

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"TIPOS DE APEGO EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN LA CIUDAD DE
GUATEMALA."**

TESIS DE GRADO

CRISTIAN EDUARDO RAMIREZ TOLEDO

CARNET 12755-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"TIPOS DE APEGO EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN LA CIUDAD DE
GUATEMALA."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

CRISTIAN EDUARDO RAMIREZ TOLEDO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA:	MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO:	MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA:	MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA:	MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. SILVIA LISSETTE MOINO CARDENAS

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. CESAR WENCESLAO LOPEZ GOMEZ

LICDA. SILVIA MOINO, M. ED.
CLÍNICA PSICOANALÍTICA
smoino@me.com

Guatemala, 8 de diciembre de 2014

Señores
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Presente.

Estimados señores:

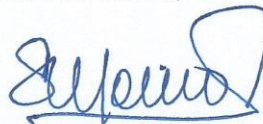
Por medio de la presente les informo que he asesorado el trabajo de tesis del estudiante **Cristian Eduardo Ramírez Toledo**, quien se identifica con el carne número **12755-09**, de la Licenciatura en Psicología Clínica.

La investigación se titula "**Tipos de apego en niños de 1 a 5 años hospitalizados en la ciudad de Guatemala**". Después de revisar el trabajo del estudiante Ramírez Toledo, considero que llena los requisitos que la Universidad y el Departamento requieren para este tipo de investigación.

Por lo que presento el trabajo a su consideración para que continúe el proceso de evaluación y aprobación.

Sin otro particular

Atentamente,



Silvia Moino, M. Ed.
Código 4489



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05672-2015

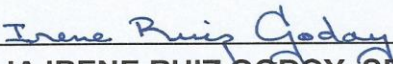
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante CRISTIAN EDUARDO RAMIREZ TOLEDO, Carnet 12755-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 055-2015 de fecha 9 de enero de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"TIPOS DE APEGO EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGO CLÍNICO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 12 días del mes de enero del año 2015.



MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
	1.1 Apego	9
	1.2 La hospitalización en la infancia	13
	1.3 Hospitalización y Apego	17
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
	2.1 Objetivos	20
	2.1.1 General	20
	2.1.2 Específicos	20
	2.2 Elemento de Estudio	21
	2.3 Definición de Elemento de estudio	22
	2.3.1 Conceptual	22
	2.3.2 Operacional	24
	2.4 Alcances y límites	25
	2.5 Aportes	25

III.	MÉTODO	27
	3.1 Sujetos	27
	3.2 Instrumento	27
	3.4 Procedimiento	30
	3.5 Diseño	32
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
	4.1 Matrices	33
	4.2 Mapas Conceptuales	60
	4.3 Análisis de resultados	63
V.	DISCUSIÓN	68
VI.	CONCLUSIONES	75
VII.	RECOMENDACIONES	77
VIII.	REFERENCIAS	79
	ANEXO	84
	(ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA PADRES)	84
	PROGRAMA	89

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir los tipos de apego que presentan niños de 1 a 5 años hospitalizados en una institución privada de la ciudad de Guatemala. Para llevar a cabo el estudio, se trabajó con los padres de 8 niños hospitalizados por afecciones médicas crónicas, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 22 y los 31 años, residentes de la ciudad de Guatemala. Se realizó una investigación de tipo cualitativo, a través de la determinación de casos típicos. Como instrumento se elaboró un modelo de entrevista semi-estructurada con base en los indicadores: suplementación de cuidados principales, vocalización, contacto físico y reforzamiento afectivo.

Los hallazgos evidenciaron que los 4 indicadores anteriormente mencionados se presentaron en la relación padre-hijo de los sujetos entrevistados; sin embargo factores como la constancia, emocionalidad y actitud de los padres hacia los hijos fueron determinantes para el tipo de apego desarrollado. También se observó que las conductas y actitudes del padre y del niño fueron fundamentales no solo para el desarrollo y manifestación de los indicadores propuestos, sino para las manifestaciones relacionadas con el reforzamiento afectivo, necesario para fortalecer el apego seguro. En conclusión de los 8 sujetos de estudio, 5 demostraron una formación de apego de tipo seguro, 2 una formación de apego ansioso ambivalente y 1 sujeto demostró un apego ansioso evitativo

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de abordar el apego en niños hospitalizados radica en estudiar tanto comportamientos, como creencias y pensamientos, sean estos adaptativos o desadaptativos, relacionados con el apego desarrollado con el cuidador primario y qué significado tiene para la recuperación de los niños hospitalizados.

Según la Organización Mundial de la Salud (s/f), en la mayor parte de los casos de padres que acuden a hospitales y centros de salud para el tratamiento de sus hijos, los niños no reciben una evaluación o tratamiento adecuado, y los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. Limitantes como los suministros y equipo, junto con el ritmo irregular del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que los médicos de este nivel de atención puedan aplicar procedimientos totalmente adecuados. Debido a esto, se toma como temas de interés las actitudes y creencias en relación a la hospitalización, así como la importancia del apego en éste proceso.

El apego es un lazo importante para el desarrollo intrapersonal e interpersonal para cada sujeto. Este lazo comienza desde las primeras interacciones de los infantes, por lo que gran parte de la información sobre el apego desarrollado es desconocida por los sujetos, puesto que no tienen memoria sobre ésta. A lo largo del tiempo se han distinguido diferentes tipos de apego desarrollados en relación a la interacción con la figura cuidadora primaria. Según Ainsworth

(1978), los principales estilos de apego son: seguro, ansioso evitativo, ansioso resistente o ambivalente y desorganizado o desorientado.

La definición del tipo de apego depende de la interacción entre el cuidador y el niño, interacción mediada en su mayoría por el cuidador. El desarrollo de un apego inadecuado (no seguro) es causante de diferentes problemas a nivel psicológico, social e incluso físico. En ocasiones estas situaciones influenciadas por otros factores (externos o internos) puede intensificar los problemas, convirtiéndose así en patologías de diferentes índoles. En otros casos, la formación de un apego seguro significa una alianza adecuada en la díada cuidador-niño, lo cual significaría apoyo tanto emocional como instrumental, para el niño al enfrentar diferentes problemas.

Durante las últimas décadas el trabajo de ambos padres para brindar un mayor bienestar económico al hogar se ha popularizado, así como la crianza de madres solteras que trabajan. Estos factores pueden ser importantes cuando los padres o cuidadores no establecen tiempo para la creación adecuada de un lazo de apego con sus hijos. Éste, junto con otros factores biopsicosociales, ha sido de interés especial para muchos investigadores en relación al aumento de problemas de carácter psicológico y una mayor prevalencia de conductas desadaptativas en la sociedad.

Para contextualizar de manera amplia este problema, a continuación se presenta algunos estudios que se han realizado en Guatemala.

Respecto de la formación de apego, Girón (2013) tuvo como objetivo analizar cómo es el apego que se forma entre la madre y su hijo de 0 a 3 años que presenta Síndrome de Down y asiste a la Fundación Margarita Tejada. Para llevar a cabo el estudio trabajó con ocho mujeres: madres entre 19 y 48 años de edad, residentes en el departamento de Guatemala. Esta investigación se realizó de tipo cualitativo, se trabajó a través de estudio de casos. Se elaboró una entrevista semiestructurada, diseñada para madres de hijos con Síndrome de Down. Con base al análisis, se concluyó que las madres del estudio realizan diversas conductas de manera natural que facilitan la formación del apego con sus hijos. Por otra parte, fue evidente que estas madres experimentan periodos de ansiedad, angustia y miedo, al separarse de sus hijos, así como frente a las enfermedades que padecen o podrían padecer. Cabe mencionar que estas últimas situaciones marcan una diferencia en el proceso de vinculación saludable madre-hijo.

De la misma manera, Fernández (2011) realizó una investigación que tuvo como objetivo describir los patrones de apego que desarrollan los niños y niñas de 0 a 18 meses de edad, víctimas de abuso físico y sexual, abandono y negligencia, que se encuentran institucionalizados. El diseño seleccionado para esta investigación fue de tipo descriptivo. Se trabajó con una muestra conformada por niños y niñas de 0 a 18 meses de edad que han sido víctimas de maltrato y negligencia, que viven institucionalizados en tres instituciones distintas, en las cuales se observó un total de 45 niños y niñas. La técnica muestral que se utilizó fue muestreo por cuotas, también denominado en ocasiones “accidental”. El instrumento utilizado fue la Escala Massie-Campbell de Observación de Apego Durante Eventos Estresantes o Escala de Apego Durante Stress (ADS), elaborado por Henry Massie y Key Campbell en 1978. El análisis de los resultados demostró que

los niños muestran conductas contradictorias ante la separación como indiferencia, buscan el acercamiento y luego lo rechazan.

Por su parte, Luna (2005) llevó a cabo una investigación en la que analizó las relaciones parentales para determinar el tipo de apego y cómo se manifiesta en la manera de percibir y manejar las relaciones interpersonales en el paciente diagnosticado con trastorno de personalidad pasivo-agresivo. El enfoque de investigación seleccionado fue el cualitativo. Se trabajó con una muestra de 1 sujeto de género masculino, comprendido en la edad de 35 años, profesional universitario abogado y notario, casado, padre de familia. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista clínica, el Test Escala de Habilidades Sociales EHS y la Prueba Proyectiva de la Figura Humana de Machover para adultos. Los resultados demostraron que el sujeto de estudio manifiesta procesos cognitivos que lo han llevado a manejar de forma disfuncional sus relaciones interpersonales. Así mismo, maneja sus emociones de forma limitada y las reprime. Muestra variables en su personalidad que lo han llevado a desarrollar un trastorno de personalidad.

En 2004, Maza realizó un estudio con niños diagnosticados con cáncer, con la finalidad de determinar consecuencias psicológicas derivadas de la hospitalización, entre las cuales mencionó: ansiedad, depresión, regresión y relaciones familiares disfuncionales. Para su estudio realizó una muestra conformada por 5 niños de 7 a 12 años, en tratamiento en el Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala, de ambos sexos y sus respectivos padres. Encontró que en todos los casos estudiados se evidenciaron cambios emocionales significativos posteriores al tratamiento médico y la hospitalización, por lo cual señala la importancia del apoyo psicológico y afectivo

para los niños hospitalizados, con la finalidad de prevenir la continuación de los cambios negativos a nivel psicológico.

Chúa (2007), a través de una investigación en el Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala, mencionó que la hospitalización en un niño, por cualquier motivo, representa un evento traumático para él y la familia. Los niños hospitalizados requieren mayores muestras de cariño y cuidados por parte de sus padres o familiares cercanos, debido a que experimentan angustia, miedo y ansiedad al haber sido extraídos del ambiente natural y colocados en otro extraño, nuevo, en la mayoría de las veces hostil; demostrando que la presencia de los padres y/o familiares en las áreas de hospitalización pediátrica, producen una mejoría notable en la recuperación de la salud infantil y favorece los aspectos psicológicos, nutricionales, sociales y físicos, al mismo tiempo que proporciona la disminución de los días de estancia y de los costos hospitalarios.

