarla en apego seguro, evitativo y perturbado.

### 3.3 ESCALA DE MASSIE CAMPBELL

Este instrumento es una pauta de evaluación que valoriza la conducta del cuidador y del bebé frente a una situación de stress para el bebé. El objetivo consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales, que reflejan la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. La pauta contiene 6 elementos de apego: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad. Se debe escoger de cada categoría la opción que mejor represente las conductas observadas, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad de las mismas, cada opción tienen un puntaje que va de 1 a 5. Una vez terminado la evaluación se debe clasificar el patrón según la tendencia de conductas observadas, según la tendencia: Apego Seguro, evitante y apego ambivalente. Puede ocurrir que algunos elementos tanto el lactante como el cuidador principal muestren conductas de varios estilos, pero aun así el trazo muestra una tendencia hacia uno de los tres.

## 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Se desconoce actualmente cuál es el estilo de apego más frecuente en la población general mexicana, así como en la población de padres de niños con alguna patología.
- Las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y los niños y niñas con alguna patología tienden a ser del tipo inseguro.
- Los niños y niñas que desarrollan un tipo de apego inseguro suelen tener con mayor frecuencia aumento de sintomatología, mayores niveles de depresión, ansiedad, resentimiento, en términos generales, menor desarrollo cognitivo y mental
- Respecto al tipo de apego de los niños con enfermedades agudas o crónicas no hospitalizados, se sabe que un ambiente extraño y la separación imposibilitan que emerja la conducta de apego segura.
- Es probable que existan diferencias en las frecuencias en las que se presentan conductas de apego de tipo inseguro entre los pacientes con enfermedades con diferentes tiempos de evolución.

### 4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una asociación entre las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad, y el tipo de enfermedad según tiempo de evolución?

## 5. JUSTIFICACIÓN

Realizar estudios acerca del estilo de apego entre las diadas cuidador-paciente permitirán la estructuración de programas de intervención oportuna en nuestra población pediátrica y con ello mejorar el tipo de conductas de apego.

Existen algunas intervenciones sencillas que se pueden hacer con los cuidadores primarios que han demostrado que aumentan las probabilidades de que se establezcan conductas de apego seguras.

Conocer si existe una asociación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el tipo de conductas de apego observadas entre el cuidador y el niño o la niña enfermos, nos permitirá planear mejores estrategias para mejorar el tipo de conductas de apego.

Con base a la disposiciones del presupuesto nacional , solo el 10.9% del mismo fue otorgado a la salud, ahora bien se conoce que el tener un crecimiento nacional conlleva a mayor crecimiento del PIB lo que incrementaría el presupuesto otorgado a la salud y con ello cubrir:

- Las necesidades de atención médica ya que actualmente solo se ofrecen en el país 3.12 consultas por persona por año, cuando la evidencia de los países de la OCDE indica que una persona requiere 4.7 asistencias.
- FUNSALUD déficit de 195 millones de consultas anuales
- construirse 3,528 hospitales generales, adicionales a los existentes, y 652 de especialidades

Los resultados obtenidos en este estudio ayudarán a documentar los tipos de apego en una población en riesgo y por tanto permitirá la estructuración de programas de intervención oportuna lo cual repercutirá en la calidad de vida de los pacientes en población pediátrica, teniendo así mejor calidad de vida, por ende al llegar a su etapa laboral mejor rendimiento de la misma, que a su vez se vería reflejada en mayor crecimiento PIB y por tanto crecimiento nacional.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad, y el tipo de enfermedad según tiempo de evolución.

### **OBJETIVO SECUNDARIO**

Conocer la frecuencia en la que se presentan los diferentes estilos de apego entre las diadas estudiadas.

## **7. HIPÓTESIS**

En los pacientes crónicos, se encontrará una frecuencia de las conductas de apego de tipo inseguro 15% mayor que la encontrada en el grupo de niños con enfermedades agudas.

## 8. METODOLOGÍA

### 8.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio transversal, observacional, analítico y prospectivo.

### 8.2 POBLACIÓN BLANCO

Se considerará a diadas de cuidadores primarios y niños de entre 6 y 12 meses con enfermedades que ameriten tratamiento en la Consulta Externa de los servicios de genética, cirugía general, cardiología, neonatología y gastroenterología, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

### 8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se hizo un cálculo del tamaño de la muestra utilizando las siguientes fórmulas:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)}$$

Donde:

- n = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- $Z_{\alpha}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- $Z_{\beta}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- $p_1$  = Valor de la proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual. (proporción esperada: 15)
- $p_2$  = Valor de la proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica. (proporción esperada: 30)
- p = Media de las dos proporciones  $p_1$  y  $p_2$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

De esta forma se obtuvo que se necesitan 73 diadas por cada grupo para que nuestra población sea clínicamente significativa

### 8.4 MÉTODO DE MUESTREO

Por conveniencia: Se consideró a las diadas de cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad con enfermedades que ameritaron tratamiento en la Consulta Externa de los servicios de genética, cirugía general, cardiología, neonatología y gastroenterología,

### 8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES

Se consideró a las diadas de cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad con enfermedades que ameritaron tratamiento en la Consulta Externa de los servicios de genética, cirugía general, cardiología, neonatología y gastroenterología,

### PACIENTES CON ENFERMEDADES AGUDAS

#### 8.5.1 Criterios de inclusión

- Se incluyó a diadas de cuidador primario y niños de entre 6 y 12 meses de edad
- El niño debió tener enfermedades agudas (menos de tres meses de evolución) que ameritaron tratamiento en la Consulta Externa de los servicios de genética, cirugía general, cardiología, neonatología y gastroenterología, del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Cuidadores primarios dispuestos y capaces de dar su autorización por escrito

