



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

TESIS

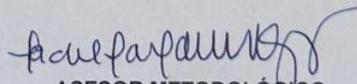
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SUBESPECIALISTA EN:
**PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA**

TÍTULO DE TESIS

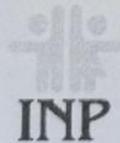
**TIPO DE APEGO EN MADRES DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATÓPICA
Y RELACIÓN CON SU SEVERIDAD**

**PRESENTA:
DR. VÍCTOR SAÚL RAMOS TAFOYA**

**TUTOR DE TESIS:
DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO**


ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA DEL MAR SÁEZ DE OCARIZ GUTIÉRREZ



Ciudad de México 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



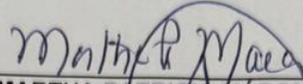
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

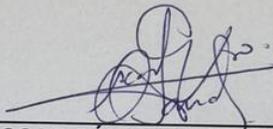
**"TIPO DE APEGO EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS
ATÓPICA Y RELACIÓN CON SU SEVERIDAD"**



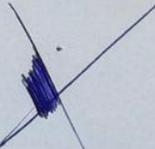
**DRA. MARTHA PATRICIA MÁRQUEZ AGUIRRE
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA**



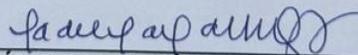
**DRA. CECILIA EUGENIA LÓPEZ ANDRADE
JEFA DEL DEPTO. DE PRE Y POSGRADO**



**DR. ÓSCAR SÁNCHEZ GUERRERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**



**DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO
TUTORA DE TESIS**



**DR. MARÍA DEL MAR SÁEZ DE OCARIZ GUTIÉRREZ
ASESOR METODOLÓGICO**

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVO GENERAL.....	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	25
HIPÓTESIS.....	25
MATERIAL Y MÉTODO.....	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
Criterios de inclusión.....	26
Criterios de exclusión.....	26
Variables.....	26
INSTRUMENTOS.....	31
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	34
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	34
MUESTREO.....	35
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	35
ASPECTOS ÉTICOS.....	35
CONFLICTO DE INTERÉS.....	36
RECURSOS.....	36
FACTIBILIDAD.....	37
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	47
ANEXOS.....	48

ANEXOS CONSENTIMIENTOS	52
CRONOGRAMA	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

RESUMEN

Palabras clave: dermatitis atópica; apego; severidad; psicopatología; salud mental.

Introducción: La dermatitis atópica impacta en la calidad de vida de los niños y sus cuidadores. Existe evidencia de disregulación inmune y exposición a estrés neurofisiológico relacionado a su severidad. El apego es la manera de vincularse aprendida por los niños de sus cuidadores, condicionando relaciones interpersonales a futuro, exploración segura del entorno, y regulación emocional y del estrés. El tipo de apego puede tener un efecto directo en la respuesta al estrés.

Objetivo: Analizar la asociación entre tipo de apego materno y la severidad de la dermatitis atópica en sus hijos.

Material y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y transversal realizado en 39 niños con dermatitis atópica y sus madres, atendidos en la Consulta Externa de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría en 2024. Se aplicó SCORAD para severidad en los niños y se aplicó AAQ a las madres para el tipo de apego y CBCL 6/18 para tamizaje de psicopatología en los niños. Se aplicaron pruebas no paramétricas.

Resultados y discusión: 66.7% tuvieron dermatitis atópica severa. Para el tipo de apego, el 84.6% de las madres tuvieron apego inseguro. 6 madres presentaron apego seguro, sus hijos puntuaron para dermatitis atópica leve y ninguno de estos presentó psicopatología detectada por CBCL. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la severidad del SCORAD y el tipo de apego de 0.0001 ($p < 0.005$). También se halló entre la ausencia de psicopatología y el puntaje del SCORAD de $p < 0.002$ ($p < 0.005$). El 61.5% y 58.3% de los niños presentaron síntomas de ansiedad y depresión. Asociado a la disregulación de mecanismos inflamatorios del estrés e inmunes, hubo mayor severidad en niños con madres con apego inseguro.

Conclusiones: Se encontró asociación entre mayor severidad de dermatitis atópica en niños con madres con apego inseguro.

MARCO TEÓRICO.

Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica es una enfermedad dermatológica crónica, de causas no infecciosas, la cual se manifiesta como una dermatosis que ocasiona prurito. Es muy frecuente en la población pediátrica, hasta más del 20%. Se ha observado un aumento en la incidencia en los últimos diez años, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Es una de las enfermedades dermatológicas por las que se solicita mayor atención en la infancia. Hasta un 50-60% se identifica en el primer año de vida. ¹

La prevalencia mundial llega desde el 0.9% en India hasta 22.5% en Ecuador obtenido una muestra de 380,000 niños de 6 a 7 años de 60 países. Para adolescentes de 13 a 14 años, la prevalencia varía de 0.2% en China a 24.6% en Colombia, por lo que se ha observado en general una mayor prevalencia en Latinoamérica. En México hay pocos estudios recientes sobre prevalencia, se ha estimado una prevalencia de 3% en niños de 6 a 12 años. La dermatitis atópica de inicio en la vida adulta se refiere a los pacientes que inician los síntomas después de los 18 años de edad, se estima una prevalencia del 9 al 24 % y un pico de entre los 20 y 40 años de edad. ^{1,2}

La prevalencia de dermatitis atópica es del 5% en la población general, aproximadamente de 15 al 30% en la población pediátrica y 2 al 3% en la población adulta. Hay una prevalencia ligeramente mayor en mujeres, estableciendo una relación de 1.3. El 45% de los casos inicia a partir de los primeros 5 meses de vida, 60% antes del año de edad y 85% antes de los primeros 5 años de vida. Hasta el 70% de los niños afectados tienen una remisión espontánea antes de llegar a la

adolescencia. El 25% de los casos se puede cronificar hasta la edad adulta. Un porcentaje de alrededor del 2% puede tener un inicio tardío en la vida adulta. ²⁻⁴

De manera clínica se presenta con erupciones de tipo eczema, se observan lesiones papulares eritematosas y exudativas con localizaciones específicas, así como resequedad variable en la piel. Para establecer el diagnóstico, se suele usar una serie de criterios clínicos establecidos por Hanifin y Rajka, originalmente establecidos en 1980 y modificados en 1997, ^{1,2} constando de los siguientes:

Criterios mayores: deben estar presentes 3 o más de los siguientes:

Prurito

Morfología y distribución típicas

Liquenificación en flexuras en adultos

Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes

Combinación de estos patrones en niños y adultos.

. Carácter crónico o recidivante.

Historia familiar o personal de atopia.

Criterios menores: Se deben cumplir al menos 3 de los siguientes:

1. Xerosis.
2. Ictiosis, hiperlinealidad palmar, o queratosis pilaris.
3. Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1).
4. IgE sérica elevada.
5. Comienzo a temprana edad.

6. Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente S. aureus y herpes simple) o defecto en la inmunidad mediada por células.
7. Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecífica.
8. Eccema del pezón.
9. Queilitis.
10. Conjuntivitis recurrente.
11. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan.
12. Queratocono.
13. Catarata anterior subcapsular.
14. Oscurecimiento orbitario (ojeras).
15. Eritema o palidez facial.
16. Pitiriasis alba
17. Pliegues anteriores del cuello.
18. Prurito al sudar
19. Intolerancia a lanas y solventes orgánicos.
20. Acentuación perifolicular.
21. Intolerancia a alimentos.
22. Curso influenciado por factores ambientales o emocionales.
23. Dermografismo blanco.

El tratamiento de la dermatitis atópica aborda la reparación continua de la barrera epidérmica con emolientes, la administración de fármacos de acción anti

inflamatoria con corticoesteroides tópicos o inhibidores de la calcineurina, además de otros inmunosupresores y evitar los factores desencadenantes que agravan las lesiones dermatológicas. A la fecha se han utilizado diversos productos biológicos para su control con resultados mixtos. ²

Hay estudios que reportan que el 5% de los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica presentan síntomas persistentes de la enfermedad en un seguimiento durante 20 años. Entre los factores que influyen con la persistencia son la severidad, duración, edad de inicio tardía y ser mujer. ^{3,4}

Fisiopatología y Factores de Riesgo.

La fisiopatología de la dermatitis atópica es de causa multifactorial, entre estas causas intervienen factores genéticos, defectos en la barrera epidérmica, respuesta inmunológica alterada y alteración de la microbiota normal de la piel. También se ha asociado a factores ambientales, como exposición a alérgenos aéreos y alimentarios, ambientes urbanos contaminados, uso de antibióticos, duración de la lactancia materna, alimentación, uso de detergentes y cosméticos. ²

El riesgo encontrado en gemelos monocigóticos es del 72 al 86% y dicigóticos del 21 al 23%. Se han encontrado hasta 31 locis de diferentes cromosomas con asociación a dermatitis atópica, muchos de ellos contienen proteínas reguladoras de la respuesta inmune innata y adquirida, así como aquellos asociados a alteraciones en la barrera epidérmica. ³

A la fecha se han establecido dos hipótesis respecto a la fisiopatología autoinmune: la primera menciona alteraciones autoinmunes que propician el desarrollo de la enfermedad, la segunda propone que la alteración de la barrera epidérmica debilita la misma, lo cual genera la vulnerabilidad lesiones atópicas a la par de una disregulación autoinmune donde están involucradas diversas citosinas, receptores de reconocimiento de patrones, péptidos antimicrobianos, microbiota de la piel. ³

Comorbilidades

Los pacientes que cuentan con diagnóstico de dermatitis atópica tienden a presentar una mayor incidencia de otras enfermedades alérgicas, como alergias alimentarias, asma bronquial, rinitis alérgica, entre otras. Esta secuencia patológica es conocida como la tríada atópica o la marcha alérgica.^{2,3}

La dermatitis atópica se ha asociado a comorbilidades metabólicas como hipertensión arterial sistémica, diabetes, cardiopatías, además de enfermedades autoinmunes y trastornos psiquiátricos. De hecho hay estudios que proponen una asociación entre la severidad de dermatitis atópica y el aumento en la incidencia de estas comorbilidades. A la par, se ha relacionado con enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, vitiligo, enfermedades intestinales inflamatorias crónicas y alopecia areata.³

Se ha establecido que los niños con dermatitis atópica tienen un riesgo incrementado de presentar Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), además de trastornos de ansiedad y depresión. Además se ha observado un incremento en la prevalencia de ideación suicida en pacientes con dermatitis atópica.^{2,4}

Impacto en la Calidad de Vida

Asociado al curso crónico de la dermatitis atópica y debido a las conductas derivadas al prurito que es parte de la sintomatología, las lesiones tienden a engrosamiento y liquenificación. El prurito suele interferir con las actividades cotidianas y la funcionalidad, condicionando en muchos casos trastornos del sueño como insomnio, afectando la calidad de vida en múltiples aspectos.³

Estos factores, además de la recurrente necesidad de atención médica, tratamiento y medidas especiales en estos pacientes, reducen la calidad de vida por las características crónicas, recurrentes, el impacto económico ante el manejo y

tratamiento de todos estos factores, además de lo que implica ante las citas constantes para atención médica que pueden causar ausentismo escolar.^{3,4}

Los niños con dermatitis atópica tienen un impacto negativo en su calidad de vida que suele compararse en magnitud con niños con parálisis cerebral, epilepsia y diabetes mellitus. Los síntomas y la demanda en el tratamiento y atención a menudo suelen contribuir a un impacto significativo en la calidad de vida de estos pacientes, este impacto suele extenderse a sus cuidadores, compañeros y familia cercana. ⁴

Los niños con dermatitis atópica suelen ser afectados en aspectos de la vida cotidiana como la alimentación, cambios de ropa y durante el juego, alterando las vivencias durante la infancia. A su vez se presentan alteraciones en adolescentes que tienen que ver con los temores generados ante las sensaciones de rechazo de sus pares debido a la presencia de las lesiones y los cuidados llevados a cabo en la vida cotidiana. A pesar de lo anterior, no se ha observado un impacto en el rendimiento académico de los adolescentes y el apego a tratamiento ha sido reportado en una frecuencia del 96% de los adolescentes. ^{3,4}

Incluso la presencia de dermatitis atópica ha estado asociada como un factor influyente en la toma de decisiones importantes a lo largo de la vida, como la elección de trabajo o de carrera. Aunque se ha considerado por mucho tiempo a la dermatitis atópica como un problema predominantemente de la infancia, la prevalencia en adultos se ha establecido del 3 al 5%. ⁴