Ruano (2001) en su artículo publicado en la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín, pretendió orientar sobre las reacciones emocionales normales de los pacientes pediátricos con cáncer y sus familias, las complicaciones que podrían esperarse y cuales intervenciones son recomendadas de acuerdo a la idiosincrasia de las personas que consultan la Unidad de Oncología Pediátrica de Guatemala. A la vez, sugiere que dichas reacciones emocionales, pueden agudizarse debido a la falta de tratamiento psicológico. Los temas tratados en su artículo son las reacciones psicológicas ante el cáncer, el diagnóstico e inicio de tratamiento, las recaídas y complicaciones, enfermedad, duelo y las complicaciones psicosociales. Concluye el artículo en la necesidad de un abordaje multidisciplinario para el tratamiento de niños con cáncer,

así como su familia con la finalidad de cubrir todas las necesidades que involucra el restablecimiento del niño.

También en otros países se ha realizado investigaciones en relación al apego o la hospitalización de niños, desde una perspectiva psicológica. A continuación se describen algunos de ellos con la finalidad de ampliar la perspectiva en este tema.

Barrio (1998), al describir la evaluación psicológica en niños hospitalizados, de la revista *Psicología de la Salud*, habló sobre la reacción psicológica del niño ante la hospitalización, la cual supone un cumulo de problemas y riesgos, un importante número son de tipo social y psicológico y se alcanza una gran relevancia y significación en el caso particular de la hospitalización infantil. Las alteraciones en el estado emocional y conductual de los niños son muy frecuentes como consecuencias de la hospitalización. Estas alteraciones psicológicas producidas y desencadenadas por la hospitalización no han recibido la atención necesaria de modo que pueda controlarse las variables intervinientes en dichos factores. La aparición de cualquier enfermedad en un niño genera un conflicto, constituyendo una nueva fuente de tensiones y conflictos debidos a la hospitalización, los cuales se suman a los existentes debidos a la enfermedad.

Aguilera (2007), realizó una investigación en la cual plantea la relación entre el nivel de ansiedad y la hospitalización en una población mexicana que comprendía niños entre 7 y 11 años admitidos en diferentes unidades hospitalarias del sector público de México. Encontró que existe ansiedad como respuesta emocional ante el evento de la hospitalización, por lo tanto es necesario intervenir para prevenir, identificar y tratar la ansiedad en el niño en las diferentes etapas del

crecimiento y desarrollo a través de programas de educación para la salud y posteriores a la hospitalización.

Santelices, Guzmán y Garrindo (2011) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar la existencia de diferencias en los estilos de apego, en función de la presencia o ausencia de sintomatología ansioso-depresiva en una muestra de adultos chilenos. Para ello se evaluó un total de 366 participantes mediante el CaMir (Pierrehumbert et al., 1996), que mide el apego adulto y el OQ 54.2 (Lambert et al., 1996), que evalúa sintomatología ansioso-depresiva. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre ambos grupos, de tal modo que la sintomatología ansioso-depresiva se asocia a estilos de apego inseguros.

Por su parte, Lecannelier (2009), en un estudio realizado en Chile, tuvo como objetivo evaluar la efectividad de dos intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego madre-bebé. Para esto utilizó 55 díadas madre-bebé provenientes de dos consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana fueron asignadas a dos grupos de tratamientos para el fomento del apego: Taller de Apego (n=16) y Taller de Masaje (n=22) y un grupo de control (n=17). Las díadas de todas las intervenciones fueron evaluadas en sus domicilios en tres momentos diferentes (pre-post y seguimiento 3 meses después). Las medidas utilizadas fueron una Escala de observación del apego (Escala de Apego durante Stress) y la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo (EPDS). Se analizaron las comparaciones de los tres grupos en las medidas de calidad del apego y depresión. Mientras que en el grupo control la tasa de apegos seguros se mantiene invariable, en el grupo experimental que considera el Taller de Apego y de Masaje esta tasa aumenta significativamente desde la fase pre hasta la post, e incluso en la fase de seguimiento (Q=7.412;

p=0.025). Más aún, el tratamiento de Taller de Apego evidencia diferencias significativas en la disminución de la depresión entre las fases pre-post y seguimiento (Chi cuadrado = 6,079; p=0,04931) a diferencia de los otros dos grupos en los cuales las diferencias no son significativas. El estudio confirma, con una muestra chilena que la implementación de estrategias de intervención breves, manualizadas y destinadas al fomento de habilidades específicas pueden ser efectivas en el mejoramiento de determinados aspectos de la salud y calidad de vida de los niños, durante los primeros años de vida.

Por otra parte, en 2014, Martínez, Fuertes, Orgaz, Vicario y González enfocaron su trabajo en dos objetivos en su investigación: a) conocer la asociación entre la vinculación afectiva con los padres en la infancia y la calidad percibida de las relaciones de pareja en la juventud; b) analizar el posible efecto mediador, en esa asociación, de la experiencia de apego adulto experimentado en la relación de pareja. A través de un cuestionario on-line, se evaluaron, en los dos miembros de la relación, la calidad de las relaciones con el padre y la madre en la infancia, el apego con la pareja actual (Ansiedad-Evitación), y la calidad percibida de la propia relación. Los resultados mostraron asociaciones significativamente positivas entre la vinculación afectiva en la infancia y la calidad de la relación, comprobándose además el efecto mediador del apego actual. Por último, se encontraron asociaciones negativas entre la ansiedad y evitación de cada miembro de la pareja y su propia experiencia relacional, y en algún caso, con la experiencia relacional del otro.

En resumen, cabe mencionar la importancia que las diferentes investigaciones presentadas anteriormente dan al apego como lazo trascendental en la formación psicosocial de las personas y en el mantenimiento de su salud mental. Desde esta perspectiva se puede señalar que la ausencia

de un lazo de apego seguro se relaciona directa o indirectamente con problemas psicológicos, así como estrategias poco eficientes para afrontar diferentes problemas o traumas relacionados a la estructura psicológica y emocional de un individuo. Dichas estrategias poco eficientes pueden tener un papel importante para el individuo mientras afronta problemas de diferente índole, siendo uno de ellos la hospitalización, pues al no contar con un lazo afectivo adecuado, el paciente puede encontrar mayor dificultad para percibirse apoyado, generando un mayor malestar emocional, cognitivo o incluso físico. Desde esta perspectiva se comprende la importancia del estudio del apego en el caso de niños hospitalizados.

Para esta investigación se requiere la delimitación de los conceptos que presentan relevancia para el objeto de estudio. Desde el punto de vista psicológico es importante conocer a fondo las implicaciones psicológicas que representa la hospitalización en niños de edades tempranas, así como el papel que la enfermedad juega en su desarrollo a nivel global. De la misma manera se define el apego, tomando en cuenta los diferentes tipos de apego, estilos de crianza relacionados al apego, consecuencias del apego, entre otros datos de interés que complementen la idea general del apego.

1.1 Apego

Bowlby investigó una diversidad amplia de campos relacionados a la psicología, entre los cuales se encuentra la biología evolutiva, la teoría de relaciones objetales, misma perteneciente al psicoanálisis, entre otras. A partir de estos estudios y documentos anteriores, Bowlby publicó un

estudio sobre sus teorías relacionadas al apego en el año 1958, dicha publicación se realizó en tres volúmenes: Apego, Separación y Pérdida (1969-82).

Bowlby (1998), define al apego como el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. El presupuesto fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego describe la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Este planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie.

El niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que deben quedar satisfechas (en especial la necesidad de recibir alimentos y calor). El hecho de que el bebé acabe por interesarse y apegarse a una figura humana (en especial, la madre) a que ésta satisface sus necesidades fisiológicas y que el pequeño aprende, en un momento dado, que nomina “teoría del impulso secundario”, expresión que proviene de la teoría del aprendizaje. También se la ha denominado “Teoría del amor interesado” de las relaciones objetales. Durante los primeros meses de vida, el bebé comienza a desarrollar un lazo de apego con el adulto con quien tiene convivencia constante, del cual recibe

diferentes tipos de estímulos, esto se defiende durante aproximadamente 6 meses. Al comenzar el bebé a explorar el mundo, necesita de figuras protectoras como una base segura para explorar y regresar, la reacción del cuidador primario ante tales necesidades lleva al desarrollo de un patrón de apego, el que tiene como consecuencia percepciones internas de trabajo para el niño, conllevando su percepción propia, emociones, pensamientos y expectativas en relaciones posteriores, es desde esta perspectiva que investigadores posteriores, como Horney, citada por Polaino-Larente, Cabanyes y del Pozo (2003), utilizan el apego como base de la personalidad y de estrategias de afrontamiento.

Según Bowlby (1998), en los bebés existe la predisposición innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo oralmente. También en un momento dado, el bebé aprende que el pecho pertenece a la madre, lo que hace que se apegue a ella, además, en los bebés existe una propensión innata a entrar en contacto con otros seres humanos y aferrarse a ellos. En este sentido, existe una necesidad de un objeto independientemente de la comida, necesidad que, sin embargo, posee un carácter tan primario como la del alimento y el calor.

Continúa mencionando que el vínculo que une al niño y a la madre es producto de la actividad de una serie de conductas, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre. Dado que, en el bebé humano, la ontogénesis de este proceso es sumamente lenta y compleja y que el índice de desarrollo humano varía de un niño a otro, no es posible elaborar una teoría sencilla sobre los procesos que tienen lugar durante el primer año de vida.

Por su parte, con las investigaciones realizadas por Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), se definen diferentes tipos de apego diferenciados en la relación entre madre (o cuidador primario) e hijo, diferenciando entre los siguientes:

A) Apego Seguro

El apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.

B) Apego Ansioso

El apego ansioso se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. Puede ser de dos tipos:

- **Apego ambivalente:** Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

- **Apego evitativo:** El apego evitativo se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono.

C) Apego Desorganizado Desorientado

El cuidador ante las señales del niño tiene respuestas desproporcionadas y/o inadecuadas, incluso en su desesperación, al no poder calmar al niño. El cuidador entra en procesos de disociación. Esta conducta del adulto desorienta al niño y no le da seguridad y le genera ansiedad adicional.

1.2 La hospitalización en la Infancia

La hospitalización, en la mayoría de las percepciones humanas, es concebida como un evento indeseado y que representa peligros, los cuales se manifiestan de manera naturalmente más intensa en niños que en adultos. Oliver (1996), describe la hospitalización de un niño como la intervención debida a estado físico de repentino comienzo que amenaza su vida o debido a una cirugía planificada, también puede tener que ingresar por un accidente que requiere tratamiento inmediato. A menudo, la permanencia en el hospital de los pacientes pediátricos es breve, aunque algunos niños o adolescentes con enfermedades crónicas o terminales permanecen varias semanas o meses en el hospital.

En general, las reacciones del paciente pediátrico su familia, varían dependiendo de una serie de factores: Tipo de enfermedad, gravedad, tipo de intervención, fase de la enfermedad, factores premórbidos y secuelas del tratamiento. A continuación se exponen las reacciones que se esperan en los pacientes y sus familias, de acuerdo a las fases de la enfermedad y el tratamiento, según los distintos autores que han tratado el tema.