#### 8.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones en el estado de conciencia
- Pacientes con comorbilidades graves que pudieran afectar el resultado del estudio

#### 8.5.3 Criterios de eliminación

- Retiro de su consentimiento informado

### PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

#### 8.5.4 Criterios de inclusión

- Se incluyó a diadas de cuidador primario y niños de entre 6 y 12 meses de edad
- El niño debió tener enfermedades crónicas (al menos tres meses de evolución) que ameritaron tratamiento en la Consulta Externa de los servicios de genética, cirugía general, cardiología, neonatología y gastroenterología, del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Cuidadores primarios dispuestos y capaces de dar su autorización por escrito

#### 8.5.5 Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones en el estado de conciencia
- Pacientes con comorbilidades graves que pudieran afectar el resultado del estudio

#### 8.5.6 Criterios de eliminación

- Retiro de su consentimiento informado

### 8.6 PROCEDIMIENTO

De forma directa y personal se buscó a los pacientes que ameritaron tratamiento, ya sea por enfermedad aguda o crónica, en la Consulta Externa del Hospital Infantil de México Federico Gómez, que cumplieron los siguientes criterios:

- Tratamiento de alguna enfermedad crónica (al menos tres meses de evolución) o enfermedades agudas (menos de tres meses de evolución).
- Diadas de cuidadores primarios y niños de entre 6 y 12 meses con enfermedades que ameritaron tratamiento en la Consulta Externa de los servicios de genética, cirugía general, cardiología, neonatología y gastroenterología.
- Que el familiar estuviera dispuesto a participar en el estudio.

Una vez formados los grupos, se les hizo entrega del consentimiento informado, se obtuvieron datos sociodemográficos tales como edad de los padres, extensión de la familia, nivel educativo de los padres, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y comorbilidades, factores que se consideraron variables de confusión para este estudio.

Se realizó la Escala de Apego durante el Estrés (ADS) a las diadas formadas por el cuidador primario y el menor del durante el momento de la exploración física. La escala se realizó únicamente observando la conducta del niño y la madre, durante la valoración médica, la duración es aproximadamente de 10 a 20 minutos.

La Escala ADS, forma de aplicación:

- Consistió en dos pautas de observación: una para la madre y otra para el bebé. Cada pauta evalúa 6 aspectos o “elementos” del apego: Mirada, Vocalización, Tocando (a: la BUSQUEDA de contacto piel a piel y Tocando b: es la EVITACIÓN del contacto piel a piel), Sosteniendo, Afecto y Proximidad o cercanía. Estos 6 elementos del apego, se puntúan en una escala de 1 a 5 puntos (ver anexos)
  - Puntajes de 1 y 2: en general estos puntajes se refieren a tendencias a evitar el contacto, o a no responder a las señales que la otra parte está entregando.
  - Puntajes de 3 y 4: en general estos puntajes implican un rango normal de conductas.
  - Puntaje de 5: en general un puntaje de este tipo implica una tendencia a sobre-reaccionar, y a presentar una actitud intrusiva, exagerada y con un apego extremo hacia el bebé. Por ejemplo, el modelo que se presenta en el caso del elemento “mirada” de la madre, un puntaje de 5 implica que la madre fija la mirada en el niño por periodos largos de tiempo.
  - Una vez terminado la evaluación se debe clasificar el patrón según la tendencia de conductas observadas, según la tendencia: Puntajes 3 y 4 Indicadores de Apego Seguro, Puntajes 1 y 2 Indicadores de apego evitante. Puntaje 5 Indicadores de apego ambivalente.

### 8.7 VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
Tiempo de evolución de la enfermedad <b>(INDEPENDIENTE)</b>	Dicotómica Cualitativa	Aguda; a aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración. Crónicas afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta	Por cuestionario: Aguda < 3 meses Crónica ≥3 meses	Aguda Crónica
Apego <b>(DEPENDIENTE)</b>	Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro. es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo adecuado (calmado, positivo, y alegre), y por la misma razón es que suele tener un contacto físico, visual, y vocalizaciones frecuentes y positivas</li> <li>• Evitativo es un estilo de relación en donde la madre suele tener un tono afectivo inadecuado que se expresa</li> </ul>	Según el puntaje obtenido en la escala de Massie Campbell	Seguro Evitativo Ambivalente

		bajo la forma de la indiferencia y frialdad (puede ser apática, angustiada y/o temerosa).		
--	--	---	--	--

## 8.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### ESCALA DE MASSIE CAMPBELL (ADS)

Este es un instrumento que se usa para evaluar la calidad del apego entre un cuidador significativo (que generalmente son los padres) y su bebé de entre 0 y 18 meses (pero suele ser preferentemente utilizada durante el primer año). El instrumento consiste en una pauta de evaluación para situaciones de stress del bebé, y ha sido elaborado por Henry Massie & Kay Campbell (1978). El objetivo de esta pauta consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales y que suelen ser fuertes indicadores de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. Más específicamente, la pauta contiene 6 indicadores: 1) mirada; 2) vocalización; 3) tacto; 4) sostén; 5) afecto; 6) proximidad.

La escala posee dos pautas de observación, una para la conducta de la madre (o cuidador) y la otra para la conducta del bebé. En cada uno de los indicadores se asigna un puntaje de 1 a 5, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad del indicador.

Para tener una idea de la calidad del apego se recomienda que se observen momentos en donde el bebé se sienta estresado y el cuidador realice alguna acción para calmarlo (esa es una secuencia stress/regulación). Una vez terminado el examen, se hace una cruz en aquellos casilleros que se considera que corresponden a la conducta observada (de la madre y el niño). Una vez completada la pauta, se traza un perfil y se identifica si corresponde a algún estilo de apego determinado (apego seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente). Posteriormente, se anota si se observan conductas problemáticas, tanto de la madre como del bebé.