La carga y el impacto en la calidad de vida parecen empeorar conforme la edad y la severidad de la enfermedad, hasta un 57% de los adultos con dermatitis atópica llegan a faltar al menos un día al trabajo en el año posterior al diagnóstico y refieren sentimientos de culpa y de temor a la intimidad en relaciones interpersonales asociados a la enfermedad. En un estudio de cohortes, hasta el 10% de un grupo de 1189 pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica moderada y severa presentó síntomas depresivos. ⁴

Respuesta Inmune y Dermatitis Atópica

En diversos estudios se ha observado una producción incrementada en IL-6 e IL-12, además de mayor afinidad y expresión de receptores IgE, el cual se presenta aumentado en muchas enfermedades alérgicas. Se ha encontrado una mayor producción y expresión de receptores de alta afinidad a IgE (FcεRI), los cuales median la producción y supervivencia de monocitos, contribuyendo a su vez a la generación de alergias crónicas.⁵

La alteración en células linfoides tipo 2 (ILC 2) de inmunidad innata estimula la producción de citocinas, las cuales se encargan de secretar IL-4, IL-5, IL-9 e IL-13, todos conllevan respuesta alérgica mediada por Th2.⁵

Los mecanismos moleculares que han sido propuestos en dermatitis atópica se han establecido como endotipos de la enfermedad que pueden dar diferentes manifestaciones. En el caso de lesiones agudas, hay un aumento en las citosinas de Th2. Ante enfermedad más avanzada, se ha identificado intensificación en la respuesta de Th1 y Th2. Incluso se ha visto una manifestación de esta respuesta autoinmune mucho más marcada en población asiática a comparación de pacientes europeos y americanos.⁵

El síntoma de prurito ocasionado por las lesiones se origina de las interacciones entre queratinocitos, sistema inmune (sobre todo aumento en IL-31) y neuronas sensoriales no histaminérgicas. Además, el estrés emocional, alteraciones del sueño y el consumo de alcohol puede intensificar el prurito.^{5,6}

En la piel atópica, se observa una reducción en la población de bacterias comensales del género *Streptococcus*, *Corynebacterium*, *Cutibacterium*. La reducción de la diversidad del microbioma se correlaciona con la severidad de la enfermedad, así como un aumento en la colonización de la epidermis por *Staphylococcus aureus*.⁶

Mecanismos de Estrés en Dermatitis Atópica

Varios tipos de estrés pueden desencadenar y agravar el curso y la severidad de la dermatitis atópica. Al hablar de “estrés” incluye el estrés fisiológico y psicológico, intrínsecamente relacionados. Hay estudios que reportan un incremento en las exacerbaciones del curso de la dermatitis atópica. De hecho, se han encontrado mayores niveles de estrés en pacientes con dermatitis atópica que en aquellos sin la enfermedad. ^{5,6}

También se ha observado un número significativo de pacientes con dermatitis atópica moderada a severa cuyas lesiones empeoran por cuadros de ansiedad y depresión, lo cual desde una perspectiva neurobiológica es difícil de diferenciar de estrés crónico. ⁵

El estrés psicológico es modulado por varios mediadores neuroendócrinos, que pueden activar inflamación neurogénica y condicionar alteraciones en las funciones de la barrera dermatológica. En los adultos, se ha observado un aumento de actividad proinflamatoria por medio de dos vías de transcripción, NFκB y AP-1 asociados a factores estresantes psicosociales. Los estudios que existen actualmente han propuesto varios mecanismos que intervienen en la respuesta al estrés y la dermatitis atópica. Uno de ellos involucra la relación entre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y dermatitis atópica, en el cual se han encontrado alteraciones del eje que contribuyen a varios cambios patológicos en la regulación que condicionan cambios patológicos en la piel. ⁶

La hormona adrenocorticotrópica (ACTH), que promueve la secreción de glucocorticoides, puede generar una retroalimentación negativa en el eje durante la respuesta al estrés, y las circunstancias adversas tempranas pueden modular dicho eje a través de la regulación del mismo por medio de cambios epigenéticos al modificar los receptores de glucocorticoides en la piel. Un modulador importante en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal y la patogénesis de dermatitis atópica es IL-

18, una citosina involucrada en la regulación de enfermedades dermatológicas autoinmunes, como psoriasis, alopecia areata, dermatomiositis y lupus cutáneo eritematoso. La ACTH también puede activar caspasa-1 y queratina 1, que conlleva la producción de queratinocitos activados por IL-18. Ante la ausencia de IL-12, IL-18 se ha relacionado con la modulación de la vía Th2, que a su vez induce la expresión de IL-3 e IL-4, además de IgE y basófilos, además de activar células mastocíticas que llevan a la liberación de la enzima quimasa, que es proinflamatoria y acelera dicha respuesta en las lesiones dermatológicas. Se han observado niveles séricos más elevados de IL-18 en dermatitis atópica severa.^{6,7}

Otro de los mecanismos propuestos que establecen la relación entre estrés y dermatitis atópica involucra estresores psicológicos que inducen un aumento en niveles de noradrenalina, epinefrina y cortisol, esto desencadena la activación a la vía de Th2 que condiciona respuestas inmunológicas disreguladas, esto ha sido medido por medio de niveles de cortisol en saliva asociado a puntajes de la escala SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis Scale en inglés, que determina la severidad de la dermatitis atópica). Además, se ha asociado a una evolución más tórpida la asociación de variantes genéticas del factor interferón regulador 2 (IRF2), la cual interviene en la respuesta inmune, lo cual incluye la modulación de los basófilos y la transcripción de gasdermina D, que ha sido asociada con dermatitis atópica y su fisiopatología. La gasdermina, D es un mediador de la respuesta inmune que lleva a la activación proteolítica de IL-1B e IL-18.^{7,8}

La hormona liberadora de corticotropina (CRH) aumenta en condiciones de estrés, lo cual aumenta los niveles séricos de la cortisol y disminuye el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). La CRH es una hormona péptida esencial en la respuesta fisiológica al estrés, la misma en niveles séricos elevados se ha asociado a estrés en pacientes con psoriasis y dermatitis atópica. También hay estudios en animales que demuestran que los niveles disminuidos de BDNF se presentan durante una respuesta aguda al estrés.⁸

Los pacientes con dermatitis atópica han reportado que el estrés crónico es un factor importante que lleva a alteraciones del sueño, además que el estrés agudo lleva a sensaciones instantáneas de prurito y rascado. También hay evidencia de que el estrés psicológico afecta al eczema, en cuanto a su extensión y duración. Entre los factores estresantes identificados en dermatitis atópica han sido carga laboral excesiva, alteraciones psicológicas, demasiadas tareas pendientes, alteraciones del sueño, exámenes escolares, problemas financieros y problemas familiares también han sido identificados. Se ha sugerido el ejercicio físico para mejorar o disminuir el estrés psicológico, aunque el sudor producido puede también generar eczema.⁸

Dermatitis Atópica y Psicopatología

Desde 1942, se ha descrito a los individuos con dermatitis atópica y la presencia de estrés, nerviosismo, depresión, rasgos de introversión y ansiedad. Hay una mayor prevalencia de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño e ideación suicida en los sujetos con dermatitis atópica. La enfermedad tiene un impacto importante en la calidad de vida global de estos pacientes. Los niños con dermatitis atópica también presentan con mayor frecuencia datos de TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad), un trastorno del neurodesarrollo consistente en síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Hay evidencia limitada de asociación de dermatitis atópica con esquizofrenia, trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo compulsivo.⁹

De acuerdo a un estudio de casos y controles, se observó que los niños con dermatitis atópica y otras enfermedades atópicas mostraban mayor riesgo de desarrollar TDAH. El riesgo va incrementando a medida que existan más enfermedades atópicas, también se observa una mayor frecuencia en áreas urbanas.⁹

A la par, se ha demostrado que los niños con dermatitis atópica suelen presentar con mayor frecuencia trastorno oposicionista desafiante y trastorno del espectro autista, mientras más persista la atopía, mayor será la asociación con problemas en materia de salud mental.^{9,10}

En Estados Unidos, se han hecho estudios cruzados donde los pacientes presentan con más frecuencia síntomas depresivos, mostrando una asociación bidireccional, tanto por el riesgo de depresión originado por la enfermedad como por el estrés. El estrés a su vez actúa como factor desencadenante y agravante de la dermatitis atópica. En un estudio en Alemania se identificaron como factores predictivos para depresión en pacientes con dermatitis atópica, aumento en la prevalencia de ideación suicida, una edad de presentación más temprana, severidad de la enfermedad y dinámica familiar problemática. En gemelos de pacientes con dermatitis atópica, se ha propuesto un riesgo incrementado de presentar trastornos de ansiedad y depresión. Estas entidades se han asociado con la presencia de citocinas proinflamatorias, en particular factor de necrosis tumoral (TNF alfa), interleucina 6 y la activación de la vía Th2.^{10,11}

En dos revisiones sistemáticas y meta análisis se encontró una fuerte asociación entre dermatitis atópica y trastornos depresivos entre niños y adultos, siendo mayor en adultos al compararse con controles sanos, además de mayor frecuencia en ideación suicida y trastornos de ansiedad, si bien los estudios que se han hecho al respecto en niños son escasos.^{11, 12}

Apego Materno

El apego es definido como el vínculo que se establece en los primeros años de vida entre el niño y su madre u otra figura cuidadora, y la forma en la cual se desarrolla este vínculo se extiende a la vida adulta.¹³ La teoría del apego establece un modelo para intentar comprender el desarrollo de acuerdo al contexto individual de cada

niño para la formación de relaciones y vínculos y la orientación de un adulto hacia sus vínculos íntimos y persistentes, relaciones sociales y exploración autónoma. ¹³

Si bien se ha descrito y estudiado la teoría del apego por diversos autores, se establece que Bowlby fue el que postuló esta teoría de manera inicial, mencionando que la dinámica de apego genera las experiencias en las relaciones que vivimos diariamente. Se establece que los niños buscan modelos que aseguren la supervivencia física y emocional, además de facilitar la exploración y el descubrimiento durante su desarrollo. Esto implica, a pesar de las alteraciones que puedan surgir en este proceso, que se volverán más apegados a aquellos que cuidan de ellos desde edad temprana. Esta forma y organización de apego persistirá en la edad adulta. ¹³

La organización del apego establece que, tanto en niños como adultos, a los siguientes tipos de apego: apego seguro y apego inseguro, que se subdivide en ansioso-evitativo, ansioso-ambivalente y desorganizado. La teoría del apego sugiere que las relaciones del niño con sus cuidadores son una influencia importante en el desarrollo social y emocional de los niños. ^{13, 14}

Hay gran cantidad de evidencia de que los niños que forman apego más seguro con sus madres forman relaciones con sus pares con formas de apego similares y presentan mejor autoestima. A pesar de que se ha demostrado a través de múltiples estudios la importancia del apego para el desarrollo de las habilidades sociales, no se ha enfocado en estos factores. ¹⁴

En el apego seguro, los padres o cuidadores son “suficientemente buenos” al momento de satisfacer las necesidades del niño de seguridad y cuidado, además de poder regular sus experiencias emocionales, el dar significado de las experiencias y la manera de vincularse. En el apego inseguro, la seguridad y el cuidado del niño suelen percibirse amenazados en múltiples formas. Las emociones que amenazan la relación con el padre o cuidador suelen estar distorsionadas o

ignoradas, dejando que el niño deba regularlas sólo sin el apoyo del padre. La paradoja de un apego inseguro es que mientras mayor sea la percepción del niño de la amenaza a su seguridad física y emocional, mayor será la necesidad de seguridad, pero menor será la probabilidad de que esté a su disposición. Además mientras más alterado esté el afecto debido a estas amenazas, mayor será la predisposición para generar psicopatología que puede persistir hasta la edad adulta.

14

Se han realizado estudios donde la mayor parte de individuos adultos que solicitan algún tipo de atención en salud mental presentan apego inseguro o desorganizado, lo cual condiciona mecanismos problemáticos para manejar su vida emocional. Los tres tipos de apego inseguro pueden reflejar patrones distintos de defenderse y regular las relaciones interpersonales. ^{15,16}

Otros autores han argumentado que los niños con padres que generan un apego seguro tienden a mostrar mejores funciones ejecutivas, como una mayor flexibilidad en la atención. En consecuencia, se ha visto que en niños con apego seguro, la atención puede vertirse una parte importante del tiempo en preocupaciones relacionadas a sus vínculos, y en contraste aquellos con un apego evitativo se enfocan de manera defensiva en evadir pensamientos o emociones relacionadas al apego. A su vez, aquellos niños con apego desorganizado muestran una gran disfunción en todo lo anterior, llegando incluso a desorientación. En un metanálisis, incluso se estableció la relación entre la seguridad en el apego y los problemas de atención en niños, por lo que se ha establecido su importancia en el desarrollo de funciones ejecutivas de la corteza prefrontal. ^{17,18}

Apego y Psicopatología

Los problemas familiares se consideran el factor de riesgo más importante para el desarrollo de problemas de conducta en la infancia y la adolescencia. La interacción entre la psicopatología presente en los niños, incluyendo trastornos del

neurodesarrollo y la psicopatología de los padres se considera uno de los aspectos más importantes en la investigación desde hace varios años. Se ha establecido una asociación, aunque con algunas variables biológicas y ambientales, entre la depresión materna, problemas de apego materno y la presencia de psicopatología.