1.2.1. Respuestas a la hospitalización

Lansky, List, Ritter-Sterr y Hart (1991) narra la hospitalización en los niños como un cambio totalmente abrupto, para los pacientes más pequeños, su mayor preocupación girará en torno a las hospitalizaciones, separación de los padres y miedos a los procedimientos médicos. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Algunas veces, los niños perciben la hospitalización y tratamiento como un castigo y el hecho de que sus padres lo permitan, provoca una gran confusión. Por esto, es necesario asegurarles que no serán abandonados y que las intervenciones médicas no son un castigo. La carga emocional de la enfermedad y las hospitalizaciones, provocan regresión en los niños/as y pueden perder habilidades ya adquiridas (como control de esfínteres, regresar a utilizar un lenguaje de etapas anteriores).

En 2001, Durán menciona como respuesta a los cambios que la hospitalización representa, el hecho de que el niño presente síntomas ansiosos que interfieren en forma negativa no sólo en el comportamiento durante la estancia hospitalaria sino también en el comportamiento tras el alta médica. El niño hospitalizado puede presentar dolor, desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social.

En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena, citado por Durán, indica que observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%. Estos resultados sugieren que contrario a lo que podría esperarse debido a fenómenos de habituación, la afectación emocional de los niños como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga. El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar u otra persona.

En las expresiones del niño generalmente se evidencia ante la separación de la familia y del entorno natural al cual está acostumbrado. Existen numerosas observaciones sobre trastornos emocionales que se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con sus seres queridos. Entre ellos se destaca llanto prolongado, retraimiento, depresión, estrés y sentimientos de soledad, abandono o culpa. Estas alteraciones en el estado anímico del niño, pueden conducir a su vez a un agravamiento de su enfermedad física, obstaculizando gravemente el proceso de recuperación de la salud.

También se ha encontrado que el niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una hospitalización adecuada, si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor, al ser acompañado por uno o varios familiares (generalmente figura de apego primaria), de manera permanente durante la estancia, se fomenta una relación de apego más

estrecha, la cual influiría en la evolución del cuadro de enfermedad. Si el niño entiende la hospitalización, tiene mejor disponibilidad para el tratamiento.

Sin embargo Spinetta (1975) concibe la disfunción psicológica en los niños/as con enfermedades crónicas, como una crisis que ocurre en el transcurso del desarrollo normal y no como una psicopatología en sí.

Las categorías psiquiátricas convencionales no funcionan del todo en estos casos, ya que, conductas que se considerarían sintomáticas en un niño/a sano/a, resultan adaptativas en el niño/a con cáncer. La negación, es usualmente adaptativo en el paciente con enfermedades crónicas (Bayés 1991).

1.2.2 Estrategias de apoyo

Geist (1996), comenta que la naturaleza de la hospitalización puede significar un suceso traumático para el niño, dejando secuelas que perduren por tiempo indefinido, por ello describe herramientas para evitar este tipo de consecuencias, entre las cuales menciona:

- Reducir la vulnerabilidad del niño y los padres al estrés y hospitalización.
- Potenciar la habilidad del niño y los padres para afrontar la ansiedad.
- Desarrollar o mantener el sentimiento de competencia que facilita el afrontamiento eficaz en padres e hijo.
- Promover la participación de los padres en el apoyo del niño.

- Tener en cuenta la individualidad del niño en relación al nivel de funcionamiento cognitivo.

1.3 Hospitalización y apego

López y Álvarez (1995) señalan la edad de 4 meses a los 6 años como la etapa en la cual los pacientes son más susceptible de presentar alteraciones emocionales como consecuencia de la hospitalización. Antes de los cuatro meses, los lactantes no muestran ni tan siquiera señales de inquietud, aceptando muy bien los cuidados dispensados por personas extrañas. Entre los 4 meses y los 6 años, tanto el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido, adquieren una muy desfavorable resonancia para el desarrollo psíquico del niño. Cuando los niños de estas edades son acompañados por sus madres o figura de apego primaria en el ingreso, este trauma es mucho mejor tolerado. La presencia materna infunde tranquilidad, y no así sus gestos o sus palabras. Los niños tienen entonces la confianza de que su madre disipará totalmente los elementos de amenaza existentes en un ambiente desconocido

Es importante que el niño disponga de varias figuras de apego para poder compensar ausencias temporales de algunas de ellas. También puede ayudar a calmarle y a sentirse seguro disponer de objetos con los que esté familiarizado.

Campo (1999), dice que la hospitalización de un niño o una niña trae consigo fuertes cambios en la situación de su familia. Cuando un niño va a tener la experiencia de una enfermedad o de

estar hospitalizado es muy importante la preparación y participación de las figuras de apego por las siguientes razones:

- Cuando el niño es muy pequeño su madre/padre es su principal fuente de confianza y seguridad y más en los momentos de gran vulnerabilidad como los que se producen en la hospitalización.
- Se ha comprobado que si la madre/padre tiene influencias positivas en las reacciones del hijo, puede resultar beneficioso que forme parte del equipo que cuida al niño.
- En la angustia de separación los padres deben estar en todas las experiencias estresantes para el niño como curas y estar el máximo tiempo posible para lo que ahora existe la liberación de horarios de visita (24 horas).

En resumen, se puede mencionar la importancia de carácter fundamental del apego para el desarrollo a nivel integral de las personas. Tanto Bowlby como Ainsworth y otros autores describen la dinámica de la formación del apego, las diferentes reacciones que acciones por parte del cuidador primario pueden generar en la formación de este y de esta manera, en la vida del sujeto. En la definición de los diferentes tipos de apego, Ainsworth señala las características principales de cada tipo de apego existente. Desde este punto, otros investigadores como López y Álvarez (1995) señalan la importancia de la figura de apego para los niños de poca edad. Como señala Lansky et. al. en 1991, al no realizarse un procedimiento adecuado, los niños pueden presentar síntomas psicológicos negativos, que pueden afectar incluso la evolución física que tenga. Por esta razón, autores como Geist (1996) describen actitudes deseadas para ayudar al mejoramiento del niño. Estos, junto a otros aspectos son postulados por Bowlby, al señalar la importancia de la afectividad y el apego para un desarrollo humano integral.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El apego es un lazo importante para el desarrollo intrapersonal e interpersonal para cada sujeto. Es a través de este lazo desarrollado con los cuidadores principales, generalmente con los padres, que la persona aprende principios importantes para su desarrollo social y trato con otros, al mismo tiempo que conoce sus propios límites. Kobak, López, López y Ortiz (1998, 1999) postularon la importancia como una función adaptativa y de supervivencia a nivel filogenético que el apego tiene, mientras que a nivel ontogenético, las funciones del apego tienen que ver con el sentimiento de seguridad emocional y protección, la regulación emocional y el ajuste psicológico general. Al desarrollarse un apego seguro en un niño, este tiene estabilidad emocional, así como un nivel adecuado de autoestima y seguridad, lo cual refuerza sus capacidades y destrezas. Este lazo es fundamental para el estilo de afrontamiento de diferentes problemas, pues siendo un componente de seguridad emocional y física, se relaciona a las diferentes áreas del funcionamiento de la persona. La ausencia de un apego seguro durante la infancia puede causar en el sujeto sentimientos de desvalorización personal, así como ambivalencia en las relaciones interpersonales o conductas desadaptativas en relación a la percepción de sí mismo(a) desarrollada, creando desesperanza en relación a la presencia de problemas críticos para el bienestar humano, como la hospitalización.

Según Siegel y Hartzell (2005), la personalidad y los tipos de afrontamiento a los problemas, son resultado de la negociación entre las cualidades temperamentales o innatas del niño (sensibilidad, sociabilidad, cambios de humor, etc.) y las experiencias que el niño en desarrollo afronta tanto en el seno de su familia como con sus compañeros. Desde este punto de vista, se ha

comprobado que la formación de diferentes estilos de apego, junto con otros factores, puede ser decisiva para la formación de diferentes problemas de carácter psicológico a partir de la niñez y que pueden afectar la percepción de diferentes situaciones.

La forma en la que un niño y su familia afrontan la hospitalización, tanto de manera interna como externa, puede encontrarse influenciada por el tipo de apego relacionado con el niño, por sus percepciones de autovalía, nivel de autoestima y herramientas de afrontamiento a problemas. Es por esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el apego que presentan niños de 1 a 5 años hospitalizados en la ciudad de Guatemala?

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Describir los tipos apego en niños de 1 a 5 años hospitalizados en una institución privada de la ciudad de Guatemala.

2.1.2 Específicos

- Recopilar información sobre la suplementación de cuidados principales existente entre cuidador primario-hijo de niños hospitalizados con relación a los tipos de apego.

- Obtener información en relación a la vocalización hacia los niños hospitalizados entre cuidador primario-hijo con respecto a los tipos de apego.
- Recabar datos sobre el contacto físico en la díada cuidador primario-hijo en relación a los tipos de apego de niños hospitalizados.
- Indagar en la demostración de afectividad en la díada cuidador primario-hijo en la edad temprana de niños hospitalizados en relación a los tipos de apego.
- Utilizar los datos obtenidos para la creación de un programa que brinde herramientas de afrontamiento a situaciones estresantes con respecto a la hospitalización, para niños y para sus padres o cuidadores primarios.

2.2 Elemento de estudio

Tipos de Apego.

- Apego Seguro
- Apego ansioso ambivalente
- Apego ansioso evitativo
- Apego Desorganizado Desorientado

Indicadores

- Suplementación de cuidados principales.
- Vocalización.
- Contacto físico.
- Reforzamiento afectivo.

2.3 Definición de Elemento de Estudio

2.3.1 Conceptual

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. El estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente (Bowlby, 1998). Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) definen que en relación al comportamiento de los cuidadores primarios, el niño desarrollará uno de los diferentes tipos de apego, los cuales pueden ser: apego seguro, apego ansioso ambivalente, apego ansioso evitativo o apego desorganizado desorientado.

El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.

El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.

El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y

sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.

El apego desorientado desorganizado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.

Massie y Campbell (1978) establecen definiciones para los indicadores relacionados al apego, a continuación se presentan:

Suplementación de cuidados físicos principales: entre estos se mencionan el alimentar, vestir, brindar descanso adecuado e higiene apropiada, estos cuidados y su relación con el apego no dependen únicamente de su realización, también influye el nivel de respuesta que el cuidador primario tenga a las demandas del niño, así como el nivel de interés y actitud al resolver las peticiones.

Vocalización: es decir, todos aquellos cantos, palabras, balbuceos, comentarios, etc., que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé, y ayuda a que éste se sienta vinculado con sus padres, también es importante la mirada, puesto que puede calmar o estimular el bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.

Contacto físico: es decir, el contacto piel a piel que los padres hacen con el niño, para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego. En general, este contacto se expresa a través de caricias y palmoteos. La evidencia científica ha mostrado que un contacto físico

constante, regular y positivo (cariñoso) suele tener importantes beneficios para el desarrollo integral del niño.