- Los elementos de la escala de observación

La Escala ADS consiste en:

Dos pautas de observación: una para la madre y otra para el bebé.

Cada pauta evalúa 6 aspectos o "elementos" del apego:

Mirada: intercambio de miradas, su intensidad y persistencia.

Vocalización: sonidos, cantos, balbuceos que se emiten en la interacción para interactuar, jugar o comunicar algo. Por ejemplo, el llanto comunica el stress del bebé.

Tocando: es el contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, pero que no incluye el tomar en brazos o abrazar, sino solo tocar con fines afectivo o de juego

Tocando (a): es la BUSQUEDA de contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé, para interactuar, jugar, estimular o calmar.

Tocando (b): es la EVITACIÓN del contacto piel a piel que ocurre entre la madre y el bebé.

Sosteniendo: es el “sostén” físico que se produce entre la madre y el bebé, cuando ella lo toma en brazos.

Afecto: es la “envoltura” afectiva en la que se encuentra la madre y el bebé (tensa, enojada, apática, ansiosa, feliz). En momentos de stress, es esperable que la madre se encuentre ligeramente ansiosa, alerta, y atenta.

Proximidad o cercanía: es el proceso de estar cerca, lejos o al lado, entre la madre y el bebé. En momentos de stress, se refiere a si la madre prefiere estar cerca o lejos del bebé, y en el caso del infante a si suele seguir a la madre con su cuerpo y mirada.

Estos 6 elementos del apego, se puntúan en una escala de 1 a 5 puntos:

Puntajes de 1 y 2: en general estos puntajes se refieren a tendencias a evitar el contacto, o a no responder a las señales que la otra parte está entregando.

Puntajes de 3 y 4: en general estos puntajes implican un rango normal de conductas.

Puntaje de 5: en general un puntaje de este tipo implica una tendencia a sobre-reaccionar, y a presentar una actitud intrusiva, exagerada y con un apego extremo hacia el bebé. Por ejemplo, el modelo que se presenta en el caso del elemento “mirada” de la madre, un puntaje de 5 implica que la madre fija la mirada en el bebé por periodos largos de tiempo.

#### -CALIFICACIÓN

Este trazado puede ayudar a reconocer 3 posibles estilos de apego:

**APEGO SEGURO:** Si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos del apego en los puntajes 3 y 4, esto sugiere un indicador de una relación segura de apego (trazado en la parte central de la escala).

Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego seguro implican una relación en donde madre y bebé establecen un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo ocasional y frecuente. Ambos expresan una tendencia hacia el afecto positivo, se buscan en momentos de separación, y se amoldan en momentos de reunión.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de normalidad de 3-4 puntos, pero aun así el trazo muestra una tendencia hacia el medio de la escala.

**APEGO INSEGURO EVITATIVO:** si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos en los puntajes 1 y 2, esto sugiere un indicador de apego inseguro evitativo (trazado en la parte izquierda de la escala).

Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego inseguro evitativo implican una relación en donde madre y bebé evitan, rechazan o no son capaces de

responder al contacto visual, físico y las vocalizaciones, siempre o casi siempre. Ambos expresan una tendencia hacia la indiferencia, la apatía, o el enojo, en donde rechazan el estar juntos, y no se buscan en momentos de separación.

Puede ocurrir que algunos elementos tanto del bebé como de la madre se salgan del rango de evitación de 1-2 puntos, pero aun así el trazo muestra una tendencia hacia el lado izquierdo de la escala.

**APEGO INSEGURO AMBIVALENTE:** si la madre y el bebé suelen estar en casi todos los elementos en el puntaje 5, esto sugiere un indicador de apego inseguro ambivalente (trazado en la parte derecha de la escala).

Desde el punto de vista de la escala ADS, indicadores de un apego inseguro ambivalente implican una relación en donde madre y bebé no pueden dejar de establecer contacto visual, físico y las vocalizaciones, mostrando un aferramiento entre ellos. Ambos expresan una tendencia hacia una relación ansiosa, aferrada, intensa, o una clara dificultad de ambos para manejar las situaciones de stress.

**INTERACCIÓN DISÁRMONICA:** puede darse el caso en donde la madre y el bebé muestren trazos en la escala muy diferentes. Por ejemplo, la madre parece mostrar un trazo hacia lo evitativo (lado izquierdo de la escala), y el bebé un trazo hacia lo ambivalente (lado derecho de la escala). Esto es un indicador de una relación disfuncional y problemática.

También se pueden identificar Conductas Problemáticas en el Apego (CPA).

Esto se refiere a conductas que la madre y el bebé pueden mostrar, y que implican rangos extremos de riesgo y dificultad en la relación de apego. Estas Conductas Problemáticas en el Apego (CPA) constituyen “signos de alarma y preocupación” a identificar en la madre y el bebé cuando interactúan (13).

La escala ADS fue validada por Cárcamo, se mostró que es una prueba con validez de constructo y apariencia al compararla con el estándar de oro para la evaluación del apego: la prueba de la situación extraña. El nivel de asociación entre los resultados de ambas pruebas para detectar el nivel de apego seguro e inseguro fue significativo ( $p=.001$ ,  $d = 0.96$ ) (14).

## **9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Análisis descriptivo para obtener medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas. Se determinarán las diferencias entre los dos grupos con la prueba de  $X^2$  si es una distribución normal y en caso de no poder utilizarse la misma, por no cumplir por criterios de aplicación, se utilizara la prueba Exacta de Fisher. Para controlar las variables de confusión, se realizará una regresión logística.

## **10. LIMITACIONES**

1. Los pacientes provienen de un tercer nivel de atención, por lo que sería conveniente contar con un grupo control de pacientes sanos.
2. Al ser un estudio transversal, se limita la información que se podría obtener acerca de la evolución de las conductas de apego a través del tiempo.