19, 20

En algunos estudios donde se han investigado las interacciones entre madres e hijos adolescentes con TDAH, se han descrito a la par síntomas depresivos y de rasgos de personalidad neuróticos en dichas madres. En varios de estos estudios se ha observado una menor percepción en el binomio madre-hijo de menor apego y sensación de cuidados y mayor sensación de sobreprotección de los hijos. La hiperactividad e impulsividad en muchos de estos pacientes con TDAH y los rasgos neuróticos maternos se correlacionaron significativamente con la sobreprotección materna, mientras que los síntomas de inatención, además de los síntomas neuróticos y depresivos en la madre se asociaron a alteraciones en la interacción de madre e hijo y menor soporte familiar.¹⁹

Aunque se han intentado realizar estudios para determinar el impacto de la alteración de las funciones ejecutivas del TDAH y el apego asociado a los síntomas de TDAH, no ha habido evidencia concreta ni suficientes estudios. Sin embargo, se ha observado que los tratamientos farmacológicos con estimulantes para TDAH mejoraban el porcentaje de niños con apego seguro de 7 a 30% y disminuía el apego desorganizado e inseguro de 15 a 18% presente de manera inicial a 0%, sin embargo, también se han observado variables confusoras, ya que se postula que la mayor frecuencia de un apego desorganizado puede deberse a una tendencia general a la negatividad.^{19, 20}

Por lo tanto, si bien existen datos que pueden sugerir dicha asociación, no hay suficientes estudios y se sugiere que deberían existir más investigaciones, ya que hay información conflictiva para establecer cuáles aspectos se asocian con las funciones ejecutivas y cuales al apego inseguro.²⁰

A su vez, la presencia del diagnóstico de TDAH en niños se ha asociado con varias circunstancias familiares adversas, como mayor estrés parental, menor percepción de competencia en la parentalidad y mayores niveles de psicopatología en los padres. Por lo tanto, a menudo, asociado a estas circunstancias se ha observado que los niños con TDAH tienen mayores representaciones de apego inseguro y desorganizado que sus pares sin TDAH. Incluso se han propuesto como factores predictores para la respuesta al tratamiento el tipo de síntomas, el tipo de apego y la resiliencia, aunque no ha sido bien estudiado. En esta misma entidad, se han hecho asociaciones entre la presencia del TDAH y apego inseguro.^{20, 21}

En algunos estudios de revisión en los que se evalúa el apego reportado por los padres y los cuidados, se asocia de manera consistente la seguridad del apego en adultos con parentalidad con impacto mucho más positivo en sus hijos, mientras que el apego inseguro se asocia a impactos negativos en la parentalidad. A la par del apego, la resiliencia también se ha postulado como un factor clave, ya que a mayor resiliencia se encuentran mejores mecanismos psicológicos adaptativos y funcionamiento ante circunstancias adversas. La resiliencia se ha definido como un patrón de adaptaciones positivas en el contexto de situaciones adversas. Además, se han establecido asociaciones entre el apego y el desarrollo de las funciones cognitivas.²²

Apego y Estrés en Enfermedades Crónicas

Las demostraciones de un tipo de afecto positivo (como compartir afectuosamente), son característica de un tipo de apego seguro entre padres e hijos, que condiciona que los niños puedan regular sus emociones de manera más adecuada, (expresión clara de las emociones y regulación adaptativa de las emociones) mientras que aquellos con apego evitativo (minimización de la emoción, sobre todo en emociones desagradables) y en el ambivalente (exaltación de las emociones presentadas) se presentan estos mecanismos de manera distinta. La forma en que se regulan estas emociones se internaliza en el niño.²³

Se han realizado estudios que demuestran la asociación del apego y el estrés en otras enfermedades. En niños con diabetes mellitus tipo 1, en la cual la relación con el estrés es bidireccional, afectando el control metabólico y el apego a tratamiento. El estrés involucra directamente a los cuidadores y padres, respecto a la carga de la enfermedad. Por lo anterior, se ha propuesto un sistema biológico y conductual para la regulación del estrés con base en el apego. Dado que la teoría del apego establece la necesidad de todos los seres humanos de generar relaciones interpersonales cercanas, mucho más evidentes durante situaciones estresantes. El sistema de apego se activa en casos de amenaza extrema, como en situaciones como desastres naturales o enfermedades crónicas. En la infancia, el estrés que experimenta el niño activa este sistema dirigido hacia sus padres o cuidadores, y en el cuidador a su vez, ante la percepción de amenaza hacia el niño activa el sistema de cuidado que resulta en ayudar a sus hijos en la regulación emocional.²³

La repetición de la regulación interpersonal del estrés genera un sistema de expectativas sobre uno mismo y los demás, también conocido como “modelo interno” sobre como una relación con cuidados genera un patrón o tipo de apego. Mientras que en niños con apego seguro a medida que se expresa el estrés al padre, este irá disminuyendo, apagando el sistema de apego gradualmente. En un patrón ansioso-evitativo, los niños no muestran signos de estrés incluso cuando está activo con signos fisiológicos, manifestando una sobre regulación del afecto al suprimir la expresión emocional del estrés de manera que permanezcan cercanos a su cuidador, ante el temor al rechazo de este por expresar emociones negativas, además de que pueden no solicitar la atención del cuidador en situaciones estresantes.²³

En un apego de tipo ansioso-ambivalente se muestra una expresión exagerada de malestar para obtener la atención del cuidador, quien responde de manera inconsistente. Las emociones no están reguladas la mayor parte del tiempo y el estrés se manifiesta de manera intensa. A pesar de esto, la cercanía con el padre

no calma al niño y la respuesta al estrés y el sistema de apego permanecen activados.²³

En el caso de tipo de apego desorganizado, hay un patrón inconsistente resultado de experiencias repetidas de cuidadores percibidos como amenazantes que son incapaces de reconocer y calmar el estrés en sus hijos, lo cual genera una activación crónica de estados emocionales negativos. El apego puede ser medido a través del ciclo de la vida, con una concordancia del 69 al 75% entre la infancia y la adultez. Las medidas de apego pueden ser categorizadas en estos cuatro dominios, estableciéndose en un espectro que va de apego seguro a inseguro.^{23, 24}

Además, en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con apego ansioso ambivalente tienen menor apego a tratamiento, en comparación con aquellos con apego seguro. A su vez aquellos padres de niños con apego evitativo tienen menos estrés parental y menos impacto negativo en la diada de cuidador e hijo que en otros cuidadores.²⁵

El tipo de apego tiene un efecto directo en la respuesta al estrés, que a su vez es regulado de manera cooperativa con las figuras de apego. Por lo tanto la relación entre el apego y el estrés es bidireccional, que puede condicionar dos caminos: el estrés activa el sistema de apego, además de que reestablece la homeostasis o en la otra vía, activando las estrategias de apego secundarias (hipo o hiperactivación), las cuales son insuficientes para manejar el estrés. Esto genera la activación del estrés crónico, que a su vez reactiva mecanismos mal adaptativos en un círculo vicioso que genera una carga alostática, lo cual puede asociarse al origen de ciertas enfermedades relacionadas a sistemas inmunes y endócrinos para la regulación del estrés que involucran el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tipo de apego materno es de gran importancia ya que la madre, durante su interacción con sus hijos favorece el desarrollo de la corteza prefrontal y a la

regulación emocional, de esta forma el tipo de apego pueda actuar un factor protector o de riesgo para el manejo emocional del estrés en los hijos.

Existe una relación entre el estrés y la disregulación del sistema inmune que se asocia con la emergencia de procesos inflamatorios sistémicos, aunque ha sido poco estudiada la relación entre el tipo de apego materno con enfermedades en las que se presenta disfunción del sistema inmune, como es el caso de la dermatitis atópica.

Varios autores han establecido el empeoramiento de la severidad de las lesiones de dermatitis atópica con mayor exposición a estrés. La asociación entre estrés y la dermatitis atópica es importante para el entendimiento su manejo y tratamiento de la misma e impactar favorablemente en la calidad de vida de estos pacientes, como prurito, por consecuencia el rascado y la duración de las lesiones, por lo que es importante establecer factores que puedan determinar la exacerbación del estrés y la enfermedad.

El tipo de apego materno está relacionado con la forma en que los hijos pueden afrontar el estrés y regular sus emociones, por lo que las alteraciones en los tipos de apego podrían condicionar un mal manejo de situaciones estresantes cotidianas con una pobre regulación emocional y por ende, condicionar una respuesta alterada de forma crónica del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso autónomo y en consecuencia una desregulación de los mecanismos inflamatorios lo cual pudiera llevar a mayores episodios de reactivación y brotes de dermatitis atópica llevando a un mayor descontrol de la enfermedad.

Este estudio puede aportar evidencia a la importancia del apego como un factor predictor en el cual se puede llegar a intervenir de manera temprana como posible factor de exacerbación del curso de la enfermedad a partir del estrés y predisponente en la evolución de la enfermedad y psicopatología, siendo que puede ser un factor modificable.

Actualmente conocemos el papel del maternaje y los tipos de apego y cómo influyen en la regulación emocional y cognitiva de los hijos y su impacto en la respuesta ante estrés. También se conocen las vías de interacción neuroendócrina vinculadas al estrés y la disregulación del sistema inmune. Pero existen pocos reportes que vinculen el papel de las alteraciones del apego con el impacto proinflamatorio en entidades clínicas específicas.

A pesar del papel que juega la inflamación en la dermatitis atópica y los reportes de asociación con factores emocionales involucrados en la exacerbación de los cuadros dermatológicos, en esta entidad multifactorial, no se encuentran reportes que integren el papel del apego materno, como variable en la fisiopatología de la enfermedad. A pesar de su importancia en el desarrollo emocional y la cognición social, no hay muchos estudios en relación al tipo de apego.

JUSTIFICACIÓN.

Al intentar establecer la relación de la enfermedad con el tipo de apego podría funcionar como un factor predictor, junto con otras variables ya descritas, en el curso de la enfermedad y por ende, realizar intervenciones tempranas con las madres de niños con dermatitis atópica, implicaría un impacto favorable en la calidad de vida global de los niños con esta entidad, lo anterior llevando a una disminución de la frecuencia en las consultas y el costo implicado para los servicios hospitalarios así como para las familias de estos pacientes.

La importancia de establecer el apego como un factor tanto protector como de riesgo en el curso de la enfermedad, puede ser de vital importancia para indagar complicaciones derivadas como psicopatología derivada de la generación de un tipo de apego con mecanismos maladaptativos que condicionen a su vez un impacto negativo en la calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar el tipo de apego de la madre de pacientes con dermatitis atópica y analizar su asociación con la severidad de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir la asociación entre el tipo de apego materno y la severidad de la dermatitis atópica.
2. Describir los factores socios demográficos en las madres con hijos con dermatitis atópica.
3. Describir la presencia de psicopatología en pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Existe relación entre el tipo de apego en las madres de pacientes pediátricos con dermatitis atópica y la severidad de ésta en sus hijos?

HIPÓTESIS

1. La dermatitis atópica es más severa cuando existe un tipo de apego materno inseguro.
2. La principal psicopatología encontrada en niños con dermatitis atópica serán trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención y trastornos de conducta.

MATERIAL Y MÉTODO.

Diseño del estudio.

Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico.

Población objetivo. Pacientes que cuentan con diagnóstico de dermatitis atópica

Población elegible. Pacientes que reciban atención en el servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría durante junio del 2024 a diciembre de 2025.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

Madres de 18 años o mayores que funjan como cuidadoras del paciente, de niños de 6 a 17 años de cualquier sexo, que cuenten con diagnóstico de Dermatitis Atópica, que lleven seguimiento en la consulta externa de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría y que hayan aceptado y firmado la Carta de Consentimiento Informado y la Carta de Asentimiento.