Reforzamiento afectivo: todos los elementos anteriores se envuelven en un “tono afectivo” que implica el estado emocional de los padres al cuidar al niño. Es decir, que una madre puede hacer contacto físico, visual y vocalizar, pero si lo hace en un afecto de rabia, no van a tener el efecto positivo esperado.

2.3.2 Operacional

En esta investigación fue el lazo de unión entre un cuidador primario y un niño con una edad comprendida entre 1 a 5 años con un tiempo de hospitalización de 1 a 6 meses; lazo que supe necesidades primarias para el ser humano, tales como la seguridad, afectividad y autoestima. Se conoció por medio de entrevistas semi-estructuradas a padres o cuidadores. Se consideraron los siguientes indicadores: suplementación de cuidados físicos principales, vocalización, contacto físico y demostración de afectividad.

A continuación se presenta una síntesis de la organización de los indicadores y el instrumento.

Indicadores	Número de pregunta entrevista Semi-estructurada.
<p>Suplementación de cuidados principales al bebé: Entre estos se mencionan el alimentar, vestir, brindar descanso adecuado e higiene apropiada, estos cuidados y su relación con el apego no dependen únicamente de su realización, también influye el nivel de respuesta que el cuidador primario tenga a las demandas del niño, así como el nivel de interés y actitud al resolver las peticiones.</p>	<p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.</p>

<p>Vocalización:</p> <p>Es decir, todos aquellos cantos, palabras, balbuceos, comentarios, etc., que se emiten en la interacción con el bebé. Estas vocalizaciones suelen ser una vía muy útil para calmar o estimular al bebé, y ayuda a que éste se sienta vinculado con sus padres, también es importante la mirada, puesto que puede calmar o estimular el bebé, y una mirada cálida, afectiva y que se adapte a los estados del bebé, suele ser muy beneficiosa para su desarrollo.</p>	<p>15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.</p>
<p>Contacto Físico:</p> <p>Es decir, el contacto piel a piel que los padres hacen con el niño, para calmarlo, estimularlo, o simplemente con un fin de juego. En general, este contacto se expresa a través de caricias y palmoteos. La evidencia científica ha mostrado que un contacto físico constante, regular y positivo (cariñoso) suele tener importantes beneficios para el desarrollo integral del niño.</p>	<p>26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40.</p>
<p>Reforzamiento afectivo:</p> <p>Todos los elementos anteriores se envuelven en un “tono afectivo” que implica el estado emocional de los padres al cuidar al niño. Es decir, que una madre puede hacer contacto físico, visual y vocalizar, pero si lo hace en un afecto de rabia, no van a tener el efecto positivo esperado.</p>	<p>41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53.</p>

2.4 Alcances y límites

Esta investigación se trabajó con niños hospitalizados de la Ciudad de Guatemala para conocer el apego desarrollado, siendo el lugar y la situación de trabajo específicos, por lo cual los resultados aplican a ellos y similares únicamente. La investigación se limita al apego de niños con la situación específica mencionada, también se limita a las reacciones presentadas en dicha situación por los padres o cuidadores primarios evaluados.

2.5 Aportes

La presente investigación muestra y describe qué estilo de apego desarrollan niños hospitalizados en un Hospital General de la ciudad de Guatemala, lo que puede ser de utilidad para diferentes ramas de la psicología y conocer pautas de comportamiento en el apego y el nivel de

influencia que éste tiene en el mejoramiento del niño con relación a su situación física. Esta investigación ayuda a informar a investigadores sobre pautas de comportamiento en los primeros años de vida de personas que afrontan la hospitalización o problemas parecidos, además, el apego personas que atraviesan situaciones amenazantes puede ayudar a fomentar lazos familiares adecuados.

Con relación al trabajo psicológico, la información de esta investigación ayudará a los psicólogos a entender mejor la relevancia que puede tener el apego al enfrentar una situación amenazante, así como las herramientas con las que tanto el niño como el cuidador cuentan. Un entendimiento y percepción más completos con relación al estilo de apego y sus consecuencias al enfrentar situaciones amenazantes ayuda a brindar herramientas psicológicas o una terapia que se adapte de manera adecuada a este tipo de situaciones como tal.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

La muestra de la presente investigación se conformó por 8 pacientes con edades comprendidas entre 1 a 5 años con un estado de salud desfavorable debido a enfermedades crónicas por lo cual han permanecido en hospitalización y sus padres o cuidadores primarios. Estos pacientes son de ambos géneros, masculino y femenino, el rango de edad se delimitó así con la finalidad de encontrar mayor información útil para la clasificación en un estilo de apego.

El tamaño y sujetos de la muestra se determinó por medio de la selección de casos típicos, seleccionando entre la población de sujetos que cumplen con las características mencionadas sobre la población a estudiar.

3.2 Instrumento

Para esta investigación se utilizó un modelo de entrevista semi-estructurada para para los padres de los pacientes hospitalizados. La entrevista se realizó al padre o cuidador primario, el instrumento mencionado fue creado para dicho estudio, el mismo ha sido revisado y validado por expertos en el área de estudio. Para esta investigación el propósito de la entrevista no fue diagnosticar, sino recabar información en relación a la formación de apego, por lo cual un tipo de entrevista que guarda un orden pero que también brinda la oportunidad para una mayor extensión en la historia del paciente es adecuada para esta investigación.

La entrevista para padres centró las preguntas en la relación y los cuidados, así como la formación del lazo afectivo durante la infancia temprana del paciente. Las entrevistas a padres se conformó en primer lugar por la recopilación de datos generales, posteriormente se iniciaron preguntas que tienen como objetivo definir la calidad de apego, describiendo diferentes componentes de éste de manera detallada, los cuales se clasifican en 4 indicadores primarios para el apego: contacto físico, contacto visual, vocalización y demostración afectiva. La naturaleza de la entrevista semi-estructurada permite a los individuos entrevistados extenderse de manera apropiada en los temas de interés tanto para la investigación como para el sujeto, evitando la falta de investigación que puede proporcionar una entrevista estructurada con preguntas cerradas.

La entrevista se realizó a partir de las bases teóricas que definen el apego, su formación y sus consecuencias, dicha entrevista inició con la recopilación de datos generales del paciente y cuidador primario, posteriormente se realizaron una serie de preguntas introductorias al tema en sí, continuando con preguntas más puntuales. La entrevista consta de 53 preguntas básicas, estas preguntas se han elaborado con la finalidad de brindar la oportunidad a los sujetos de extenderse respecto del tema.

Las entrevistas semi-estructuradas han sido revisadas y validadas por expertos en el tema. A continuación se encuentra una tabla que muestra la estructura de los cuestionamientos según el indicador señalado.

Indicadores	Instrumentos (Fase de formulación de preguntas)
Suplementación de cuidados principales al bebé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describa como se porta_____ cuando tiene hambre. 2. Indique cómo se comporta_____ al despertar. 3. Indique cómo se comporta_____ al tener sueño. 4. Cuando_____ llora(ba) porque necesita(ba) cambio de pañal describa cómo reacciona(ba) usted. 5. Cuándo usted limpia a____ por que se ha ensuciado comiendo o jugando, detalle cómo reacciona el bebé o niño. 6. ¿Qué hace usted cuándo_____ llora porque tiene hambre? 7. ¿Hay algo que haga difícil cuidar a _____? 8. Si en alguna ocasión usted no puede cuidar a_____ ¿qué hace? 9. Describa como cree que es su paciencia hacia_____ mientras lo cuida 10. ¿Qué cuidados a_____ le preocupan menos? 11. ¿Qué cuidados a_____ le preocupan más? 12. Cuando usted se aleja de_____ detalle cómo reacciona_____. 13. ¿Qué rutinas ha establecido usted para el cuidado de_____? 14. Describa cómo reacciona_____ a las rutinas que usted ha creado para su cuidado.
Vocalización	<ol style="list-style-type: none"> 15. Cuando _____ aún no había nacido, ¿usted o alguien más hacían sonidos para el (ella)? Describa como eran los sonidos. 16. De pequeño_____ ¿usted le hablaba? Describa cómo lo hacía. 17. De pequeño_____ ¿usted le cantaba? Describa cómo lo hacía. 18. En qué momentos le cantaba a_____. 19. ¿A qué edad comenzó a hablarle a _____? 20. Narre las primeras cosas que le decía a _____? 21. ¿Qué recuerda haber hecho con el propósito de ayudar a _____ para que comenzara o comience a hablar? 22. Describa cómo era la comunicación cuando_____ ya podía hablar 23. Explique cómo es el tono de voz que utiliza para hablarle a_____ 24. Cuando se enoja con_____, describa cómo le habla 25. Cuando _____ hace algo que a usted le gusta, describa cómo le habla
Contacto Físico	<ol style="list-style-type: none"> 26. Explique cómo cargaba a_____ durante sus primeros meses de vida 27. ¿Cuándo_____ llora, tiene contacto físico con él (ella)? 28. Explique cómo se siente al tener contacto físico con_____ 29. ¿Ha habido cambios en sus deseos de tocar a_____? 30. ¿Qué recuerda que provocara estos cambios? 31. ¿Existen caricias, abrazos hacia_____? ¿Cuándo lo hace o con qué frecuencia? 32. Detalle cómo sostiene a_____ al bañarlo 33. Detalle cómo sostiene a_____ al cambiarlo. 34. Detalle cómo sostiene a_____ al darle de comer 35. ¿Hasta qué edad ayudó a_____ a vestirse o aún lo ayuda? 36. Detalle cómo lo ayuda o ayudaba a vestirse

	<p>37. Existen juegos entre usted y _____, en caso de ser así, detalle cómo son.</p> <p>38. En qué momentos normalmente juega con _____.</p> <p>39. Describa como se siente (o sentía) usted al amamantar o dar biberón a _____.</p> <p>40. Narre cómo reacciona(ba) _____ cuando usted lo amamanta o da biberón (amamantaba o daba biberón).</p>
<p>Reforzamiento afectivo</p>	<p>41. Explique cómo _____ le pide afecto o cariño.</p> <p>42. ¿Cómo reacciona usted emocionalmente a esto?</p> <p>43. Exprese cómo se siente al demostrarle cariño a _____</p> <p>44. Cuando _____ hace algo bueno, explique cómo reacciona usted</p> <p>45. ¿Qué palabras o frases utiliza para hacer sentir mejor a _____?</p> <p>46. Cuando _____ tiene algún problema con otros niños o bebés ¿qué hace usted?</p> <p>47. Cuando _____ se siente triste o enojado ¿qué hace usted?</p> <p>48. ¿Han existido momentos en los cuales le dice a _____ que no lo quiere o frases por el estilo?</p> <p>49. ¿Existen gestos como miradas de cariño o sonrisas a _____? ¿Con que frecuencia las hace?</p> <p>50. ¿Existen besos y abrazos de parte de _____? Describa cómo reacciona _____ cuando usted lo (la) besa y abraza</p> <p>51. Al tener usted un conflicto o discusión previa a que _____ demuestre alguna necesidad, ¿cómo reacciona usted al suplir la necesidad que presenta _____?</p> <p>52. Describa cómo es su estado del ánimo la mayor parte del tiempo, ¿Se modifica al estar con _____?</p> <p>53. De ser la respuesta de la pregunta anterior sí, describa su estado de ánimo al estar con _____.</p>

3.3 Procedimiento.

Para la realización de esta investigación primero se delimitaron los temas de interés para el evaluador, tomando en cuenta la utilidad que la investigación puede tener tanto para una autoformación, así como para el enriquecimiento del saber profesional y la aplicación a la sociedad.