## **11. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la investigación se considera de bajo riesgo por tratarse de un estudio documental. Se obtendrá el consentimiento informado por parte del padre/tutor, explicando ampliamente cuál será su participación en el estudio, los riesgos y beneficios, siendo explícitos en mencionar el derecho de retirar su consentimiento informado en el momento en que así lo deseen y que esto no tendrá repercusión alguna en su tratamiento en el hospital.

Se seguirán todos los lineamientos marcados en la declaración de Helsinki para este proyecto.

- 1) Confidencialidad: Todos los participantes serán manejados con un número interno cuya identidad será conocida únicamente por el investigador.
- 2) Consentimiento y asentimiento informado: El padre o tutor que acompañe al menor firmará el consentimiento y el menor el asentimiento; estarán presentes dos testigos.
- 3) Justicia: Todos los participantes recibirán la misma evaluación.
- 4) Autonomía: El sujeto será libre de abandonar la investigación en cualquier momento y sus datos serán borrados de la misma.
- 5) Beneficencia y no maleficencia: Los pacientes se beneficiarán de una exhaustiva evaluación de su problema lo cual repercutirá en un mejor entendimiento y tratamiento de su problema.

## 12. Resultados:

Se evaluó a 35 número de diadas, en cuanto a los factores sociodemográficos, se encontró que 28 (80%) cuidadores eran mujeres y 7 (20%) eran hombres. El promedio de edad de los cuidadores fue de 28.34 años de edad (DE 3.52). 5(14.29%) cuidadores reportaron tener una escolaridad primaria, 13 (37.14%) tuvieron escolaridad secundaria, 11(31.43%) tuvieron escolaridad de bachillerato y 6 (17.14%) tuvieron escolaridad de licenciatura.

Respecto a los niños, 19 (54%) eran mujeres y 16 (46%) eran hombres. El promedio de edad de los niños fue de 8.5 meses de edad (DE 1.88). 9 (26%) de los niños provenían del servicio gastroenterología, 9 (26%) provenía del servicio de cirugía ,8 (23%)provenían del servicio de genética, 6 (17%)provenían del servicio de cardiología y 3 (9%)provenían del servicio de neonatología, 16 (46%) de los niños tenían alguna enfermedad aguda y 19 (54%) tenían alguna enfermedad crónica. Las enfermedades de base incluyeron:5 (14%) niños con Persistencia del Conducto Arterioso , 4 (11%) niños con Estreñimiento, 4 (11%) niños con M.A.R con Fístula, 3 (9%) niños con E.R.G.E, 2 (6%) niños con C.I.V , 2 (6%) niños con Hepatopatía Aloimmune, 2 (6%) niños con Neurofibromatosis Tipo I, 2 (6%) niños con Malformación Vascular, 2 (6%) niños con Criptorquidia, 2 (6%) niños con síndrome nefrótico, 1(3% ) con membrana duodenal, 1(3% ) con Alergia a la Proteína de Leche de Vaca, 1(3% ) con Amigdalitis, 1(3% ) con Rinitis Alérgica, 1(3% ) con Gastrosquisis, 1(3% ) con Hernia Inguinal, 1(3% ) con membrana duodenal. 6 (17 %) niños habían sido hospitalizados al menos una vez, siendo el promedio de días de estancia hospitalaria de 9.1 (DE 3.48).

Del total de los niños, 29(83%) habían sido de término y 6(17%) habían sido prematuros. 15 (43%) de los cuidadores reportaron pasar más de 12 horas al día con el niño, 10 (29%)reportaron pasar entre 8 y 12 horas con el niños, 9(26%) reportaron pasar entre 4 y 7 horas con el niño, mientras que 1 (3%) reportaron pasar menos de 4 horas con el niño.

Respecto a los estilos de apego observados, el estilo de apego seguro fue observado en un 68.57% mientras que en el cuidador, el apego seguro fue observado en el 62.85%, el estilo de apego evitativo en el niño fue de 31.43%, mientras que el evitativo en el cuidador fue del 37.14%. En ambos grupos el apego ambivalente fue del 0%.

Al buscar si existían factores sociodemográficos asociados a los diferentes estilos de apego en los niños y cuidadores, se encontraron los siguientes resultados: Existe mayor tendencia a apego evitativo (61.4%) en padres con nivel educativo secundaria, misma tendencia a crear mismo tipo de apego evitativo (61.54) en niños con padres con nivel secundaria de estudios, el sexo masculino del cuidador, tiende mayor a crear un apego evitativo en el niño. De igual forma se observa una tendencia a desarrollo de un apego evitativo en los cuidadores (57.14 %) cuando éstos son hombres. Se observó mayor apego seguro en niños (71.43%)con cuidadores sexo masculino.

Respecto a los niños que estuvieron hospitalizados, el 100% presentó un apego seguro, mientras que entre los cuidadores de niños que estuvieron hospitalizados, 3 (50 %) cuidadores presentaron apego seguro y 3 (50 %) cuidadores presentaron apego evitativo.

Entre los niños que no estuvieron hospitalizados, el 62.07 % presentó un apego seguro, mientras que entre los cuidadores de niños que no estuvieron hospitalizados, el 19 (65.52 %) presentó apego seguro y el 10 (34.48%) presentó apego evitativo.