Criterios de exclusión.

Madres que presentaban discapacidad intelectual detectada por clínica, o trastornos que impidan comprender los reactivos del instrumento a aplicar y/o el cuidado del niño.

VARIABLES.

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de Medida
Edad	Número de años completos que ha vivido una persona.	Numérica continua	Años

Estado Civil de la Madre	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa nominal	0=Soltero 1=Casado 2=Unión libre 3=Viuda 4=divorciada
Escolaridad	Niveles cursados de acuerdo con el sistema educativo formal	Cualitativa ordinal	0=no escolarizado 1=1-6 años 2=7-9 años 3=10-12 años 4=13-15 años 5=16 años o más
Severidad de Dermatitis Atópica	El índice de severidad de Dermatitis Atópica (SCORAD) en función de las características de las lesiones cutáneas secundarias al proceso inflamatorio, y se mide de acuerdo con la extensión, intensidad y síntomas subjetivos.	Cualitativa ordinal	0= Leve 1=Moderada 2=Grave

Tipo de Apego	Caracterización del patrón predominante de interacción del cuidador primario.	Cualitativa dicotómica	0= Apego seguro 1= Apego inseguro
Trastorno de Ansiedad	Trastorno caracterizado por angustia y preocupaciones excesivas y persistentes que ocasionan disfunción en las actividades cotidianas y que se asocian a síntomas físicos de sobre activación autonómica.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastornos Afectivos (Depresivos)	Trastorno que implica un estado de ánimo deprimido persistente y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban y que se acompaña de manifestaciones somáticas, alteraciones en el sueño y el apetito y dificultades cognitivas.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

Trastornos de Somatización	Múltiples síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas. Los síntomas no se producen o simulan intencionadamente y pueden acompañar o no a una enfermedad médica conocida.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno por Déficit de atención/Hiperactividad (TDAH)	Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la dificultad para prestar atención, la hiperactividad y la impulsividad.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Conducta oposicionista	Conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a figuras de autoridad, la cual es	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

	persistente y genera problemas severos a nivel familiar y social.		
Trastornos del Pensamiento	Pueden involucrar problemas en la producción del lenguaje tal como perturbaciones como delirio y alucinaciones, coherencia en el pensamiento y trastornos en la fluidez, ambos debidos a compromisos en uno o más procesos cognitivos, entre ellos la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastornos de conducta	Se diagnostica cuando el niño muestra un patrón continuo de agresión hacia otras personas, y graves violaciones de las reglas y normas sociales en la casa, la	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

	escuela y con los compañeros.		
--	----------------------------------	--	--

INSTRUMENTOS

Índice SCORAD

El acrónimo de SCORAD fue establecido por Arnold Oranje, sus siglas en inglés son SCORing Atopic Dermatitis o sistema de puntuación para la dermatitis atópica. Esta herramienta valora la extensión y la intensidad de las lesiones, así como los síntomas (prurito y pérdida de sueño) que provocan. En el índice SCORAD, se evalúan 3 aspectos: la extensión, la intensidad y los síntomas subjetivos que la DA provoca. Esta escala será aplicada por el servicio de Dermatología.

Extensión (A): La superficie corporal se divide en 4 segmentos (cabeza y cuello, tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores) a los cuales se les asigna un porcentaje en función de la superficie que representen, de acuerdo a la regla de los 9, y corresponde a 20% de la prueba.

Intensidad (B): Es valorada por 6 variables: eritema, edema/pápulas, exudación/costras, excoiación, liquenificación y xerosis. En función de la intensidad, cada uno de los factores tiene 4 grados: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo). Corresponde al 60% de la prueba. Se usa la lesión más representativa para fines de clasificación en vez de la lesión más grave o moderada.

Síntomas subjetivos (C): Basándose en una "escala visual análoga" (0-10) se valora la presencia de prurito y de pérdida de sueño en los 3 días previos a la evaluación. Representa 20% del valor de la prueba.

La puntuación se obtiene siguiendo la fórmula: $A/5+7B/2+C$. 16 El valor máximo es 103, el menor 0. La evaluación se realiza en 7 a 10 minutos según la experiencia de los investigadores.

Adult Attachment Questionnaire (AAQ)

El cuestionario de apego de adultos o AAQ en inglés, consiste en un cuestionario tipo Likert de 40 ítems, validado en español, con base en los constructos teóricos que diferencian cualitativamente los estilos de apego específicos. Se encuentra dividido en 4 subescalas que representan un continuo en el que los sujetos pueden puntuar un margen de gradación, con base en las cuales se clasifica en una de las categorías del apego conocidas, al mismo tiempo que se mantiene una visión individual en los diferentes aspectos evaluados. Las escalas evaluadas son:

- Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (ítems 3, 8, 10, 12, 14, 18, 21, 23, 26, 30, 34, 37 y 39)
- Escala 2: Resolución hostil de los conflictos, rencor y posesividad (ítems 2, 4, 7, 9, 13, 17, 20, 24, 29, 31 y 36)
- Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones (ítems 1, 5, 11, 16, 27, 32, 35, 38 y 40)
- Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (ítems 6, 15, 19, 22, 25, 28 y 33)

Las escalas 1, 2 y 4 evalúan aspectos relacionados con un perfil de apego inseguro, de esta manera agrupando a los perfiles Preocupado, Huidizo-Alejado y Temeroso-Hostil, mientras que la escala 3 evalúa aspectos de apego Seguro. Las puntuaciones respondidas por el sujeto son transformadas en percentiles y luego baremadas con base en los cálculos proporcionados por las autoras, para ser comparadas con cada perfil de apego para emitir un diagnóstico con base en las categorías de apego presentadas previamente. La consistencia interna en la escala

1 mostró en la prueba de validación un $\alpha=0.86$, la escala 2 un $\alpha=0.80$, la escala 3 un $\alpha=0.77$ y la escala 4 un $\alpha=0.68$. El apego se clasificará como apego seguro o inseguro, en el análisis estadístico se profundizarán las subclasificaciones.

CBCL/6-18

El CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist), es el instrumento para evaluar psicopatología en niños y adolescentes entre 6 y 18 años, ampliamente utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos. La validación para población mexicana mostró una consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach de 0.9 para problemas internalizados y 0.9 para problemas externalizados. Esta escala es la más usada con propósitos de recolección de datos para uso epidemiológico, estandarizada y traducida a más de 70 idiomas. Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos en países diversos que han podido establecer comparaciones y documentar su viabilidad transcultural. Este instrumento se divide en las siguientes subescalas: componentes psicossomáticos, afectivos, ansiedad, déficit de atención/hiperactividad, conducta oposicionista, trastornos del pensamiento y trastornos de conducta.

El CBCL es un instrumento estandarizado para registrar los problemas comportamentales y competencias sociales de niños entre 6 y 18 años. El inventario diseñado para padres incluye 20 ítems referidos a competencias sociales, relativos al desempeño escolar, relaciones sociales y participación en actividades, y 118 ítems de problemas comportamentales, que pueden ser categorizados de la siguiente forma: 0= no es cierto, 1= es cierto algunas veces o de cierta manera, 2= muy cierto o a menudo cierto. Se puntúa a partir de los totales y de los percentiles obtenidos en cada subescala.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

En conjunto con el servicio de Dermatología para captar los pacientes potencialmente elegibles con diagnóstico de Dermatitis Atópica en el servicio de Dermatología pediátrica, un residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, revisaron el cumplimiento de los criterios de selección y se les explicó a los padres y al paciente la naturaleza del estudio y posterior a la firma de las cartas de consentimiento, asentimiento y aviso de privacidad en un consultorio del servicio de Salud Mental.

Se canalizó a los pacientes al servicio de consulta externa salud mental, donde se realizó la aplicación de los instrumentos de recolección de datos por parte del residente y de un residente de la especialidad de Dermatología Pediátrica a lo largo de 1 sesión independiente, de aproximadamente 60 minutos, en la privacidad de un consultorio del servicio de Salud Mental, de forma profesional y sistematizada. Estos instrumentos fueron: datos sociodemográficos del paciente (anexo 1), las escalas índice SCORAD para severidad de dermatitis atópica (anexo 2), la cual será evaluada por un residente del equipo de Dermatología Pediátrica, cuestionario del apego adulto (anexo 3) para evaluar la representación del apego y patrones relacionales y la escala CBCL/ 6-18 (anexo 4) para evaluar psicopatología presente en los niños. Al hallar psicopatología presente en el binomio se evaluó y brindó tratamiento y canalización para continuar seguimiento en el servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

La información obtenida fue en una hoja de Excel, para posteriormente ser analizada en el programa SPSS v28.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

A la fecha del estudio no se conocían los datos de asociación entre apego y dermatitis atópica por lo que se reclutó a todos los pacientes que cumplieran con

criterios de selección. El muestreo fue de tipo no probabilístico de casos consecutivos. Actualmente en la consulta externa del servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría se atiende un aproximado de 10 pacientes con dermatitis atópica al mes, por lo tanto se esperaba que al menos 8 pacientes por mes acepten participar en el estudio. De esta manera, se intentó captar al menos 100 pacientes. Se estableció un periodo de dos años, de junio 2024 a diciembre 2025, a fin de reclutar la mayor cantidad de pacientes posible, con un mínimo de 100 pacientes. Se obtuvieron 38 pacientes.

MUESTREO

No probabilístico de casos consecutivos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para el tipo de apego en las madres, los factores socio demográficos (edad, estado civil y escolaridad de las madres) y la psicopatología en el paciente, se describieron mediante frecuencias y porcentajes. La edad del niño y el puntaje SCORAD se resumieron mediante media y desviación estándar en caso de tener distribución normal o mediante mediana, valor mínimo y valor máximo en caso de no tenerla. La asociación entre la severidad de la dermatitis atópica y el tipo de apego, se analizó mediante prueba de t de muestras independientes si tienen distribución normal o mediante prueba de U de Mann-Whitney en caso de no tenerla. Se considerará significativo un valor de $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, artículo 17, fracción II, se considera esta investigación con riesgo mínimo, ya que se plantea llevar a cabo una entrevista clínica, aplicación de

escalas validadas en población mexicana, lo cual no representan un riesgo para su salud física o mental.

El proyecto cumple con los lineamientos y recomendación de la Declaración de Helsinki y código de Nuremberg, la participación en el estudio es completamente voluntaria, sin afectar la integridad física ni los principios de beneficencia y no maleficencia.

Se mantuvo la confiabilidad de los datos obtenidos y la información será resguardada por el doctor Víctor Saúl Ramos Tafoya y la doctora Diana Molina Valdespino.

CONFLICTO DE INTERÉS.

No hubo conflicto de interés.

RECURSOS.

El material de papelería y cómputo requeridos para la investigación serán aportados por el tesista.

Recursos humanos

Los Doctores Diana Molina Valdespino, Oscar Sánchez Guerrero, María del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez y Silvestre García de la Puente, llevaron a cabo la supervisión y la revisión de la investigación y brindaron asesoría clínica y metodológica sobre la misma.

El Dr. Víctor Saúl Ramos Tafoya, llevó a cabo la aplicación de escalas AAQ, CBCL 6/18 y el índice SCORAD, éste último con ayuda de un residente del equipo de Dermatología Pediátrica, en madres de los niños con diagnóstico de Dermatitis Atópica de 6 a 17 años que acuden a seguimiento en la consulta externa de Dermatología en el Instituto Nacional de Pediatría, así como la obtención del

consentimiento informado, asentimiento informado, aviso de privacidad y privacidad para testigos.

El grupo de investigadores, realizó los procedimientos metodológicos correspondientes, además de lo requerido para la publicación de la presente investigación.

FACTIBILIDAD

Este estudio fue factible para ser realizado, puesto que tanto los recursos como los datos estadísticos se encuentran en el instituto nacional donde se realizará el estudio, y no implica procedimientos invasivos para los participantes.

RESULTADOS

Se reclutaron 44 pacientes, 5 de los cuales fueron excluidos, cuatro por contar con diagnóstico de Dermatitis Atópica remitida al momento de la realización del estudio y uno al no acudir la madre a la aplicación de escalas. El total de muestra al momento de realizar el análisis estadístico fue de 39 pacientes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En cuanto a la edad de los niños la media fue de 10.6 \pm 3.6 años, (mínima de 6 y máxima de 17 años). La edad media de la madre fue de 39.5 \pm 6.9 años (mínima de 21 años y máxima de 53 años).

De los 39 niños, 24 fueron varones y 15 fueron mujeres. En cuanto al estado civil de las madres, 17 eran solteras (43.6%), 17 casadas (43.6%) y 5 en unión libre (12.8%).