Posteriormente se identificó el problema de investigación. Se plantearon los objetivos que se desean conseguir durante el desarrollo de la investigación. Se recopiló información bibliográfica con referencia al tema de investigación.

Para realizar el trabajo de investigación, se elaboró un modelo de entrevista semi-estructurada con la finalidad de conocer y describir el apego existente en niños hospitalizados con edades comprendidas entre 1 a 5 años, que por diversos problemas de salud han debido ser hospitalizados, en la ciudad de Guatemala.

Para la realización de la entrevista se elaboró un modelo de consentimiento informado, en el cual el cuidador primario autoriza la grabación de la sesión de entrevista, las entrevistas se realizaron de manera individual, realizándose un modelo para el cuidador primario. La realización de la entrevista semi-estructurada fue de manera individual durante 2 sesiones comprendidas entre 30 minutos a 1 hora. Luego se estudiaron los datos obtenidos para ser clasificados en los diferentes tipos de apego anteriormente mencionados.

Posteriormente se realizó una descripción en relación a los datos obtenidos para la utilización de esta investigación, los datos son presentados de manera individual con enfoque principal en el tipo de apego presentado, para lo cual se requiere la transcripción de la información recolectada por medio del instrumento utilizado. Por último, se realizó una discusión con respecto a los resultados obtenidos, se elaboran las conclusiones así como las recomendaciones apropiadas para esta investigación.

3.4 Diseño

La presente investigación es de tipo cualitativo. Según Rodríguez, Flores y García (1996), la investigación cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos y la interacción social. Emplea métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas. Diferenciándose de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa tiene como objetivo la explicación de las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos. También Hernández, Fernández y Baptista (2010) describen que la investigación cualitativa puede desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de datos. Señalan como datos importantes de la investigación cualitativa la flexibilidad que su proceso puede tener, basándose en teoría fundamentada, con lo cual se observa el elemento de estudio, explorando el fenómeno investigado, desde lo particular hacia lo general.

El diseño a realizar es el estudio de casos, éstos tienen como característica básica abordar de forma intensiva una unidad, puede referirse a una persona, una familia, un grupo, una organización o una institución (Stake, 1994). Para esta investigación se realizan estudios de caso de varias unidades, abordada de forma individual. Estudios de caso como parte de la técnica de recolección de información. El estudio de casos se aparta a esta investigación como una estrategia de recolección de datos, es posible considerar los estudios de caso como una parte de la selección de la muestra, de ahí que tiene que determinar cuál o cuáles casos son los más apropiados.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan las matrices realizadas por sujeto, en las cuales se describen de manera breve los datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, los mismos que se clasifican en relación al tipo de apego que cada uno corresponde, así como en relación al indicador al cual se relaciona.

Posteriormente se sintetizan las matrices de los sujetos en una matriz en la cual cada uno se clasifica en relación a las actitudes mostradas con respecto a cada uno de los tipos de apego definidos para ésta investigación. También se encuentran los mapas conceptuales en los cuales se sintetizan las actitudes de los sujetos en relación a cada tipo de apego, por lo cual se ha realizado un mapa conceptual correspondiente a cada tipo de apego. Al finalizar el capítulo se realiza un análisis de los resultados obtenidos.

4.1 Matrices

Matriz – Sujeto 1

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Vocalización	Contacto físico	Reforzamiento afectivo
Apego Seguro El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las	Cuando tiene hambre empieza a moverse y a llorar, a veces se pone inquieta. La madre la amamanta, al estar	Mientras aún estaba embarazada la madre le hablaba y le decía cosas como: “te estamos esperando felices y así también le	La madre expresa: “soy más cuidadosa, cuando aún era más pequeña la levantaba con cuidado y con tranquilidad para que	La madre menciona que su hija le pide afecto por medio de sonrisas, a las cuales ella responde de la misma manera, cuando la niña

<p>necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>ocupada tarda un poco más de tiempo.</p> <p>La niña en ocasiones se despierta tranquila y en ocasiones llorando, cuando despierta llorando la madre le habla diciendo cosas como: “¿qué te pasa? después siempre reacciona bien”.</p> <p>Al bañarla y cambiarle ropa lo hace con tranquilidad, sin embargo al estar apresurada la cambia de prisa pero con delicadeza.</p> <p>No existen dificultades para cuidar al bebé, la madre menciona: “siempre he estado al cuidado de ella, a veces cuando estoy haciendo algo, lo dejo de hacer para ponerme al cuidado de ella”. Únicamente deja a la niña bajo el cuidado de su esposo, siempre que ella no él puede la cuida.</p> <p>Refiere tener una paciencia adecuada al cuidar a su hija, poniendo como ejemplo: “sólo hace su berrinche si me desespero un poco”.</p> <p>Como conductas con respecto a la separación, la bebé llora al separarse de su madre o al aburrirse por estar acostada por mucho tiempo.</p>	<p>ponía música para que ella oyera, mi esposo también le hablaba de vez en cuando”. Inició a hablarle desde que ella se comenzaba a moverse, continuó así hasta el nacimiento y posterior a éste continuó incrementando. En general le dice palabras cariñosas como: “mi niña, mi cielo”.</p> <p>La niña aun balbucea, por lo cual la comunicación va en relación a algunos sonidos que tienen significado, como la comida.</p> <p>La madre utiliza un tono de voz tranquilo o cariñoso para hablarle, menciona no molestarle con la bebé por lo cual no utiliza cambios en el tono de voz.</p> <p>La madre generalmente le canta cuando se va a dormir.</p>	<p>no se asustara”, al cargarla o tener contacto físico con ella la madre se siente tranquila, sin que esto influya en sus emociones.</p> <p>El contacto afectivo, referido a abrazos o caricias es constante (todos los días, varias veces al día) y agradable tanto para la madre como para la niña. En relación al contacto para suplir necesidades como el cambio de ropa, alimentación o el baño dice cargarla de manera delicada y con cariño, cuidando siempre no lastimarla o asustarla (evitando movimientos bruscos).</p> <p>Sobre los juegos la madre dice que son constantes y agradables tanto para ella como para su hija, los cuales generalmente tratan de cosquillas.</p> <p>Con relación al contacto físico la niña muestra sentirse cómoda, éste también es tranquilizante al momento del llanto, refiriendo la madre: “Si, normalmente la agarro, pero a veces no puedo porque estoy ocupada entonces solo le hablo para ver que se tranquilice, hasta después voy a ver que</p>	<p>comienza a llorar la madre la abraza, lo cual tranquiliza a ambas, dichas sonrisas o miradas de cariño son constantes, mencionando la madre: “siempre lo hago, al menos 1 o 2 veces al día”. Al dar éstas demostraciones de amor la madre se siente feliz.</p> <p>Utiliza palabras o frases reforzadoras de afecto constantemente, algunas de las cuales cita: “mi amor, mi niña y la voy a levantar”.</p> <p>Demuestra tener un ánimo predominantemente tranquilo, sin embargo al tener un problema anterior y cambiar a un ánimo negativo éste mismo se modifica al tener contacto con la niña, tornándose tranquilo, tanto por iniciativa propia: “Pues los problemas los trato de hacer a un lado y como ella no tiene nada que ver... trato de estar calmada con ella”, como de manera inconsciente: “siento yo que estoy bien cuando voy a estar con ella”.</p> <p>Cuando la niña está triste la madre también tiene contacto físico con ella con la finalidad de tranquilizarla, diciendo “cuando esta como triste le pregunto que qué le pasa y la comienzo a abrazar”.</p>
---	--	---	--	--

	Como rutinas para el cuidado de la bebé únicamente menciona que la baña antes de dormir, excepto cuando la bebé ya tiene mucho sueño, para lo cual la bebé reacciona positivamente.		tiene si no se tranquiliza”.	
Apego Ansioso Ambivalente El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.	La madre menciona que al tener sueño y al limpiarla a veces muestra conductas contradictorias, diciendo: “a veces me berrinche, le agarra llorazón y cuesta que se duerma, ahí tengo que andarla chinchineando para ver que se duerma... a veces no mucho le gusta cuando la estoy limpiando, se comienza a mover mucho, no le gusta”.			
Apego Ansioso Evitativo El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.			Con relación a los deseos de tocar a la bebé la madre menciona: “casi siempre es igual, aunque a veces cuando no estoy de muy buen humor mejor no me acerco porque no quiero que ella tenga problemas con eso”	

<p>Apego Desorganizado desorientado</p> <p>El apego desorientado desorganizado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.</p>				
--	--	--	--	--

Matriz – Sujeto 2

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Indicador – Vocalización	Indicador – Contacto Físico	Indicador – Reforzamiento Afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>Al tener sueño y al dormirse a tiempo se muestra tranquila, después de la hora acostumbrada se pone irritable.</p> <p>La madre dice que no encuentra dificultades al cuidarla cuando no está trabajando pues se comporta tranquilamente, cuando tiene trabajo en el salón que maneja mantiene a sus 2 hijas junto a ella.</p> <p>Menciona ocuparse no existen cuidados que le preocupen menos que el resto, diciendo que al no cumplir alguno de los cuidado esto le crea cierta ansiedad, ha creado incluso rutinas para el cuidado de la niña y una mejor distribución del tiempo.</p>	<p>Antes de nacer el padre de la niña era quien más le hablaba, lo cual era consecuente (todos los días), al hablarle era en relación a cariño: “él le decía que la amaba mucho y que ya la estaba esperando con ansias a que saliera, que quería estar con ella”, dicha comunicación continuó de la misma manera después del parto. Con la finalidad de que hablara ambos padres le pedían que repitiera algunas palabras como: “así como que dijera papá o mamá, ese tipo de cosas”.</p> <p>Al momento de enojarse con la niña la madre menciona hablarle con un tono de voz fuerte, sin utilizar insultos, al momento de hacer algo satisfactorio para los padres ellos la felicitan, mencionando: “le digo que qué bueno que hace las cosas, pero sólo eso”.</p>	<p>Durante los primeros meses de vida la niña estuvo la mayor parte del tiempo en brazos de la madre, esto debido secundariamente a que tenía reflujo, situación alarmante para los padres y por lo cual preferían tenerla en brazos a acostarla.</p> <p>La madre menciona que durante los primeros meses de vida de la niña no existían situaciones significativamente estresantes por lo que amamantarla era una rutina tranquila a lo cual la niña respondía de manera tranquila mayor parte del tiempo hasta quedarse dormida.</p>	<p>La madre menciona que las demostraciones de afecto más comunes son verbales: “por ejemplo ella con su hermanita se dicen que se aman mucho, lo mismo es conmigo y yo también le respondo de la misma manera”, también menciona reforzar comportamientos positivos con palabras y afirmaciones positivas tales como: “mi amor ¡te felicito!, le digo que es una niña muy inteligente cuando hace las cosas bien”. Otras formas de reforzamiento afectivo son las miradas de cariño y sonrisas constantes así como los besos.</p>
<p>Apego Ansioso Ambivalente</p> <p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>	<p>La niña no demuestra sentirse hambrienta esto debido a sucesos pasado, los cuales la madre narra como: “cuando comenzaba a comer yo le daba mucha comida, ahí sí que sin que me dijeran como era, yo le daba mucha comida y a veces ya no quería comer pero yo a veces hasta le pegaba para que comiera porque pensaba que ella se tenía que acabar la comida que le estaba dando, entonces por eso creo que ahora tiene ese problema”, continua diciendo que la comida consumida por la niña es comparable a la que consume un niño de 1 año de edad. De</p>	<p>La madre menciona una disminución en la comunicación a partir del año y medio de edad de su hija, esto provocado por el nacimiento de la segunda hija, lo cual provocó enojo evidente en la niña, actualmente el tono de voz utilizado va en relación al estado de ánimo de ambas, si alguna de ellas se encuentra irritable provoca cambios en la contraparte de la conversación.</p>	<p>En relación al contacto físico menciona que depende del ánimo de ambas, si la madre se encuentra con humor negativo prefiere no tocarla mientras que si la hija se encuentra con humor negativo la madre se torna irritable, menciona también que la niña es muy sensible y por contactos ligeramente fuertes comienza a llorar, sin embargo dicha situación es inesperadamente cambiante, siendo positiva o negativamente.</p> <p>En el deseo de tener contacto físico también ha habido cambios de parte de la</p>	<p>Las demostraciones afectivas se desarrollan en relación al estado de ánimo de la madre, diciendo: “cuando le demuestro cariño, normalmente estoy tranquila, porque cuando estoy como más estresada soy más distante”, menciona sentirse satisfecha con la calidad de las demostraciones de cariño más que la cantidad de veces. En relación a cambios en el ánimo de la niña menciona que a veces se tranquiliza con las palabras utilizadas por la madre y a veces no. Dice no decirle a su hija que no la</p>