De los niños que no estuvieron hospitalizados, el 62.07 % presentó un apego seguro y un 37.93% un apego evitativo. (Fig 1A) El apego seguro en los padres de los niños hospitalizados fue del 50%, el otro 50% presentó un apego inseguro, el 83%, que no estuvo hospitalizado, 65.52 % presento un apego seguro y un 34.48% un apego evitativo.(fig.1B)

**Fig1A Apego Observado en niños Hospitalizados y en no Hospitalizados**

Hospitalizaciones	n	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
<b>Si</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>15 - 12 Dias</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16.67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>12 - 9 Dias</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16.67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>8 - 5 Dias</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>4 - 1 Dias</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16.67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>No</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>62.07</b>	<b>11</b>	<b>37.93</b>

**Fig1A Apego Observado en los padres de niños Hospitalizados y en no Hospitalizados**

Hospitalizaciones	n	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
<b>SI</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>15 - 12 Dias</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>12 - 9 Dias</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16.67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>8 - 5 Dias</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>33.33</b>	<b>1</b>	<b>16.67</b>
<b>4 - 1 Dias</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>16.67</b>
<b>NO</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>65.52</b>	<b>10</b>	<b>34.48</b>

El apego en los niños que fueron gestación a término 22 (75.86%) presentaron un estilo de apego seguro, mientras que 7 (24.14%) mostraron un apego evitativo. El apego seguro de los padres en niños de gestación de término fue de 20 (68.97%), mientras que 9 (31.03%) mostraron un apego evitativo. 2 (33.33%) de los niños que no fueron de término presentaron un estilo de apego seguro, mientras que 4 (66.67%) mostraron un apego evitativo.

El 83% de los niños fue gestación de término, de ellos el 75.86 % presentaron un apego seguro mientras que el 24.14% presentó un apego evitativo. El 17% corresponde a los niños que no fueron gestación de término, de los mismos el 33.33% tuvieron un apego seguro, mientras que el 66.67 % un apego evitativo. (Fig 2A) Los padres que tuvieron a sus niños de gestación a término el 68.97% de los padres tuvieron apego seguro, mientras que el 31.03% tuvieron un apego evitativo, de los padres que no tuvieron a sus niños de gestación a término el 33.33% tuvo un apego seguro, el 66.67% fue apego evitativo. (Fig 2B)

**Fig2A Apego Observado en los niños que fueron Gestación de Término y los que no fueron de Término**

Gestación de Término	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
	29	83%	22	75.86	7	24.14
	6	17%	2	33.33	4	66.67

**Fig2A Apego Observado en los padres de niños que fueron Gestación de Término y los que no fueron de Término**

Gestación de Término	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
SI	29	83%	20	68.97	9	31.03
NO	6	17%	2	33.33	4	66.67

La mayoría de los niños con enfermedades agudas y crónicas tuvieron un apego seguro (74.54% y 57.89% respectivamente). Los cuidadores de niños con enfermedades agudas tuvieron 68.75 % apego seguro y un 31,25% apego evitativo, mientras que entre los cuidadores de niños con enfermedades crónicas se encontró que el 57.89% tenía un apego seguro Fig. 3B)

**Fig3A Apego Observado en los niños Con Enfermedad Aguda y Crónica**

Enfermedad Aguda o Crónica	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
Aguda	16	46%	13	81.25	3	18.75
Crónica	19	54%	11	57.89	8	42.11

**Fig3A Apego Observado en los padres de los niños Con Enfermedad Aguda y Crónica**

Enfermedad Aguda o Crónica	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
Aguda	16	46%	11	68.75	5	31.25
Crónica	19	54%	11	57.89	8	42.11

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, el 80% de los niños cuyos cuidadores tenían escolaridad de primaria presentaban apego seguro, mientras que el 20% presentaba un apego evitativo. Los niños cuyos padres tenían nivel de secundaria presentaban en un 38.46% un estilo de apego seguro y 61.54% apego evitativo.

Cuando los padres tenían escolaridad de bachillerato, el 81.82% presentó un estilo de apego seguro y 18.18% apego evitativo, mientras que el 100% de los que tenían cuidadores que cursaron universidad tuvieron un apego seguro.(Fig 4A)

Respecto a los cuidadores, los que tenían nivel de escolaridad de primaria presentaban 80% apego seguro y 20% apego evitativo, los que tenían nivel de secundaria mostraron 38.46% de apego seguro y 61.54% apego evitativo. Los cuidadores que tenían un nivel de bachillerato presentaron un apego seguro en un 81.82% y 18.18% de apego evitativo, mientras que 66.67% de los cuidadores que cursaron universidad tenían un estilo de apego seguro, y el apego evitativo se encontró en 33.33%.(Fig 4B)

**Fig4A Apego Observado en los niños, Dependiendo la Escolaridad del cuidador**

Escolaridad Padre	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
<b>Primaria</b>	<b>5</b>	<b>14%</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>20</b>
<b>Secundaria</b>	<b>13</b>	<b>37%</b>	5	38.46	8	61.54
<b>Bachillerato</b>	<b>11</b>	<b>31%</b>	9	81.82	2	18.18
<b>Universidad</b>	<b>6</b>	<b>17%</b>	6	100	0	0

**Fig4A Apego Observado en los padres, Dependiendo su grado de escolaridad**

Escolaridad Padre	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
<b>Primaria</b>	<b>5</b>	<b>14%</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>20</b>
<b>Secundaria</b>	<b>13</b>	<b>37%</b>	5	38.46	8	61.54
<b>Bachillerato</b>	<b>11</b>	<b>21%</b>	9	81.82	2	18.18
<b>Universidad</b>	<b>6</b>	<b>17%</b>	4	66.67	2	33.33

En este estudio se encontró que cuando la madre era el cuidador primario, el 67.87% de los niños mostraban un apego seguro y 32.14% evitativo. Cuando el cuidador era el padre, el 71.43% de los niños presentaba apego seguro y 28.57% evitativo.(Fig 5A) En cuanto al apego del cuidador, cuando la cuidadora era la madre, el 67.86% de ellas mostraba un apego seguro y 32.14% mostraba apego evitativo. Si el cuidador era el padre, el 42.68% mostraba un estilo de apego seguro hacia su hijo mientras que el 57.14% mostraba un apego evitativo. .(Fig 5B)