La escolaridad de los niños fue en su mayoría de primaria con 24 individuos (61.5%) con 9 en secundaria (23.1%) y 6 en preparatoria (15.4%).

Respecto a la escolaridad de las madres, la mayoría contaba con educación preparatoria (16 pacientes, 41%), 14 con estudios de licenciatura (35.9%), 8 con educación secundaria (20.5%), y sólo una madre con educación primaria (2.6%).

En cuanto a la estructura familiar en casa, se encontró una frecuencia similar en la muestra, el 38.5% provenían de familia monoparental (15 pacientes), el 35.9% de familia nuclear (14 pacientes), 17.9% de familia extensa (7 pacientes) y 7.7% de pacientes reportaron familia reconstruida (3 pacientes). (Gráfica 1)

ANTECEDENTES MADRE

Como antecedentes relevantes en las madres, el 25.6% contaban con un aborto previo (10 pacientes). La media del número de gesta fue de 1.8 ± 1.3 . El 51.3% de las madres reportó que el paciente evaluado era su primera gesta (20 pacientes), el 25.6% fue la segunda gesta, el 17.9% fue la tercera gesta, el 2.6% fue la cuarta y octava gesta respectivamente.

El 56.4% de las madres reportaron que fue un embarazo planeado (22 pacientes), en contraste del 43.6% (17 pacientes) que lo mencionan como no planificado.

La mayoría de las pacientes reportaron haber dado lactancia materna durante al menos los primeros 6 meses de vida (53.8%) con 21 pacientes vs el 46.2% (18 pacientes) que no contaba con este factor.

En cuanto a la presencia de antecedentes psiquiátricos maternos, el 53.8% de las madres también reportaron haber recibido atención psiquiátrica en algún momento. De los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica diagnosticada, la mayoría reportó depresión, si bien la mayoría contaba con antecedente de comorbilidades con trastornos depresivos (28.2%), de los cuales se encontró depresión (12.8%), depresión y ansiedad (12.8%), depresión y TDAH (2.6%). Un

10.3% reportó trastornos de ansiedad, 12.8% antecedente de TDAH, y 2.6% de trastornos psicóticos. (Tabla 1)

DERMATITIS ATÓPICA

En cuanto al puntaje de SCORAD, hubo una media de 37.5 ± 19.2 . (Gráfica 2)

Respecto a los 39 pacientes con dermatitis atópica, 13 se encontraron con base en la puntuación de SCORAD con puntuación leve a moderada (33.3%), mientras que el 66.7% se encontraron con dermatitis atópica severa (26 pacientes). (Gráfica 3)

APEGO

El 84.6% de las madres de los pacientes presentaron de acuerdo a la escala aplicada características compatibles con apego inseguro (33 madres), con 15.4% (6 madres) que correspondieron a apego seguro.

De los 33 pacientes con apego inseguro, hubo una proporción similar entre aquellos con apego temeroso hostil, preocupado y huidizo alejado sin diferencias significativas. El 15.36% de la muestra contó con apego seguro. (Gráfica 4)

Cabe señalar que los hijos de las 6 madres presentaron datos compatibles con dermatitis atópica leve de acuerdo al SCORAD, a la par no contaron con psicopatología detectada a través de la CBCL.

DERMATITIS ATÓPICA Y APEGO

Al evaluar la severidad de la dermatitis atópica a través del SCORAD y el tipo de apego, se observó una asociación estadísticamente significativa ($p=<0.0001$). La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis también mostró una asociación con una significancia ($p=<0.002$) entre la severidad del SCORAD y subtipos de apego inseguro. (Tabla 2).

Del total de pacientes con apego seguro, todos presentaron atopia leve, en comparación con la atopia severa que se encontró en 26 pacientes, 7 que presentaron atopia de leve a moderada ($p=<0.001$).

PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA

A través de la aplicación de la escala CBCL 6/18, de acuerdo a los apartados que evalúan en dicha escala, se observó lo siguiente:

Respecto a trastornos de ansiedad, el 61.5% de los niños presentaron puntajes suficientes para la sospecha de la presencia de uno (24 pacientes) siendo la patología más frecuente encontrada.

Respecto a síntomas depresivos, se encontraron en el 51.3% de los pacientes (20 pacientes).

En tanto a quejas somáticas, el 35.9% de los pacientes (14 pacientes) presentaron dichos síntomas.

En cuanto a TDAH, el 33.3% de los pacientes (13 pacientes) presentaron síntomas compatibles con dicho trastorno del neurodesarrollo. El mismo porcentaje presentó síntomas de problemas sociales.

Respecto a conducta de romper reglas, el 20.5% presentó dichas conductas.

El 2.6% presentó alteraciones del pensamiento. 15.4% presentaron conducta agresiva (6 pacientes).

Respecto a la presencia de otros síntomas compatibles con otros trastornos hallados en 7 pacientes, (corroborados por expediente al ya contar con atención en el servicio de Salud Mental), se encontraron 3 (7.7%) pacientes con Discapacidad Intelectual, 1 (2.6%) paciente con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, 1 (2.6%) paciente con Anorexia nerviosa y 2 (5.1%) pacientes con enuresis.

Se aplicaron mismas pruebas paramétricas para variables independientes en cada uno de los síntomas detectables en la CBCL y tipo de apego, sin encontrarse ninguna asociación estadística significativa entre ninguna psicopatología.

También se aplicaron para hallar una asociación entre severidad del SCORAD y antecedente de lactancia materna, sin encontrarse ninguna.

Se aplicaron dichas pruebas sin encontrar asociación significativa entre cada síntoma psicopatológico del CBCL y la severidad del puntaje de SCORAD para dermatitis atópica.

Cabe resaltar que se encontró una asociación significativa entre la ausencia de psicopatología de acuerdo al CBCL y el puntaje del SCORAD para dermatitis atópica ($p < 0.002$).

No se encontraron asociaciones significativas con ninguna de las variables sociodemográficas.

DISCUSIÓN

El estudio corresponde con la importancia del desarrollo de un apego adecuado y la asociación a la exposición al estrés temprano. Hay señales de hiperactivación en mecanismos neuroendócrinos de regulación del estrés en los cerebros de personas con apego inseguro, al desencadenar síntomas ansiosos, por medio de resonancia

magnética funcional de encéfalo, se han observado con aumento en actividad en áreas asociadas a la activación del estrés, como la corteza cingulada dorsal anterior y la ínsula anterior.²⁶

De acuerdo con que la ansiedad que provoca un apego inseguro, existe evidencia de que las personas con mayor ansiedad provocada por alteraciones en el apego, tienen mayores dificultades en la regulación emocional y del estrés. A su vez, este grupo está asociado a mayor producción de cortisol y menor cantidad de células T CD3+, CD4+, CD45+ en comparación con aquellos con un apego seguro, es decir, en aquellos que cuentan con un apego inseguro se encuentra disregulación en el sistema inmune, lo cual pudiera significar que el apego funciona como un factor de riesgo para la emergencia de procesos inflamatorios y menor respuesta inmunológica celular.²⁷

Como otras enfermedades crónicas e inflamatorias, el estrés oxidativo y la disregulación autoinmune participa de manera importante en la patogénesis de la dermatitis atópica, así como su evolución y pronóstico.^{27,28}

Por lo tanto, la evidencia en la literatura corresponde a los hallazgos de nuestro estudio para dar sustento a la relación entre el apego y la severidad, dada la asociación significativa entre la severidad de dermatitis atópica y el tipo de apego de las madres de los niños evaluados. De manera proporcional, se puede inferir que los tipos de apego inseguro (y sus subtipos respectivos, los cuales no tuvieron diferencias significativas en cuanto a frecuencia), se encuentran relacionados a una mayor severidad de dermatitis atópica, lo cual podría impactar de manera importante en la evolución y calidad de vida de estos niños y sus madres como cuidadoras principales, lo que a su vez podría contribuir al desarrollo de psicopatología en ambos.

Es importante recordar que la creación de un apego seguro tiene por objetivo el generar autonomía para la exploración del entorno, la generación de vínculos interpersonales significativos y saludables para el niño y el aprendizaje de

mecanismos de enfrentamiento adaptativos ante el estrés y una adecuada regulación emocional. Esto es congruente con la evidencia de que ante pobres mecanismos de afrontamiento de parte de estos niños lo que lleva a mayor dificultad para regular el estrés y las emociones en los mismos, genera un empeoramiento de la dermatitis atópica.

De manera consecuente el empeoramiento de la atopía podría condicionar una mayor necesidad de atención médica y cuidados solicitados a la madre lo cual pudiera generar desgaste en ella como cuidadora principal contribuyendo a perpetuar un apego inseguro, la cronificación del estrés así como de la enfermedad, impactando directamente en la calidad de vida tanto de la madre y el paciente a largo plazo. A su vez, estos factores podrían contribuir de manera significativa en la generación de psicopatología en ambos, lo cual retroalimentaría la disregulación de esquemas de estrés y dificultades en regulación emocional a largo plazo, consecuencias que podrían afectar incluso hasta la vida adulta. El identificar estos factores es importante dado que con estos resultados se podría establecer que el generar mecanismos adaptativos en torno al afrontamiento y la regulación del estrés, impacta de manera favorable en el curso del proceso inflamatorio, contribuyendo a reducir la severidad de la enfermedad así como los factores predisponentes a psicopatología, siendo importante reforzar que ambos son de carácter multifactorial.

Inferimos que el apego seguro puede ser un factor protector, ya que de las 6 madres con un apego seguro, todos los pacientes puntuaron para dermatitis atópica leve y ninguno de estos niños tuvo psicopatología detectable, lo que supone la generación de mecanismos de afrontamiento y de regulación del estrés establecidos por la generación de un apego seguro, que pudiera influir de manera favorable en la regulación neuroendócrina del estrés, factor determinante en la patogénesis y curso de esta enfermedad.

Lo anterior resalta la importancia de concientizar acerca de la detección de factores como el apego en las madres de estos pacientes y el vínculo establecido con los niños que cuentan con dermatitis atópica, al ser una enfermedad compleja y multifactorial que cuenta con factores de riesgo inflamatorios y autoinmunes, en los cuales también influye el apego, dando relevancia a la atención en materia de salud mental en enfermedades donde usualmente puede ser pasada por alto una evaluación en este aspecto.

Ningún síntoma de psicopatología pudo asociarse directamente con el SCORAD, lo cual podría explicarse por la génesis multifactorial y compleja del desarrollo de síntomas psiquiátricos relevantes.

Acorde a la literatura científica existente, los problemas psiquiátricos más prevalentes en los niños con dermatitis atópica existentes fueron trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y TDAH, por lo que la prevalencia encontrada en el estudio corresponde con la evidencia actual en cuanto a frecuencia y a la dermatitis atópica como una enfermedad con mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos.^{27, 28}

El estudio excluyó de la evaluación a otros cuidadores, tales como padres o familia extendida como abuelos, tíos o tutores legales, esto se realizó con el fin de evaluar factores del desarrollo y que cuentan con evidencia en el desarrollo del apego, como la planificación del embarazo, que está asociado a toda una serie de procesos intrapsíquicos en los padres, como las fantasías preconceptivas o temores derivados del embarazo o expectativas del vínculo durante la crianza, como en el caso de abortos previos, si bien estos se evaluaron de manera sencilla al reportar su presencia o ausencia. También se tomó en cuenta la aplicación de la escala a madres al tener en cuenta el antecedente de lactancia materna, factor que también cuenta con evidencia respecto a la construcción del vínculo con los hijos, además de su importancia para el desarrollo del sistema inmune del lactante, por medio de

la transmisión de inmunoglobulinas y complejos importantes para la sensibilización del sistema inmunológico del lactante, factor que puede influir de manera importante en el curso de la atopia y enfermedades relacionadas, dado que sabemos que la dermatitis atópica cuenta con factores de patogénesis desde inflamatorios asociados a la regulación neuroendócrina del estrés, como a disregulación autoinmune. Sin embargo no se encontraron asociaciones significativas con el desarrollo de psicopatología o con el aumento de la severidad de la dermatitis atópica con estos factores.

Sin embargo, dado que el hecho de que el contar con la madre como cuidadora principal no garantiza el establecimiento de un apego seguro, valdría la pena a futuro extender dicho estudio a otros cuidadores que también pueden establecer un apego seguro con sus consiguientes beneficios para el paciente y cuidador.