	<p>la misma manera continúa diciendo sobre el ánimo de la niña al despertar que es cambiante, en ocasiones con un humor tranquilo y en ocasiones irritable, situaciones que pueden cambiar inesperada e indiscriminadamente.</p> <p>Con relación a la higiene mientras la niña aún utilizaba pañal la madre menciona: “ósea cuando ella se hacia sí lloraba porque a veces yo no me daba cuenta y no la cambiaba muy rápido y se escaldaba”, de otra manera con el cambio de ropa, el cual realizaba constantemente en relación a manchas o suciedad en la misma lo cual a la madre le parecía desagradable y por lo cual regañaba a la niña.</p> <p>La madre menciona que al trabajar en el salón de belleza del cual es propietaria encuentra dificultades con relación al comportamiento de la niña cuando tiene clientela, diciendo: “ni bien llega gente se ponen bien eléctricas, se ponen bien inquietas a pelear, y ella que se pone a llorar por todo, a veces que llora por cualquier cosita y me cuesta más a mí porque yo estoy trabajando... a veces solo se queda tranquila un rato y después sigue, pero regularmente siempre se portan así cuando hay más personas”, muestra síntomas constantes de ansiedad, como movimientos repetitivos. Al alejarse la madre menciona que la niña muestra resistencia a la separación, preguntando constantemente por ella y viendo alrededor</p>		<p>madre, disminuyendo en relación a los primeros meses de vida de la niña, relacionados a situaciones estresantes como el oficio que desempeña, la situación económica y la llegada de la hija menor al hogar, también menciona que dichos cambios pueden ser percibidos como “bruscos para las niñas”.</p> <p>En relación al contacto físico al bañar y vestir a la niña la madre dice hacerlo rápidamente debido a la falta de tiempo y el estrés manejado, situaciones que incluso han provocado llanto en la niña, lo cual adjudica a: “mi mamá a veces me regaña, ella todo el tiempo vive regañándose, me dice que soy muy brusca y que todo lo quiero a la carrera, que la baño muy rápido y que la peino rápido. Entonces creo que podría decir que si la trato a veces un poco brusca porque no me alcanza el tiempo para todo”</p> <p>Menciona que tanto las caricias y abrazos como los juegos son intermitentes y se dan en relación al estado de ánimo y la disposición de tiempo que tanto ella como su esposo tengan.</p>	<p>quiere nunca sin embargo si le advierte que no moleste cuando la madre no se encuentra con un humor positivo. Al tener una discusión previa la reacción de la madre es intermitente, en ocasiones mostrándose disponible y en ocasiones irritable al punto en el cual prefiere alejarse de la niña. El ánimo de la madre va en relación a su situación económica y laboral, siendo en ocasiones tranquila y en ocasiones estresante, ambas dependientes de diferentes factores que se presentan en ambas situaciones económicas: “a veces estoy bien pero depende mucho de cómo reaccione ella, porque a veces estoy tranquila y ya ella se pone a molestar o llorar por gusto entonces ahí ya me pongo de mal humor”, existen cambios en el humor al estar con la niña, en ocasiones estos son positivos y en otras ocasiones negativos.</p>
--	---	--	---	--

	<p>constantemente en búsqueda de ella, incluso llorando sin importar en compañía de quien esté.</p> <p>La madre ha establecido diferentes rutinas para el cuidado de la niña, las cuales se acomodan más a su horario, sin embargo al no tener mucho tiempo algunas situaciones como bañarla, cambiarla o peinarla son realizadas de manera rápida, situaciones que desagradan a la niña y crean conflictos en la relación.</p>			
<p>Apego Ansioso Evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>				
<p>Apego Desorganizado Desorientado</p> <p>El apego desorientado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando</p>	<p>Menciona tener poca paciencia con la niña, principalmente al mostrar ciertos conflictos emocionales en relación a los estudios, a lo cual la madre reacciona de manera agresiva emocional e incluso físicamente en ocasiones.</p>		<p>En ocasiones como peinarla o vestirla la madre reacciona de manera agresiva debido al estrés que maneja, lo cual provoca llanto en la niña, de la misma manera al iniciar la niña la ingesta de alimento sólido, la madre menciona: “cuando ella comenzó a comer la sentaba y le decía que comiera, si ella no quería comer a veces hasta le</p>	

<p>incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.</p>			<p>pegaba para que se acabara su comida porque la verdad yo no sabía que no se lo tenía que comer todo”.</p>	
---	--	--	--	--

Matriz – Sujeto 3

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Indicador – Vocalización	Indicador – Contacto Físico	Indicador – Reforzamiento Afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>Cuando tiene hambre el niño expresa a su madre dicha necesidad, de la misma manera lo hace al tener sueño o al necesitar cambio de pañal, solicitudes que son respondidas de tranquilamente por su madre. Al despertar se muestra tranquilo sin embargo al ver a su madre comienza a llorar, demostrándole así el deseo de ser amamantado, al suplir dicho deseo se calma. Al ser limpiado por su madre mientras come le muestra agradecimiento.</p> <p>En relación a las reacciones de la madre ella menciona que suple las necesidades de su hijo de manera instantánea, teniendo únicamente excepciones cuando se encuentra sumamente ocupada, para lo cual pide paciencia a su hijo, expresando como ejemplo: “esperate mi amor, ahorita te voy a dar de comer, él entiende muy bien, en veces deja de llorar cuando no tiene mucha hambre”.</p> <p>En relación a los cuidados principales la madre dice que todos le parecen de suma relevancia para el bienestar de su hijo, en situaciones en las cuales encuentra dificultades para cuidarlo menciona recibir ayuda tanto de su esposo como de su suegra, situaciones con las cuales el hijo no tiene conflictos.</p>	<p>Durante el embarazo la madre refiere que su esposo era quien más presentaba sonidos al bebé de manera constante (“2 o 3 veces a la semana”), algunos por medio de música relajante mientras acariciaba su vientre y otros como palabras de cariño, las cuales menciona: “más que todo cariñitos como mi amor, mi vida” y cosas así” las mismas que continuaron desde el momento del nacimiento hasta la fecha. De la misma manera el canto ha sido presente desde el nacimiento, principalmente por parte del padre. Fue por parte de la abuela que se hicieron diferentes ejercicios con el propósito de acelerar el inicio del habla. La comunicación por parte del bebé aún se desarrolla de manera instrumental, debido a la edad del mismo.</p> <p>El tono de voz utilizado por la madre es predominantemente tranquilo, mencionando como ejemplo: “mi amor, papito, que quieres? hablo con un cariño que me sale del corazón.”</p> <p>De la misma manera al realizar el niño cosas agradables la madre lo refuerza con frases de felicitación, por el contrario al hacer algo inadecuado la madre eleva el tono de voz para denotar molestia, sin</p>	<p>Menciona contacto físico mayormente por las tardes al finalizar los quehaceres domésticos, sin embargo normalmente tiene contacto físico al ser solicitado por el bebé, contacto que también acompañado de caricias y abrazos.</p> <p>El contacto al suplir algunas necesidades como el baño y la vestimenta, así como la alimentación se da con delicadeza y cuidado de no lastimar o asustar al bebé, actualmente la madre pide la colaboración del bebé para facilitar dichas tareas, la cual recibe fácil y agradablemente por parte del bebé, dichas tareas se realizan con sonrisas y juegos. Un lazo destacado como importante es amamantar al bebé, lo cual la madre dice que es algo que no quisiera dejar de hacer pues la hace sentir más cercana a su hijo.</p> <p>Los juegos más significativos se dan en compañía de la abuela del bebé, la madre narra: “a veces mi suegra le tira la pelota y ya el comienza a caminar y de ahí el pateo la pelota y se la tira de regreso a mi suegra, sino mi suegra lo tiene agarrado y yo le tiro la pelota y así jugamos con él; nosotros le gritamos para que él se emocione y él se emociona y comienza a reír, se pone muy feliz”, dichos momentos de juego se dan aproximadamente 2 o 3 veces por semana.</p>	<p>El niño muestra necesidades de afecto de manera verbal, mencionando: “mama mi”, a lo cual la madre responde brindando afecto, lo cual provoca sentimientos de alegría y tranquilidad en ella. Al mostrarse el niño enojado o triste la madre narra: “normalmente lo abrazo y le pregunto: “¿mi amor que te pasa?, cuando el no deja de llorar entonces sólo lo abrazo y lo consuelo porque no me gusta que él esté llorando, después se tranquiliza y también me gusta cuando él se tranquiliza”</p> <p>El reforzamiento afectivo también es frecuente por medio de palabras y frases de felicitación por actos positivos así como únicamente por iniciativa propia de la madre, como por ejemplo: “mi amor, te amo”.</p>