**Fig5A Apego Observado en los niños , dependiendo el sexo del cuidador**

Sexo Padre	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
Hombre	7	20%	5	71.43	2	28.57
Mujer	28	80%	19	67.86	9	32.14

**Fig5B Apego Observado en los cuidadores , dependiendo el sexo del mismo**

Sexo Padre	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
Hombre	7	20%	3	42.86	4	57.143
Mujer	28	80%	19	67.86	9	32.14

Por último, se observó que el 60% de los niños cuyos cuidadores pasaban más de 12 horas al día con ellos mostraba un apego seguro, al igual que el 70% de los niños cuyo cuidador pasaba entre 8 y 12 horas al día con ellos, el 77.78% de los niños cuyo cuidador pasaba entre 4 y 7 horas con ellos y el 100% de los niños cuyos cuidadores pasaban menos de 4 horas al día con ellos (Fig 6A)

En cuanto al apego de los cuidadores, el 53.33% de los que pasaban más de 12 horas al día con el niño presentaban apego seguro, así como el 70% de los que pasaban entre 8 y 12 horas al día, 66.67% de los que pasaban entre 4 y 7 horas al día y el 100% de los que pasaban menos de 4 horas al día.

**Fig6A Apego Observado en los niños, dependiendo la hora que se pasa con el mismo**

Horas que pasa con el niño	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
Mas de 12 Hrs.	15	43%	9	60	6	40
8 - 12 Hrs.	10	29%	7	70	3	30
4 - 7 Hrs	9	26%	7	77.78	2	22.22
Menos de 4 Hrs	1	3%	1	100	0	0

**Fig6A Apego Observado en los cuidadores , dependiendo la hora que se pasa con el niño**

Horas que pasa con el niño	n	%	Apego Seguro	%	Apego Evitativo	%
Mas de 12 Hrs.	15	43%	8	53.33	7	46.67
8 - 12 Hrs.	10	29%	7	70	3	30
4 - 7 Hrs	9	26%	6	66.67	3	33.33
Menos de 4 Hrs	1	3%	1	100	0	0

### 13. Discusión:

Se consideraron 35 diadas de cuidadores primarios y niños de entre 6 y 12 años, a ello se atribuye que no hayamos observado el apego ambivalente ya que se explica por el número pequeño de muestras.

Entre los niños con enfermedades agudas, únicamente el 18.75% presentó un estilo de apego evitativo, mientras en los niños con enfermedades crónicas se observó en un 42.2%. Esto podría ser explicado debido a que el hecho de tener una enfermedad crónica influye en la formación del apego seguro en el niño, esto corroborado por el estudio realizado en el 2019 sobre *El efecto de un programa de capacitación de apoyo sobre la ansiedad en niños con problemas renales crónicos y la carga del cuidador*, en donde menciona que en niños enfermos crónicos el contacto con medio hospitalario es un acontecimiento estresante, genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras lo que podría condicionar un ambiente para el desarrollar un apego evitativo.

Existen numerosas investigaciones que indican que la hospitalización es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones en su desarrollo, conducta, habilidades cognoscitivas y de sus emociones, que impactan en forma desfavorable en la formación de un apego seguro, mismos que explican el por qué en éste estudio el apego evitativo en niños con enfermedades crónicas es más alto hasta en un 23.3%, comparado con niños con enfermedades agudas, lo que explica que una enfermedad crónica pudiera influir en el desarrollo del apego, por el hecho de haber estado más tiempo en un ambiente hospitalario.

Este estudio muestra una tendencia al apego evitativo en las enfermedades crónicas, sin embargo, contamos con poca muestra, lo que da pie a realizar otros estudios que apoyen dicha relación debido a la poca muestra de este estudio no es posible asegurar mencionada relación.

Por otra parte, también se observó que hay un 33.3% mas apego evitativo en los padres de niños que estuvieron hospitalizados comparado con el apego evitativo observado en los niños que estuvieron hospitalizados, por lo que se pudiera explicar que el apego predominante evitativo desarrollado por los padres con hijos hospitalizados, es el resultado de variantes como, el estrés generado en el hospital, el ambiente extraño, la ansiedad generada por maniobras en la exploración o instrumentos utilizados en la misma, y aunque existen varios estudios que explican como un evento estresante ve alterado el triangulo enfermedad – madre- hijo, no existe alguno que se enfoque en el cuidador y como el ambiente, el estrés, el extraño y la separación puedan afectar al cuidador, sin embargo nosotros consideramos estas variables trascendentes en el desarrollo del apego evitativo en el cuidado. Por tal motivo se necesitan más estudios que estudien otras variables que pudieran influir en el desarrollo de este tipo de apego en el padre, por ejemplo el tiempo de traslado al hospital, alguna condición o enfermedad del padre, nivel socioeconómico, el número de hijos sanos o de otro hijo con alguna otra enfermedad, si fue embarazo planeado o no, planteando estas variables como

posibles factores como posible modificadores en el desarrollo del apego evitativo en los padres de niños hospitalizados.

También se observó que, de los niños que no fueron de término, tanto en niños como en cuidadores, el tipo de apego con mayor tendencia es evitativo, lo que es explicado a partir de investigación acerca de la primera infancia en los últimos 15 años, en donde se estableció que de los 0 a 3 años de edad es el periodo crítico en el desarrollo del infante. Podemos afirmar con seguridad que el vínculo con el cuidador primario se produce en uno de estos periodos críticos en el cual la confianza en el cuidador es fundada, mismo que se ve afectada en el desarrollo de un apego seguro al tratarse de un niño prematuro el cual genera un retroceso en los hitos del desarrollo, además de otras condiciones como peso bajo al nacer o la estimulación que se le brinda al niño en este periodo crítico de desarrollo cognoscitivo y nutrimental.