Es importante mencionar que si bien puede observarse como limitante el hecho de que no evaluamos de manera directa por medio de instrumentos aplicados directamente a los niños el apego generado, podemos establecer de manera indirecta que el tipo de apego que ellos presentan es similar o igual al que se encontró en sus madres, dado que el apego es aprendido por medio de los cuidadores en la infancia y sólo es modificable al generar conciencia del mismo y de las conductas disfuncionales generadas a partir de éste a través de un proceso psicoterapéutico, mismo con el cual no contaban los pacientes evaluados al momento de la realización del estudio, por lo que inferimos por este medio el tipo de apego en los niños con dermatitis atópica. Sin embargo, también es factible extender estudios similares a futuro aplicando escalas e instrumentos de apego a los niños, aunque la mayoría de los existentes requieren mucho mayor cantidad de recursos, capacitación a personal y dificultad en la evaluación, y dada la importancia de la detección de estos factores en etapas tempranas por su importancia para la enfermedad, vale la pena la estandarización y eficacia de los procesos al momento de la evaluación clínica.

Puede ser importante extender la evaluación de los antecedentes a diagnóstico de trastornos depresivos perinatales al momento del embarazo o su extensión a los primeros años de vida del infante, dada la amplia evidencia de la depresión perinatal en las dificultades en la construcción del vínculo y el apego del niño a través de su madre con las posibles consecuencias derivadas. Sin embargo, el evaluar de manera retrospectiva el antecedente de depresión perinatal en las madres de estos niños supondría el establecer criterios cuantitativos y cualitativos específicos (diagnóstico establecido por un psiquiatra o profesional de la salud mental, temporalidad al momento del diagnóstico, atención brindada a dicho padecimiento y duración, complicaciones).

Como limitantes del estudio de manera inicial podemos establecer la temporalidad del diagnóstico de dermatitis atópica, es decir, no tomamos en cuenta el tiempo que llevaban los pacientes de haber sido diagnosticados con atopia, lo cual podría influir en la severidad detectada al momento del estudio y el tiempo del tratamiento brindado que podría haber afectado la evaluación inicial, como las complicaciones derivadas de pacientes con largo tiempo de haber recibido el diagnóstico y haber sido evaluados en el estudio, al haberse añadido complicaciones médicas y sociodemográficas en este tiempo, situaciones que pueden llevar a que la muestra de niños con dermatitis atópica puede resultar heterogénea respecto a estos factores, por lo que podríamos delimitar a futuro un estudio en el cual se apliquen los instrumentos en momentos específicos, como después del diagnóstico inicial y posterior a recibir tratamiento específico.

Al evaluarse factores con auto reporte y escalas con valor cualitativo, la subjetividad en estos instrumentos puede afectar la veracidad del reporte de dichos instrumentos, particularmente en características del auto reporte de conductas y reacciones aplicadas en el AAQ para establecer tipo de apego en las madres, así como la probabilidad de haber generado cambios en el tipo de apego a través de

intervenciones psicoterapéuticas o circunstancias adversas a través de su historia de vida, si bien se tomaron en cuenta antecedentes de atención psiquiátrica y factores de estructura familiar, teniendo en cuenta que la evaluación del apego involucra un complejo abordaje multifactorial que constantemente es afectado por múltiples desencadenantes y elementos a considerar.

También se exploran oportunidades de continuar expandiendo la muestra del estudio, con fines de ampliar información y significancia estadística, a la par que, al tratarse de una población cautiva al continuar atendándose en la consulta externa del instituto, es posible que se canalicen para manejo de comorbilidades psiquiátricas tanto para el paciente como para su madre o cuidador, a fin de estandarizar dicha atención tanto de manera preventiva como con fines de tratamiento, a fin de abordar de manera integral esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Se encontró una asociación entre la severidad de la dermatitis atópica, y el tipo de apego de las madres de estos niños, además de asociaciones de subtipos de apego inseguro con la severidad. También se encontró asociación entre la ausencia de psicopatología detectada y severidad.

ANEXOS

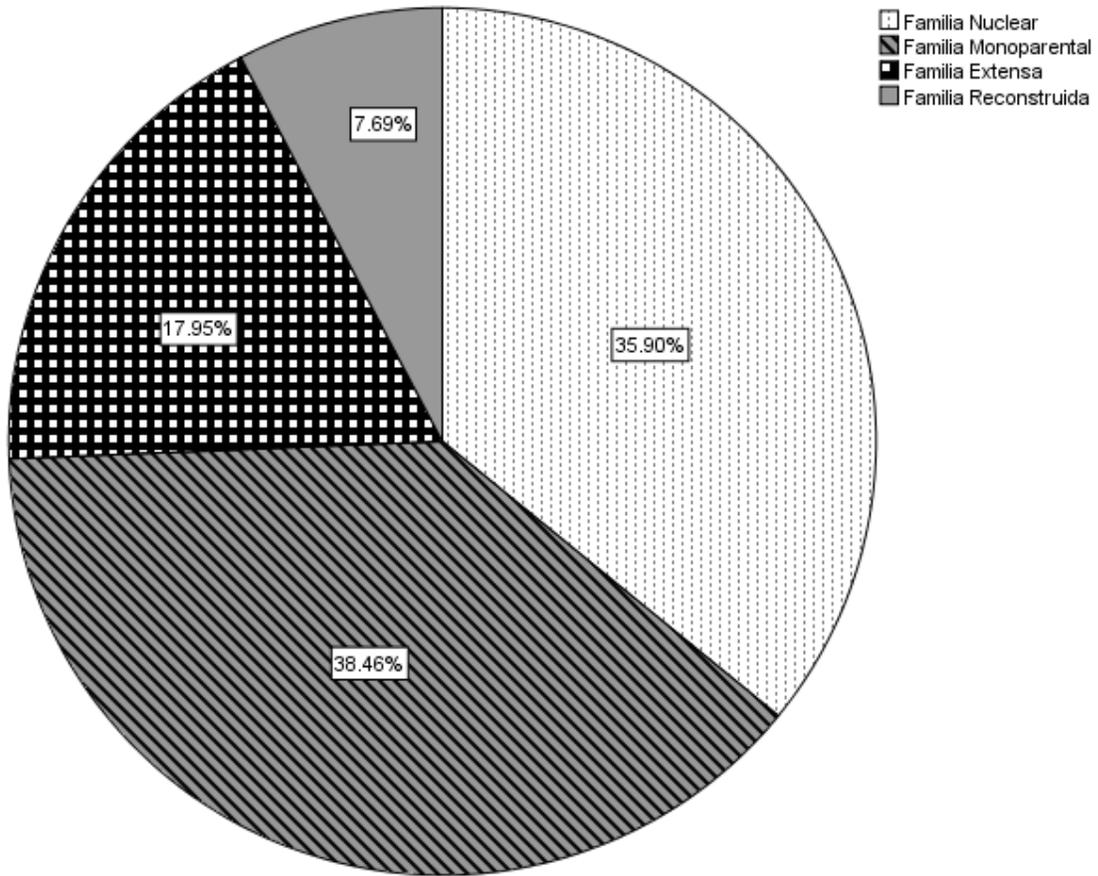
Tabla 1. Frecuencia de Antecedentes Psiquiátricos en Madres de Niños con Dermatitis Atópica.

PSICOPATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ninguna	18	46.2
Depresión	5	12.8
Ansiedad	4	10.3
Depresión y Ansiedad	5	12.8
Trastornos Psicóticos	1	2.6
TDAH	5	12.8
TDAH, Depresión	1	2.6

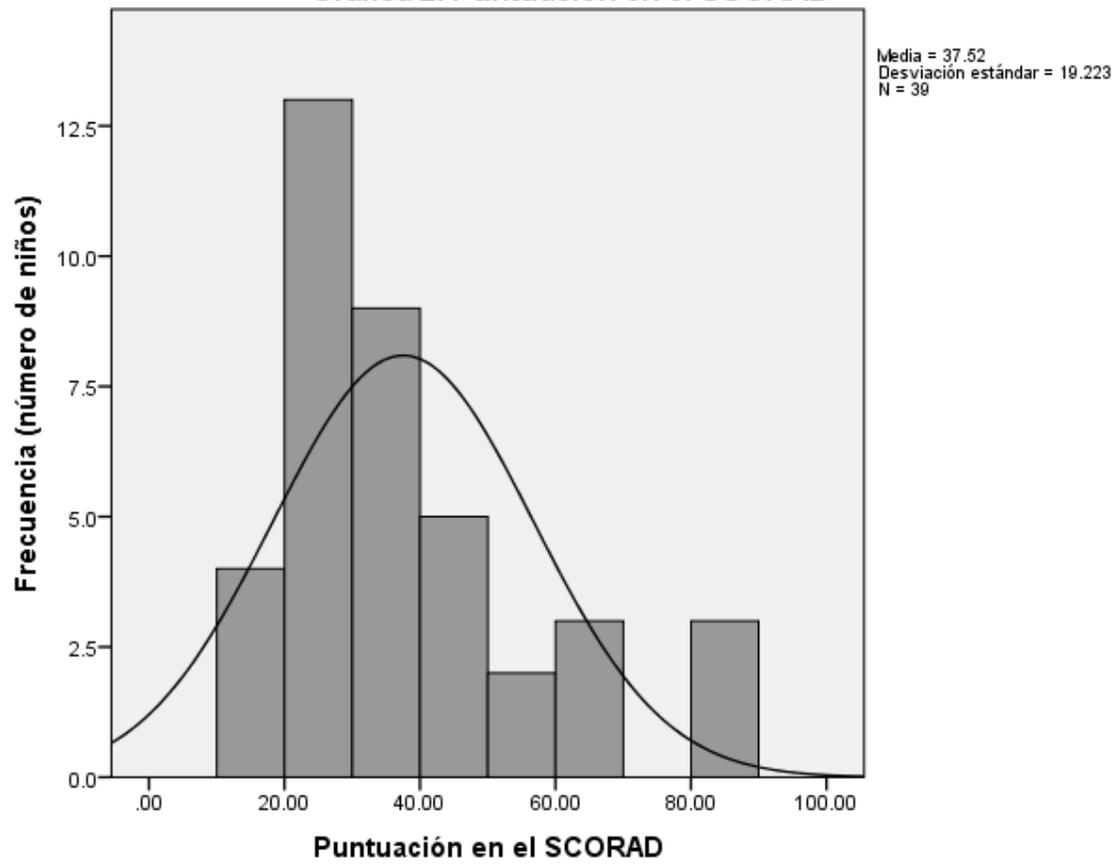
Tabla 2. Severidad de Atopia y Tipo de Apego

Tipo de Apego	Leve y Moderada	Severa
Seguro	6	0
Inseguro	7	26
Total	13	26

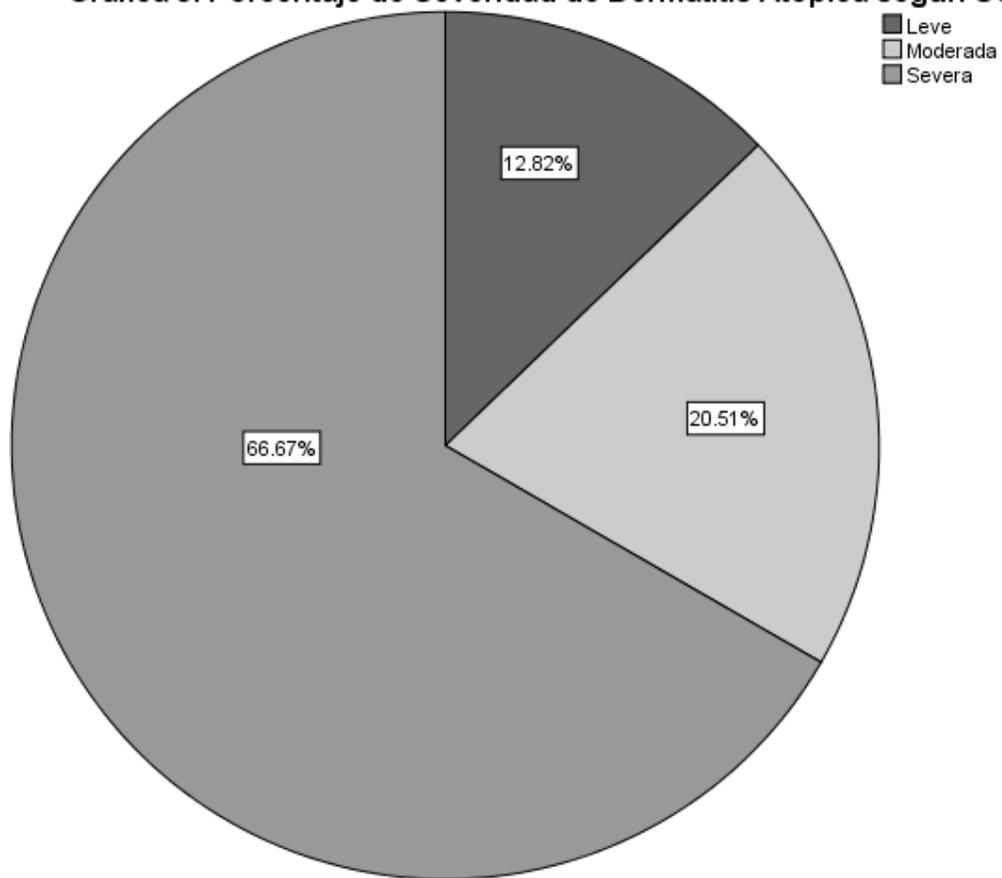
Gráfica 1. Estructura Familiar.