	<p>El niño acepta de manera calmada el distanciamiento de su madre, mostrando cierta resistencia a esto, la misma que se disipa rápidamente. Menciona tener una programación flexible con relación al cuidado del bebé a la cual el mismo se ha adaptado adecuadamente, citando la narración: “no tengo tan programada mi hora pero por ejemplo yo nunca lo baño así en la tarde... todo mi oficio lo hago en la mañana... y así en la tarde ya me dedico a él, cuando estoy haciendo mis quehaceres lo dejo cerca de mí, lo dejo en su silla y le hablo, eso sí, siempre me mantengo hablando con él”.</p>	<p>utilizar insultos o palabras ofensivas.</p>	<p>La madre menciona sentirse satisfecha al tener contacto físico con su hijo, otros sentimientos que dicho contacto le transmiten son alegría y tranquilidad, así como agradecimiento a Dios por su hijo. Menciona que después de convertirse en madre ha percibido cambios positivos en su ánimo y personalidad en general, los cuales percibe en aumento.</p>	
<p>Apego Ansioso Ambivalente</p> <p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>	<p>En relación a la paciencia en el cuidado del bebé la madre menciona que la misma es poca, por lo cual al desesperarse prefiere alejarse del bebé o únicamente ignorarlo al hacer una rabieta.</p>		<p>Menciona que en ocasiones el niño rechaza la mama, en ocasiones al irritarse muestra síntomas importantes de ansiedad, los cuales la madre narra como: “él cuando uno no le pone atención se enoja rápido y se le alteran rápido los nervios... si está el bien entonces si acepta el biberón o la pacha y se pone feliz o se tranquiliza.”</p>	
<p>Apego Ansioso Evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus</p>				<p>La madre menciona que al tener un conflicto significativo prefiere alejarse de su hijo para evitar agredirlo de alguna manera, también menciona que anteriormente mantenía un ánimo irritable, por lo cual prefería no tener contacto con</p>

<p>sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>				<p>su hijo, situación que ha cambiado actualmente.</p>
<p>Apego Desorganizado Desorientado</p> <p>El apego desorientado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.</p>				

Matriz – Sujeto 4

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Indicador – Vocalización	Indicador – Contacto Físico	Indicador – Reforzamiento Afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>La madre menciona que al momento de limpiar a la niña ella es cooperadora, principalmente aprendido de la madre. Al momento de no poder cuidar a la niña, ella se queda al cuidado de su abuela, con la cual no tienen conflictos.</p> <p>La madre también menciona tener relativamente el mismo interés en todos los cuidados de la niña.</p>	<p>La madre menciona que desde la gestación hasta el nacimiento hubo verbalización constante a la niña, al nacer la misma disminuyó sin embargo ha sido constante, normalmente los mensajes eran de cariño, en ocasiones la madre se dirige con firmeza a la niña como manera de corrección.</p>	<p>Menciona no haber podido cargar a la niña satisfactoriamente durante los primeros meses de vida debido a problemas en la espalda sin embargo mantenía atención especial en ella constantemente. Actualmente existen caricias y abrazos por las noches a la hora de dormir, de la misma manera los juegos, sin embargo no son constantes.</p>	<p>Menciona que la niña normalmente le pide afecto por medio de unas primeras demostraciones del mismo, a lo cual la madre responde de la misma manera, al estar ambas tranquilas la demostración de afecto tranquiliza a la madre. Las miradas de cariño así como los besos son constantes.</p>
<p>Apego Ansioso Ambivalente</p> <p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>	<p>Al mostrar necesidades como alimentación o descanso tiene conductas negativas, las cuales la madre menciona como: “a veces me cuesta porque no le puedo dar su comida muy rápido y ella a veces se enoja”. De la misma manera al despertar en ocasiones lo hace con tranquilidad y en otras ocasiones con irritabilidad. Cuando era pequeña la madre menciona haber tenido poco tiempo para los cuidados principales. Menciona tener una paciencia baja, narrando: “cuando trabajo ella se pone más malcriada, como más inquieta... cuando se pone con sus berrinches si me desespera y hasta ganas de pegarle me dan”.</p>	<p>Durante un tiempo en los primeros meses de vida la madre tuvo poca comunicación hacia la niña pues menciona “de chiquita no mucho le hablaba porque no entendía”, no existió otro tipo de estimulación aparte del habla.</p>	<p>Menciona que tanto ella como la hija tienen un afecto cambiante por lo cual a veces puede modificarse dependiendo del humor de la otra, normalmente tornándose irritable. Cuando la niña llora existe contacto físico circunstancial en relación al motivo del llanto. La madre menciona tener una disminución en los deseos de tocar a su hija diciendo: “me agota más rápido la paciencia, y es más cuando ella se desespera o está eléctrica... a veces no tengo muchas ganas así como de estar con ella”.</p>	<p>La madre dice que las demostraciones de cariño se dan en relación a su propio estado de ánimo, al ser éste negativo las demostraciones de cariño son mínimas y dice: “cuando estoy como más estresada soy más distante”, las mismas demostraciones también son modificadas en relación a la energía de la niña, lo cual define como “se pone enojada o inquieta”. También menciona “a veces cuando me enoja por algo me descargo con ella luego le digo que me perdone, que fue su culpa”.</p>
<p>Apego Ansioso Evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia</p>				

<p>el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>				
<p>Apego Desorganizado Desorientado</p> <p>El apego desorientado desorganizado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.</p>				

Matriz – Sujeto 5

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Indicador – Vocalización	Indicador – Contacto Físico	Indicador – Reforzamiento Afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>Desde que la niña era pequeña la madre mostró preocupaciones por la salud y bienestar de la niña, refiriendo: “todos los cuidados me preocupan igual... ver que tengan su comida y que tengan su ropa”.</p>	<p>Utiliza un tono de voz tranquilo la mayor cantidad del tiempo para comunicarse con la niña, al llamarle la atención levanta considerablemente el tono de voz sin llegar a gritos.</p>	<p>Cuando la niña era pequeña y la cargaba la madre se sentía tranquila, esto no producía cambios en la madre, actualmente cuando la niña llora debido a golpes o situaciones relacionadas, la madre acude a ayudarla.</p>	
<p>Apego Ansioso Ambivalente</p> <p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>		<p>Cuando la niña hace algo bien la madre le habla de manera normal o la felicita, citando las palabras “a veces así como: que bueno que lo hiciste bien”, sin embargo esto es únicamente en ciertas ocasiones inespecíficas.</p>	<p>Los abrazos y caricias se dan ocasionalmente, van en relación al estado emocional de la madre.</p>	
<p>Apego Ansioso Evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos</p>	<p>Cuando era pequeña y tenía necesidades como: cambio de pañal, dormir o al despertar lloraba para avisar sin embargo la madre tenía poca paciencia y evitaba el contacto con la niña, comenta: “fue una etapa bien difícil así económica y emocionalmente” refiriéndose a sus reacciones dice: “con mi primer hijo me desquitaba pero ahora con ella aprendí a que eso no sirve de nada entonces mejor</p>	<p>Durante el embarazo la madre tenía situaciones estresantes constantes por lo que no le hablaba a la bebé, la música era ocasional con el objetivo de tranquilizar a la madre, al nacer la verbalización fue escasa hasta varios meses de edad, la madre dice: “ya de hablarle fue cuando ella ya tenía como unos 8 o 10 meses, cuando ya me iba entendiendo mejor”.</p>	<p>Desde temprana edad la madre evadía el contacto con su hija, generalmente para no transmitirle “sentimientos negativos”, no existen juegos entre ambas, la madre relata: “ella se pone a jugar con su hermano... es que yo casi nunca tengo tiempo o humor para eso”.</p> <p>Al cambiarla, bañarla o darle de comer la madre dice haber sido intermitente, “a veces mejor dejaba de darle de</p>	<p>La niña no pide afecto, únicamente que la lleve a su cuarto o en raras ocasiones la llega a abrazar.</p> <p>El reforzamiento por medio de palabras que hagan sentir bien a la niña es precario pues la madre asume que el afecto es sobreentendido debido a los cuidados instrumentales que le brinda, dice “creo que ella sabe que la quiero por eso me esfuerzo para ver que estén</p>

<p>negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>	<p>la dejaba ahí a que se tranquilizara y yo también".</p> <p>Para facilitar el cuidado se crearon rutinas, las cuales se relacionaban a crear independencia instrumental en la niña, esto fue difícil para ella sin embargo ha logrado adaptarse y llevar a cabo labores por sí misma.</p>	<p>La comunicación verbal cuando la niña ya podía hablar era poca, durante el llanto y rabietas la madre se alejaba, mencionando: "cuando comenzaba a llorar la dejaba a que se quitara las ganas de llorar pero no le hacía caso porque tenía que entender que no tenía que llorar".</p>	<p>mamar porque me sentía muy mal y como dicen que a veces cuando le da de mamar a los bebés les pasa todo lo que uno tiene, yo no mucho quería darle de mamar así".</p>	<p>bien", de la misma manera se aleja de sus hijos al tener conflictos, al presentar alguna necesidad la misma es atendida por la empleada doméstica.</p> <p>Menciona que al notar sentimientos negativos en la niña no los soluciona pues asume que la niña ha encontrado formas para lidiar con sus propios problemas y resolverlos.</p>
<p>Apego Desorganizado Desorientado</p> <p>El apego desorientado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.</p>				

Matriz – Sujeto 6

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Indicador – Vocalización	Indicador – Contacto Físico	Indicador – Reforzamiento Afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>El niño demuestra inquietud tanto al tener hambre, sueño o necesitar cambio de pañal, al percatarse de dicha situación los padres suplen la necesidad presentada, con lo cual él se calma eventualmente.</p> <p>Normalmente mantiene un ánimo calmado al despertar.</p> <p>Con respecto al tiempo al cuidado del bebé el padre menciona que éste es distribuido entre ambos padres, al presentarse una situación en la cual no puedan cuidarlo alguna de las 2 abuelas del bebé lo cuida, sin embargo esto no es constante.</p> <p>La paciencia de ambos padres es adecuada al cuidar al bebé, pues menciona el padre: “aún es un niño chiquito y hay que estarle enseñando muchas cosas entonces siempre trato de hacerlo con paciencia”.</p> <p>Los cuidados en general son percibidos con el mismo nivel de importancia de éste modo son atendidos. El bebé demuestra adaptación adecuada a las rutinas establecidas por los padres para su cuidado, las cuales básicamente se desarrollan en torno a mayores cuidados de la madre por la mañana y del padre por la tarde. No tiene problemas significativos con la separación al padre o a la madre.</p>	<p>El padre menciona que la vocalización inició desde el momento en el cual supo que su esposa estaba embarazada, le cantaba así como le decía palabras de cariño, menciona: “el reconocía mi voz... le ponía la mano y me pateaba porque sabía que era yo”. El habla continuó de la misma manera después del nacimiento hasta la actualidad; cantarle, por el contrario se ha reducido casi exclusivamente para dormirlo sin embargo no es constante. En el momento en el cual el padre llega a la casa y comienza a hablarle, el niño demuestra alegría, mencionando: “se me tira encima y me comienza a abrazar”.</p> <p>Actualmente la comunicación verbal es limitada debido a la edad del bebé, sin embargo existe un lenguaje verbal complementado por señas para expresar necesidades como cambio de pañal o comida.</p> <p>El tono de voz utilizado por el padre es predominantemente calmado y dulce, sin embargo cambia al momento de corregir al bebé, el padre menciona: “le hablo más fuerte... pero nunca le digo cosas feas.. le hablo más serio, entonces entiende más porque si no a veces no hace caso”.</p>	<p>El padre menciona tener contacto físico constante con el bebé desde el nacimiento, el cual normalmente es con delicadeza y tranquilidad, tiene sentimientos positivos al tener contacto con el bebé sin embargo menciona preferir no tener contacto con él cuando llora únicamente como un berrinche. El sostén para el baño y la vestimenta se da con delicadeza por parte de la madre, así como para la alimentación, el cual sí es por parte de ambos padres.</p> <p>Para la alimentación por biberón el padre refiere sostener al bebé de manera delicada a lo cual el bebé reacciona con tranquilidad, dice: “siempre se acostumbró desde muy chiquito a que yo también le diera su pacha entonces siempre tranquilo”.</p> <p>Los juegos son normalmente en relación a cosquillas o escondite, los mismos se realizan aproximadamente 2 o 3 veces por semana y son disfrutados por los padres como por el hijo.</p>	<p>El niño demanda afecto a su padre por medio de palabras (“papa”) y a continuación extiende los brazos en espera de un abrazo a lo cual el padre responde de la manera esperada, el padre menciona tener sentimientos positivos al tener contacto físico con su hijo. Con frecuencia el reforzamiento afectivo se da por medio de miradas de cariño y sonrisas, así como abrazos bidireccionales.</p> <p>Al tener conflictos significativos el padre menciona tratar de tranquilizarse para estar con su hijo pues menciona: “siempre trato de tratarlo igual... si tengo problemas trato de calmarme para estar con él... normalmente me tranquilizo cuando estoy con él”.</p>