Se observó que en padres con niños que fueron pretérmino, tuvieron mayor tendencia al apego evitativo (66.67%), este mismo tipo de apego evitativo se observó en padres con niños con enfermedades crónicas y el propio apego de los niños con enfermedades crónicas, lo anterior se explica por los estudios realizados por la Psicóloga Mary Main, donde observó que, en la “prueba de la Situación Extraña”, los niños y niñas se sentían extremadamente angustiados ante la separación de su madre, dicha angustia influyó en el desarrollo de un apego seguro, comparado con nuestro estudio la prueba de situación extraña está compuesta por la enfermedad crónica ya que esto implica mayor tiempo o recurrencia a visitas hospitalarias, lo que implica generar un evento estresante, convivir con extraños y someterse a manipulaciones mismas que no son parte de su ambiente cotidiano y que influyen a que se desarrolle un apego seguro, inclinándolo hacia una tendencia de apego evitativo.

Se conoce que en general por biología humana, en una revista científica publicado en el 2018 por la Dra. Marta Iglesias sobre Biología e Igualdad de Género, que el hombre tiende a la inclinación de ser más objetivo, áspero, menos sensibles, más hostil, menos afectivos, mismos que explican por qué se observó que el apego del cuidador sexo masculino tiende con mayor orientación a un apego evitativo, ya que si bien el apego de su niño en algunos casos es seguro, el padre al tolerar menos los eventos estresantes y a la frustración se refleja en un distanciamiento físico y visual hacia con el niño.

Encontramos que existe mayor tendencia a apego evitativo (61.4%) en padres con nivel educativo secundaria, misma tendencia a crear mismo tipo de apego evitativo (61.54%) en niños con padres con nivel de escolaridad secundaria, lo cual no encontramos relación alguna ya que de ser el nivel intelectual y la edad como factor de riesgo, habríamos observado mayor apego evitativo en nivel escolar primaria, misma que no observamos en este estudio.

Por otra parte el artículo publicado 2019 sobre Las Diferencias Anatómicas Cerebrales, se menciona que la maduración cerebral se da por arriba de los 22 años, con un rango menor para el sexo femenino, lo que influye en el desarrollo cerebral para poder desarrollarse mejor en los ámbitos sociales, cognoscitivos y de

responsabilidad, esto explicaría el por qué se ve una tendencia mayor a un apego seguro en las madres de hasta un 25% por arriba, del apego seguro en los cuidadores hombres.

Por último, no se encontró relación en que el pasar más tiempo con el niño condicionara el desarrollo de un apego seguro, por otra parte, tampoco se encontró relación en que el niño desarrolle un apego evitativo si se pasa menos tiempo con él.

## **14.CONCLUSIONES**

Se observó una tendencia al apego evitativo en niños con las enfermedades crónicas, lo mismo observado en otros estudios de investigación, sin embargo, en este estudio contamos con poca muestra, lo que da pie a realizar más estudio con poblaciones más grandes que apoyen dicha afirmación.

Entre los niños con enfermedades agudas la tendencia es a la formación de un apego seguro, sin embargo el tener una enfermedad crónica no implica necesariamente el desarrollo de un apego evitativo, sin embargo si incrementa las posibilidades de tener un apego evitativo si se tiene una enfermedad crónica.

Encontramos 23.36 % más a desarrollar un apego evitativo si se tiene una enfermedad crónica mismo descrito en estudios previos.

Hallamos otras variables que influyen en el desarrollo del apego, tales variables son sexo del cuidador, nivel de estudios del cuidador y si fue gestación de término o no. Sin embargo, no observamos apego ambivalente mismo que se atribuye al número pequeño de muestras.

## 15. BIBLIOGRAFÍA

1. Keller H. Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018; 115(45): 11414–11419
2. Walker RL. Virtue, Vice, and "Voracious" Science: How should we approach the ethics of primate research?. *Perspect Biol Med*. 2018;61(1):130-146.
3. Moneta ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (3): 265-268
4. Bowlby, J. La separación afectiva. Ediciones Paidós: Barcelona. 1985.
5. Olivia Delgado, A. Estado actual de la teoría del apego. *Rev psiquia del niño y adolesc*, 2004, 4(1); 65-81
6. Lecannelier, F. Manual Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress. UIT de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, Chile. 2007.
7. Van Rosmalen L, Van Der Veer R, Van Der Horst F. Ainsworth's Strange Situation Procedure: The Origin of an Instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2015. Vol. 51(3), 261–284
8. Tarantino, S., De Ranieri, C., Dionisi, C., Gagliardi, V., Paniccia, M. F., Capuano, A., ... Valeriani, M. Role of the Attachment Style in Determining the Association Between Headache Features and Psychological Symptoms in Migraine Children and Adolescents. An Analytical Observational Case-Control Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2017, 57(2), 266–275.
9. Repetur, K., Ariel, L. Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *DGSCA-UNAM*, 2015, 6 (11); ISSN: 1067-6079
10. Jimenez XF. Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management. *Chronic Illn*. 2017;13(1):14–27.
11. Rees C. Children's attachments. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)*. 2016;26(5):185–93.
12. Meredith PJ, Strong J. Attachment and chronic illness. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:132–8.
13. Lecannelier, F., & Zamora, C. Escala de Apego durante Stress (ADS-III). Tercera versión: Manual de administración, corrección y guía de conductas desorganizadas en el apego. Santiago, Chile: Publicaciones Universidad del Desarrollo, 2013.
14. Cárcamo R., Van IJzendoorn M., Vermeester H., Van der Veer R. The Validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *EUA. J Child Fam Stud* 2013. DOI: 10.1007/s10826-013-9728-z