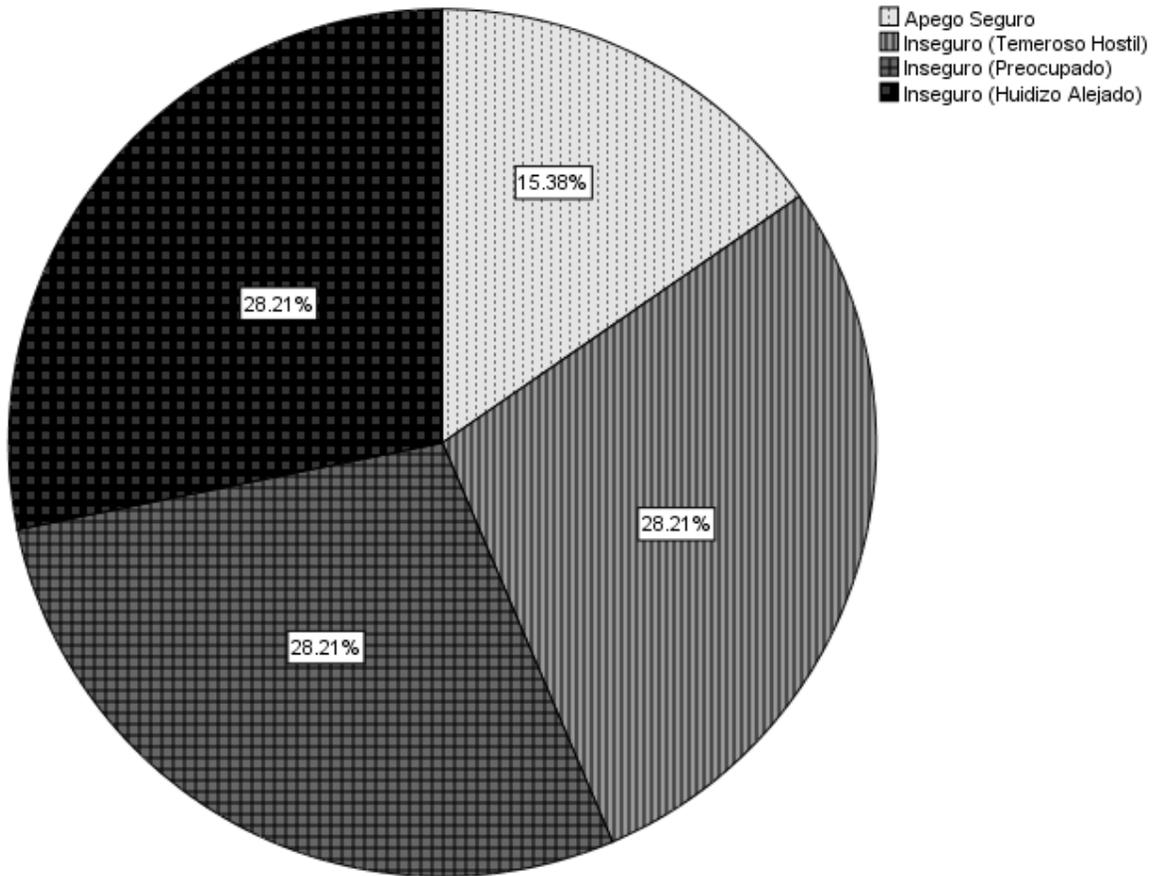
Gráfica 2. Puntuación en el SCORAD



Gráfica 3. Porcentaje de Severidad de Dermatitis Atópica según SCORAD



Gráfica 4. Frecuencia de Apego Seguro y Subtipos de Apego Inseguro



**ANEXOS CONSENTIMIENTOS
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Nombre Del Investigador Principal: Diana Molina Valdespino

Documento De Consentimiento Informado Para Padres o Tutores De Menores Participantes En El Estudio.

Nombre De La Propuesta y Versión Del Documento: Carta de Consentimiento Informado para Pacientes Pediátricos “Tipo de Apego en madres de pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica y relación con su severidad” Versión 1.

PARTE I Información

Introducción

Se te invita a participar en un estudio de investigación. Es necesario que tu decidas si participaras o no en este estudio. Lee este formato y pregunta a cualquier médico del estudio si tienes dudas.

Mi nombre es Víctor Saúl Ramos Tafoya y junto con la Dra. Diana Molina Valdespino, somos los investigadores principales del estudio. Puedes hablar con cualquiera de los responsables del estudio y tomarte el tiempo que necesites si deseas participar o no. Si no comprendes algunas palabras nos tomaremos el tiempo necesario para explicarlas y puedes preguntar durante la aplicación del estudio o en el momento que desees.

El siguiente estudio va a evaluar el tipo de apego que tienen las madres de niños con dermatitis atópica, además de averiguar si hay padecimientos de salud mental presente en estos niños, para buscar una relación de estos factores con la severidad de la enfermedad. Esto será realizado en madres y niños con diagnóstico de Dermatitis Atópica de 6 a 17 años que sean atendidos en la consulta de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría de enero a agosto 2024. Estos resultados nos ayudarán a detectar padecimientos que requieran atención tanto para mamá como para ti de manera oportuna, así como el tratamiento o la canalización para llevar atención en salud mental que sea necesario. Si aceptas participar en el

estudio, se te aplicarán dos cuestionarios a tu mamá y a ti que tomará más o menos 60 minutos responderlos, al término de este se te agradecerá tu cooperación y posterior a la obtención de los resultados del estudio, en caso de considerar que necesitas ayuda te lo haremos saber y te orientaremos para el mejor tratamiento.

Propósito

El siguiente estudio va a evaluar el tipo de apego que tienen las madres de niños con dermatitis atópica, además de averiguar si hay padecimientos de salud mental presente en estos niños, para buscar una relación de estos factores con la severidad de la enfermedad. Esto será realizado en madres y niños con diagnóstico de Dermatitis Atópica de 6 a 17 años que sean atendidos en la consulta de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría de enero a agosto 2024. Esto nos ayudará a indagar la importancia que tiene el apego con el disminuir y controlar el estrés y el impacto positivo que puede tener en el curso de la enfermedad en los niños con dermatitis atópica, además de que puede influir en la salud mental de los niños y las niñas, por lo que nos ayudará a detectar tempranamente.

Tipo de Intervención de la Investigación

El estudio consiste en aplicar varios cuestionarios sencillos que llenarás junto con tu mamá para evaluar lo que platicamos anteriormente. Para cualquier duda que tengas sobre los cuestionarios podrás preguntar en cualquier momento. El estudio se realiza de manera interna en los pacientes del Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico de Dermatitis Atópica, esperamos juntar alrededor de 100 pacientes.

Selección De Participantes

Para participar, necesitamos a las mamás de los niños y niñas de 6 a 17 años que cuenten con diagnóstico de Dermatitis Atópica y lleven atención por lo mismo en este Instituto. Dado que preguntaremos algunas cosas sobre

lactancia y otras cuestiones a evaluar sobre maternidad, no pueden participar papás, abuelos u otros cuidadores que no sean mamás.

Participación Voluntaria

Tu participación es voluntaria, es decir, sólo si tú decides y quieres hacerlo. El participar en esta investigación no afectará de ninguna forma el recibir tu atención médica regular dentro del INP, sin embargo, de decidir participar, nos ayudarás mucho para ayudarte a futuro a ti y a otros niños y niñas y sus madres a futuro.

Procedimientos y Protocolo

Tu participación consiste en responder algunas preguntas de un cuestionario, y que te revisen durante tu consulta para calificar el índice SCORAD, esto es para observar la gravedad de la dermatitis atópica, los demás cuestionarios, el cual es el cuestionario de apego del adulto (AAQ) y el listado de alteraciones de la conducta en niños (CBCL) los responderá tu mamá, pudiendo preguntarte algunos síntomas durante el mismo, para evaluar si hay síntomas en tu caso de ansiedad, depresión, problemas de atención, problemas emocionales que produzcan síntomas físicos, y problemas de conducta que ameriten que podamos identificar y ayudarte con los mismos. La entrevista tomará más o menos 60 minutos. En caso de identificarlos, te explicaremos al respecto y daremos el tratamiento y seguimiento necesario en el área de Salud Mental.

Beneficios

Como beneficio al ser evaluado por salud mental podremos detectar padecimientos que requieran atención para tu mamá y/o para ti, para brindar el tratamiento y seguimiento adecuado. Para la sociedad el beneficio es poder conocer la importancia del apego materno como un factor importante en la evolución y curso de una enfermedad como la dermatitis atópica, que tiene un curso crónico, y que puede impactar en la regulación del estrés y en su curso.

Incentivos

No hay ningún incentivo económico o de ningún otro tipo, únicamente en caso de detectar padecimientos de salud mental que requieran atención, se realizará su atención, referencia o seguimiento.

Confidencialidad

Los datos personales sólo los conocerán los investigadores o el personal de salud que se considere necesario en caso de requerir atención en salud mental, los datos serán guardados en confidencialidad y la publicación que se genere no incluirá el nombre de los participantes.

Entrega y divulgación de resultados

En el momento de la aplicación o posteriormente, serán canalizados para atención en el servicio de salud mental, recibiendo seguimiento de manera independiente al estudio. Los hallazgos de la investigación serán compartidos más ampliamente, como en congresos y publicaciones.

Derecho a negarse y/o retirarse

Esto es una reconfirmación de que la participación en el estudio es voluntaria. Los participantes pueden negarse a participar desde un inicio o bien retirarse en el momento que lo desee, manteniendo los derechos que actualmente tiene como paciente del Instituto y de la atención de sus médicos.

El investigador puede retirar al participante del estudio en caso de que no cumpla con los criterios ya mencionados para que se incluya como parte de la muestra del estudio.

A quién contactar

Puedes contactar al Dr. Víctor Saúl Ramos Tafoya y Dra. Diana Molina Valdespino, investigadores principales del estudio, en el teléfono 10840900 extensión 1844.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética e Investigación, cuya tarea es asegurarle que se protegerá de daños a los participantes en la investigación, en caso de tener dudas sobre tus derechos como participante del estudio contactar al Dr. Alberto Olaya, Presidente del Comité de Ética en Investigación, Teléfono 10840900 extensión 1581.

PARTE 2 Formulario de Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante:_____

Firma del participante:_____

Fecha:_____

[Si es analfabeto nombre y firma del testigo que sabe leer y escribir (si es posible esta persona debe ser seleccionada por el participante y no tener conexión con el equipo de investigación).

Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar también.]

Nombre de la madre:_____

Firma de la madre:_____

Fecha:_____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo 1:_____

Firma del testigo:_____

Dirección:_____

Relación con el participante:_____

Fecha:_____

Nombre del testigo 2:_____

Firma del testigo:_____

Dirección:_____

Relación con el participante:_____

Fecha:_____

Nombre del investigador o quien recoge el consentimiento informado:_____

Firma:_____

Fecha:_____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____(iniciales del investigador)

AVISO DE PRIVACIDAD

La doctora Diana Molina Valdespino con Cédula Profesional 916113, legalmente acreditado para brindar servicios de salud en población infantil y como trabajador adscrito al Instituto Nacional de Pediatría, con domicilio en Insurgentes Sur 3700c Colonia Insurgentes Cuicuilco, Código Postal 04530, Delegación Coyoacán en México D.F., es el responsable de recabar sus datos personales, el uso que se les dé a los mismos y su protección.

Sus datos personales serán utilizados con fines que deriven exclusivamente del proyecto de investigación **“Tipo de Apego en madres de Pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica y Relación con su Severidad”**, en el que usted voluntariamente aceptó participar. Para los fines antes mencionados podemos recabar sus datos personales de distintas formas: cuando usted nos los proporcione directamente o través de una llamada telefónica que usted nos realice.

Los datos que recabaremos de manera directa, serán entre otros:

- 1) Una ficha de identificación que incluirá el nombre completo de su hijo, fecha de nacimiento, sexo, CURP, domicilio, teléfono particular y o celular. Nombre y domicilio de la escuela, nombre de padres.
- 2) Historia Clínica completa.

Los datos que recabaremos de manera telefónica serán, sus dudas o aclaraciones sobre proyecto de investigación o cualquier otra duda que usted tenga sobre el estado de salud bucal de su hijo. Le informamos que para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y captados como datos personales sensibles, todos aquellos relacionados con antecedentes clínicos, hábitos generales, condiciones patológicas y condiciones sociales, principalmente, nos comprometemos a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de estar inexactos o incompletos. Podrá cancelarlos cuando:

- Considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente aviso de privacidad.
- A su juicio, estén siendo utilizados para finalidades no consentidas.
- Decida finalizar su participación en el proyecto.
- O bien, oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos.

En caso de cancelarlos usted deberá de manifestarlo por escrito y especificar el fin que desea para sus datos. Esta carta deberá de ser entregada personalmente al Dr. (a).Víctor

Saúl Ramos Tafoya del servicio de Salud Mental, del Instituto Nacional de Pediatría.

Sus datos personales serán almacenados en una base electrónica diseñada ex profeso para tal fin, y bajo resguardo del personal que labora en este proyecto por un lapso de 5 años. Nos comprometemos a no transferir su información a terceros sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como a realizar esta transferencia en los términos que fija la ley.

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, para la atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestro servicio.

Si Usted considera que su derecho de protección de datos ha sido lesionado por alguna conducta de nuestro personal o nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer queja o denuncia correspondiente ante el IFAI, para mayor información visite www.ifai.org.mx

De conformidad con lo que establece el artículo 9 de la Ley en cita, requerimos de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales sensibles, por lo que solicitamos que indique si acepta o no el tratamiento.

_____ **Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.**

NOMBRE

FIRMA

FECHA

Hoja 1 de 3

“CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 12 AÑOS”

Título del proyecto: “Tipo de Apego en madres de Pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica y Relación con su Severidad”

Investigador Principal: [Dra. Diana Molina Valdespino](#)



Los médicos del Instituto Nacional de Pediatría están haciendo una investigación que se llama: “Tipo de Apego en madres de Pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica y Relación con su Severidad”

Y por eso te invitamos para ver si quieres participar en el estudio. Todo esto ya lo hemos platicado con tus papás y están de acuerdo en que participes, ahora queremos preguntarte si tú estás de acuerdo en participar.

Esto nos ayudará a evaluar el tipo de apego que tienen las madres de niños con dermatitis atópica y si se relaciona a la gravedad de la enfermedad. Además buscaremos si hay problemas de salud mental en estos niños.



Tu participación no te costará nada ni a ti ni a tus papás. El Dr. encargado de este estudio se hará cargo de todos los gastos.

El Dr. se llama Víctor Saúl Ramos Tafoya...

.....



Para que decidas si participas o no, te queremos explicar, quienes pueden participar, todo lo que queremos hacer y en qué cosas tú puedes ayudarnos si decides participar.



Para participar, necesitamos a las mamás de los niños y niñas de 6 a 17 años que cuenten con diagnóstico de Dermatitis Atópica y lleven atención por lo mismo en este Instituto. Dado que preguntaremos algunas cosas sobre lactancia y otras cuestiones a evaluar sobre maternidad, no pueden participar papás, abuelos u otros cuidadores que no sean mamás.

Si decides participar lo que queremos que hagas es:

Acudir al servicio de Dermatología y Salud Mental, donde se te revisará en tu consulta de dermatología y preguntaremos cosas para revisar cómo va tu dermatitis, a la par aplicaremos cuestionarios a tu mamá y complementaremos con algunas preguntas.



Es muy probable que participar ayude a detectar padecimientos de Salud Mental en tu mamá y/o en ti, que requieran atención, los cuales atenderemos en caso necesario.

Tú puedes escoger con toda libertad si quieres participar o si no quieres. Si tienes dudas y no te puedes decidir puedes preguntarles a tus papás o a la persona que tú quieras para que te ayuden a decidir y si tienes cualquier duda o si alguna cosa no entiendes se la puedes preguntar a la Dra.

Diana Molina Valdespino, quien es el Investigador responsable de la investigación, para que te explique hasta que tú entiendas ya sea que lo veas o al teléfono 10840900 extensión 1844, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas, o bien puedes comunicarte con el Dr.

Hoja 3 de 3

Víctor Saúl Ramos Tafoya, a la misma extensión. Si tienes dudas o preguntas sobre tus derechos al participar en un estudio de investigación, puedes comunicarte con el Dr. Alberto Olaya, Presidente del Comité de Ética e Investigación, al teléfono 10840999 ext. 1581 de 08:00 am a 04:00 pm. Si decides participar y durante el estudio tienes alguna duda también puedes preguntarles a los doctores antes mencionados. Es importante que sepas que si en cualquier momento ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, nadie se enojará contigo y te podrán seguir atendiendo.



La información que se obtenga en el estudio es confidencial, por lo que no le diremos a nadie tus resultados, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y los médicos que te atienden.

Si aceptas participar por favor marca con una X en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, por favor marca con una X en el cuadrado de abajo que dice “No quiero participar” y escribe tu nombre.

Sí quiero participar

No quiero participar

Nombre y apellidos: Fecha:.....

Nombre, apellidos y firma del testigo 1:

.....

Dirección:**Fecha:**.....

Nombre, apellidos y firma del testigo 2:

.....

Dirección:**Fecha:**.....

Nombre, apellidos y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

.....**Fecha:**.....

CRONOGRAMA

Fase de la investigación	Abril- Mayo 2024	Junio- Julio 2024	Agosto- Septiembre 2024	Octubre- Noviembre 2024	Diciembre- Enero 2025	Febrero- Marzo 2025	Abril- Dic 2025
Antecedentes	x						
Planteamiento del problema	x						
Pregunta de investigación	x						
Hipótesis	x						
Metodología (Material y métodos)	x						
Sometimiento a los comités institucionales de revisión de proyectos		X					
Evaluación por el Grupo Académico				x			

Recolección de la información				X		x	
Análisis interino					X		
Análisis estadístico					X		
Análisis de resultados					X		
Publicación de la tesis					X		
publicación de un articulo						x	
Continuar línea de investigación							x

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Herrera-Sánchez DA, Segura Méndez NH, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales IJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. Revista Alergia México. 2019; 66(2):192–204. doi:10.29262/ram.v66i2.591
- Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. Protoc diagn ter pediatri. 2019; 2 (1):161-75.

3. Ali F, Vyas J, Finlay A. Counting the burden: Atopic dermatitis and health-related quality of life. *Acta Dermato Venereologica*. 2020; 100(12): 2-13. Doi: 10.2340/00015555-3511
4. Zeiser K, Hammel G, Kirchberger I, Traidl-Hoffmann C. Social and psychosocial effects on atopic eczema symptom severity – a scoping review of observational studies published from 1989 to 2019. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020; 35(4):835–43. doi:10.1111/jdv.16950
5. Steinhoff M, Ahmad F, Pandey A, Datsi A, AlHamadi A, Al-Khawaga S, et al. Neuroimmune communication regulating pruritus in atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2022; 149(6):1875–98. doi:10.1016/j.jaci.2022.03.010
6. Jamerson TA, Li Q, Sreeskandarajan S, Budunova IV, He Z, Kang J, et al. Roles played by stress-induced pathways in driving ethnic heterogeneity for inflammatory skin diseases. *Frontiers in Immunology*. 2022; 13-21. doi:10.3389/fimmu.2022.845655
7. Sierra Téllez D. Relación entre Severidad de la Dermatitis Atópica, Ansiedad y Estrés oxidativo en una muestra de población pediátrica. [Tesis para obtener para obtener el Diploma del Curso Avanzado en Problemas Diagnósticos y Terapéuticos en Enfermedades Cutáneas Pediátricas]. México: Instituto Nacional de Pediatría; 2015. Recuperado de: http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/117/1/tesis2015_48.pdf
8. Lönndahl L, Abdelhadi S, Holst M, Lonne-Rahm S-B, Nordlind K, Johansson B. Psychological stress and atopic dermatitis: A focus group study. *Annals of Dermatology*. 2023; 35(5):342-347. Doi: 10.5021/ad.22.035

9. Johansson EK. Psychiatric conditions in children with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2021; 185(1):8–9. doi:10.1111/bjd.20394
10. Kage P, Simon J, Treudler R. Atopic dermatitis and psychosocial comorbidities. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2020; 18(2):93–102. doi:10.1111/ddg.14029
11. Muskens JB, Velders FP, Staal WG. Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2017; 26(9):1093–103. Doi: 10.1007/s00787-017-1020-0
13. Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*. 2019; 25:152–6. doi:10.1016/j.copsyc.2018.06.008
14. Darling Rasmussen P, Ribeiro JP, Storebø OJ. Mothers of children diagnosed with ADHD: A descriptive study of maternal experience during the first three years of treatment. *Pediatric Reports*. 2021; 13(3):450–62. doi: 10.3390/pediatric13030052
15. Rasmussen PD, Storebø OJ, Shmueli-Goetz Y, Bojesen AB, Simonsen E, Bilenberg N. Childhood ADHD and treatment outcome: The role of maternal functioning. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2018; 12(1): 12-13. doi: 10.1186/s13034-018-0234-3
16. Dekkers TJ, Hornstra R, van den Hoofdakker BJ, de Jong SR, Schaaf JV, Bosmans G, et al. Attachment representations in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Brain Sciences*. 2021; 11(11):1516-1526. doi:10.3390/brainsci11111516
17. Gau SS-F, Chang JP-C. Maternal parenting styles and mother–child relationship among adolescents with and without persistent attention-

deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*. 2013; 34(5):1581–94. doi:10.1016/j.ridd.2013.02.002

18. Angelhoff C, Blomqvist YT, Sahlén Helmer C, Olsson E, Shorey S, Frostell A, et al. Effect of skin-to-skin contact on parents' sleep quality, mood, parent-infant interaction and cortisol concentrations in Neonatal Care Units: Study Protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018; 8(7): 2-18. doi:10.1136/bmjopen-2018-021606

19. Konowalek Ł, Wolańczyk T. Attachment and executive functions in ADHD symptomatology— independent inputs or an interaction? *Brain Sciences*. 2020; 10(11):765- 782. doi:10.3390/brainsci10110765

20. Kissgen R, Franke S, Susewind M, Krischer M. Attachment representation and emotion recognition ability in children with ADHD and their parents: A study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(5):2277-2884. doi:10.3390/ijerph18052277

21. Deneault A-A, Duschinsky R, van IJzendoorn MH, Roisman GI, Ly A, Fearon RMP, et al. Does child-mother attachment predict and mediate language and cognitive outcomes? A series of Meta-analyses. *Developmental Review*. 2023; 70:101093. doi:10.1016/j.dr.2023.101093

22. Tang Y, Li S, Ma L, Zheng Y, Li Y. The effects of mother-father relationships on children's social-emotional competence: The chain mediating model of parental emotional expression and parent-child attachment. *Children and Youth Services Review*. 2023; 155:107227. doi:10.1016/j.childyouth.2023.107227

23. Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother& child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attachment & Human Development*. 2007; 9(1):33– 53. doi: 10.1080/14616730601151441

24. Lim J, Miller BD, Wood BL. An application of the Biobehavioral Family Model: Examining the impact of maternal depression on child asthma mediated by insecure attachment and Child depression. *Family Process*. 2022; 61(4):1610–28. doi:10.1111/famp.12755
25. Costa-Cordela S, Luyten P, Giraudo F, Shmueli-Goetz Y, Fonagy P. Apego y Estrés en niños con diabetes Tipo 1 y Sus Madres. *Revista Chilena de Pediatría*. 2020; 91(1):68-79. doi:10.32641/rchped.v91i1.1197
26. Bertino L et al. Oxidative stress and atopic dermatitis. *Antioxidants*. 2020; 9 (196): 1-15. doi:10.3390/antiox9030196
27. Leeuwen W van et al. Attachment insecurity modulates neural responses to psychological distress in OCD and healthy individuals. *Journal of Affective Disorders*; 377: 157-167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.055>
28. Jaremka M et al. Attachment Anxiety Is Linked to Alterations in Cortisol Production and Cellular Immunity. *Psychological Science*; 24(3): 272-279. doi:10.1177/0956797612452571