15. R. Cassibba,\* M. H. van IJzendoorn‡ and G. Coppola. 2011. Emotional availability and attachment across generations: variations in patterns associated with infant health risk status. *Child: care, health and development*.Ed. 2011. ,538–544
15. William H. C. Li. Play intervention to reduce anxiety and negative emotion in hospitalized. *BMC Pediatrics*. 2016. 2-9

## 16. ANEXO

### 16.1 ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL DE OBSERVACIÓN DE INDICADORES DE APEGO CUIDADOR-BEBÉ EN SITUACIONES DE ESTRÉS

#### Conductas del niño o niña durante el evento estresante

Observar	1	2	3	4	5	x
<b>1. Mirada</b>	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	No observado
<b>2. Vocalización</b>	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
<b>3a. Tocando</b>	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
<b>3b. Tocado</b>	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque	No observado
<b>4. Sosteniendo</b>	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre	No se aleja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
<b>Afecto</b>	Siempre está intensamente angustiando y temeroso	Frecuentemente irritable, temeroso o apático	Ansiedad moderada y/o intermitente o poco claro	Tensión ocasional. En general sonríe	Siempre sonriente.	No observado
<b>6. Proximidad o cercanía</b>	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado

#### Respuesta del cuidador o cuidadora frente al estrés del niño o la niña

Observar	1	2	3	4	5	x
<b>1. Mirada</b>	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	No observado
<b>2. Vocalización</b>	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	No observado
<b>3a. Tocando</b>	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.	No observado
<b>3b. Tocado</b>	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	No observado
<b>4. Sosteniendo</b>	Siempre evita ser tocada por el niño.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	No observado
<b>Afecto</b>	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agrada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
<b>6. Proximidad o cercanía</b>	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	No observado

## 16.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Asociación entre las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad, y el tipo de enfermedad según tiempo de evolución.

Nombre del niño  
N° paciente del estudio

Fecha

#### **¿Por qué se está haciendo este estudio?**

El apego representa una profunda y compleja experiencia humana que requiere análisis físico, de contacto y de principios de interacción. En México no existen estudios previos respecto al apego en niños con enfermedades crónicas. Las experiencias tempranas de niños con enfermedades crónicas pueden modificar los estilos de apego y tener repercusiones para toda la vida del paciente, tanto en la capacidad relacional como en la susceptibilidad a otras enfermedades. El objetivo de nuestro estudio es determinar la asociación entre las conductas de apego observadas entre cuidadores primarios y niños de 6 a 12 meses de edad, y el tipo de enfermedad según tiempo de evolución.

#### **¿Qué procedimientos se le realizarán a mi hijo(a)?**

Se obtendrán datos sociodemográficos tales como edad de los padres, extensión de la familia, nivel educativo de los padres, nivel socioeconómico, lugar de procedencia, así como información sobre la enfermedad basal y comorbilidades, factores que se podrán considerar variables de confusión para este estudio. Se realizará la Escala de Apego durante el Estrés (ADS) durante el momento de la exploración física.

#### **¿Qué molestias o riesgos puede presentar mi hijo por participar en este estudio?**

La aplicación de la Escala de Apego durante el no representa ningún riesgo para su hijo (a). En caso de presentar cualquier efecto adverso, usted podrá traer a su hijo a la Unidad y se le dará la atención necesaria.

## ¿Qué beneficios obtengo por participar en este estudio?

Los resultados obtenidos en este estudio ayudarán a documentar los tipos de apego en una población en riesgo y por tanto permitirá la estructuración de programas de intervención oportuna lo cual repercutirá en la calidad de vida de los pacientes en población pediátrica.

Los datos personales obtenidos mediante esta investigación serán protegidos en todo momento. Los participantes serán identificados por medio de un código numérico para respetar la confidencialidad.

Usted no está bajo ninguna obligación para participar en el estudio. Si Usted y el niño (a) no desean participar, simplemente indíquelo al médico y la atención que se brinda no cambiará en lo absoluto.

Su hijo(a) se podrá retirar del estudio por alguna reacción desfavorable, también en cuanto ustedes así lo decidan y la atención que se brinda no cambiará en lo absoluto.

**Entiendo que yo \_\_\_\_\_ estoy permitiendo que mi niño (a) participe voluntariamente en el estudio. Yo puedo retirarlo (a) en cualquier momento sin perjuicio o pérdida de cualquier beneficio, que, por otro lado, el niño (a) y yo tenemos derecho.**

Cualquier pregunta que yo tenga relacionada con algún aspecto de este estudio o con mis derechos como persona en investigación, será contestada por la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo por un médico especialista en la materia al **52289917 ext. 2257**

\_\_\_\_\_- / - / - - - -  
Nombre del paciente fecha: dd/mm/aaaa

\_\_\_\_\_- / - / - - - -  
Nombre y firma del padre o tutor fecha: dd/mm/aaaa

\_\_\_\_\_- / - / - - - -  
Nombre y firma de la madre o tutora dd/mm/aaa

\_\_\_\_\_- / - / - - - -  
Nombre y firma del aplicador fecha: dd/mm/aaaa

\_\_\_\_\_- / - / - - - -  
Nombre y firma del testigo 1 fecha: dd/mm/aaaa

Dirección: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_- / - / - - - -  
Nombre y firma del testigo 2 fecha: dd/mm/aaaa

Dirección: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## 17. CRONOGRAMA

Fecha de inicio: (mes/año)	BIMESTRE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
junio 2020												
ACTIVIDAD												
Obtención de insumos	x											
Estandarización de técnica	x	x										
Inclusión de pacientes	x	x	x	X	x	x						
Realización de estudios	x	x	x	X	x	X						
Análisis de los estudios				X	x	x	x	x	X			
Presentación de resultados									x	x		
Elaboración de manuscritos										X	X	
Publicación											x	x