<p>Apego Ansioso Ambivalente</p> <p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>				<p>Menciona a veces no atender sentimientos de tristeza o enojo en el bebé porque a veces al preguntarle qué le pasa, el bebé reacciona molesto entonces el padre espera a que el bebé se calme.</p>
<p>Apego Ansioso Evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>				
<p>Apego Desorganizado Desorientado</p> <p>El apego desorientado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas</p>				

inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.				
--	--	--	--	--

Matriz – Sujeto 7

	Indicador – Suplementación de cuidados	Indicador- Verbalización	Indicador- Contacto físico	Indicador- Reforzamiento afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>El niño tiene conductas tranquilas tanto al despertar como al tener sueño o hambre, por su edad (3 años) llora si la necesidad es intensa pero se tranquiliza luego de que se suple, al mismo tiempo la madre constantemente revisaba que el niño no necesitara suplir alguna necesidad, tales como cambio de pañal, hambre o sueño. La limpieza y otros cuidados siempre los ha realizado con delicadeza. Cuando no puede cuidar al niño lo deja bajo la supervisión del su esposo o su hermana, sin embargo evita estas situaciones, aun cuando él no muestra un rechazo importante por quedarse con ellos. Relata que todos los cuidados le parecen de vital importancia, siendo de un grado menor la seguridad al jugar con su hermano mayor pues entre hermanos siempre les ha inculcado cuidarse entre sí y siendo la limpieza el que le preocupa más.</p> <p>La madre dice en relación a su paciencia durante el cuidado del niño: “yo siento que soy bastante paciente, antes era más enojada... con él soy más comprensiva”</p>	<p>En relación a la verbalización la madre menciona que inició desde el embarazo y era mayormente por parte de su esposo hacia el niño, cuando él nació la madre comenzó a hablarle constantemente, durante los primeros meses todo era en relación a palabras de cariño, cuando él comenzó a hablar la interacción también fue instrumental. Dice no haberle cantado de manera constante al niño, "no era algo acostumbrado". Menciona que la comunicación generalmente es con tranquilidad, cambiando en relación a lo que la situación amerita, tornándose dulce y animada al felicitar al niño por acciones deseadas, así como firme al momento de imponer disciplinarlo, sin llegar a gritos o insultos.</p>	<p>La madre menciona que desde los primeros meses de vida ha tenido contacto físico con el niño de manera tranquila, el contacto físico es constante pero realizado con abrazos y caricias es de mayr frecuencia en las noches, luego que la madre ha terminado su rutina diaria. Otras actividades como juegos son diarios, mencionando: "casi siempre cuando lo cambio me pongo a jugar con él o así cuando no estamos haciendo nada también".</p> <p>Al tener contacto físico con él para suplir necesidades como: cambiarlo, bañarlo o alimentarlo, la madre dice hacerlo con tranquilidad, sin demostraciones de afecto excesivas, cuando él se siente triste o enojado la madre lo toca, dando pequeñas palmadas en su espalda mientras le pregunta sobre lo ocurrido y lo consuela. La madre comenta que tanto en la actualidad como durante los primeros meses de vida de su hijo, siempre ha tenido sentimientos agradables al tener cita to físico con él, mencionando como más significativos los momentos en los cuales lo amamantaba</p>	<p>La madre expresa que las demostraciones afectivas tienen iniciativas bilaterales, la demostración de afecto es mayormente por medio de miradas de cariño, sonrisas y abrazos, dichas acciones provocan sentimientos agradables tanto en la madre como en el hijo.</p> <p>Al demostrar el niño un ánimo negativo la madre interviene por medio de palabras reforzadoras y caricias con la finalidad de mejorar el ánimo del niño. La madre expresa tener un ánimo calmado la mayor parte del tiempo, el mismo que se mantiene o cambia ligeramente de manera positiva al estar con su hijo.</p>
<p>Apego Ansioso ambivalente</p>				

<p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>				
<p>Apego ansioso evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, los niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>				
<p>Apego desorganizado desorientado</p> <p>El apego desorientado desorganizado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus</p>				

capacidades propias o situaciones ambientales.				
--	--	--	--	--

Matriz – sujeto 8

	Indicador – Suplementación de cuidados principales	Indicador – Vocalización	Indicador – Contacto Físico	Indicador – Reforzamiento Afectivo
<p>Apego Seguro</p> <p>El apego seguro se desarrolla a partir de una suplementación apropiada de las necesidades principales y secundarias del bebé, creando sentimientos de confianza en sí mismo y el ambiente.</p>	<p>La madre indica que al tener la niña hambre o sueño ella avisa de manera verbal, si las necesidad no se suplen comienza a llorar, sin embargo no es constante pues la madre trata de suplir las necesidades en cuanto la niña las presenta. Al necesitar cambio de pañal ella avisa, actualmente ha dejado de utilizar pañal frecuentemente sin embargo al ser más pequeña avisaba, a lo que la madre respondía cambiándola rápidamente. Al despertar normalmente lo hace de buen humor, refiriendo la madre: “cuando se despierta con una sonrisa, siempre dice -buenos días, como amaneciste- y se mantiene en la mañana con buen humor”.</p> <p>La madre dice no tener dificultades para cuidar a su hija a pesar de que ella trabaja, expresa: “no se me hace difícil cuidarla porque la puedo llevar conmigo y tenerla ahí, ahora si fuera más difícil, dejaría de trabajar”, al tener dificultades para cuidarla, generalmente por salud, es su esposo quien se hace cargo de los cuidados, situación que tranquiliza a la madre quien puede estar consciente del bienestar de su hija.</p>	<p>La madre relata que desde que se enteró del embarazo, el padre de la bebé comenzó a hablarle a su vientre, diciendo: “mi esposo me sobaba el estómago y le decía cosas bonitas”, generalmente utilizando un tono de voz así como utilización apropiada de las palabras, poniendo como ejemplos “no le decía, ¿quieres un heladito? O ¿Quieres un bomboncito? Si no que yo le decía helado o bombom, entonces eso lo entienden los niños y se hacen al concepto de las cosas”, dichas actitudes fueron tomadas también con la finalidad de ayudar a una pronta vocalización de la niña, la madre relata haber iniciado la verbalización en mayor frecuencia a partir del nacimiento de su hija, actualmente ha desarrollado un lenguaje satisfactorio (“tiene un lenguaje como de unas 150 palabras y lo utiliza a diario”) lo que ayuda a una comunicación apropiada, normalmente ésta se da de manera tranquila entre madre o padre e hija. Al momento de realizar la niña algo de manera adecuada, la madre la felicita utilizando palabras gratificantes así como un tono de voz mayormente animado, al realizar cosas</p>	<p>La madre menciona suplía las necesidades básicas de la niña durante los primeros meses de vida con un contacto físico delicado pero que transmitiera firmeza y tranquilidad simultáneamente, la madre acentúa la importancia de estar calmada y ser firme al tocar a los niños para darles mayor seguridad y confianza. Menciona que el contacto físico generalmente se daba con calma, al tener la madre sentimientos negativos el contacto físico la ayudaba a cambiar su estado de ánimo.</p> <p>Los juegos generalmente se dan al momento de cambiar a la niña, la madre explica: “jugamos un rato así (refiriéndose a que la niña se encuentre desvestida por completo) y ya después le vuelvo a poner su pañal.... A veces me cuesta porque a ella le gusta estar desnuda jeje hay que estarla cantineando para que se venga y ya la empiezo a vestir”, los juegos también se dan a lo largo del día durante momentos espontáneos, en ocasiones iniciados por la madre y en otras por la niña, algunos de los cuales menciona: “jugamos comidita, le cuento cuentos... nos ponemos a jugar otras cosas”</p> <p>Cuando la niña llora la madre hace contacto físico pues</p>	<p>Normalmente la madre suple las necesidades afectivas de la niña, menciona: “cuando ella se asusta me dice: cargáme, cargáme... a mí me da risa a veces porque ella se asusta con cualquier cosa... me siento bien porque siento que la protejo”. Normalmente los besos y abrazos son constantes, varias veces cada día, sin embargo las miradas de cariño no lo son de la misma manera, la madre dice: “más que todo es comunicación verbal”.</p> <p>Menciona únicamente utilizar palabras como “fea” hacia la niña cuando se porta mal, sin embargo ella responde “fea vos”, lo cual posteriormente se torna en una especie de juego.</p> <p>Al momento de tener una situación estresante la madre menciona tratar de disimularla frente a su hija, “uno está enojado y prácticamente no quiere que nadie se le ponga en frente va, pero con ella me porto lo más serena que puedo”, lo cual normalmente logra. Normalmente el estado de ánimo de la madre es tranquilo o alegre, el cual aumenta positivamente al tener acercamientos con la niña.</p>

	<p>La madre menciona tener una consideración alta hacia todos los cuidados, siendo de mayor importancia la limpieza en los alimentos para evitar problemas de salud, continua diciendo que ha creado rutinas para el cuidado de la niña, los cuales se adaptan tanto a las obligaciones laborales como domésticas de la madre, a las cuales la niña se ha adaptado de manera satisfactoria. Generalmente la rutina diaria de ambas es realizada de manera conjunta.</p>	<p>inadecuadas en cambio, cambia el tono de voz denotando molestia.</p> <p>Cuando la niña era pequeña ambos padres le cantaban, haciéndolo mayormente el padre, actualmente la madre dice que únicamente cantan entre sí al asistir a la iglesia, lo cual es una rutina diaria.</p>	<p>manifiesta estar en contra de las madres que dejan a sus hijos llorar para se tranquilicen, continua diciendo que los niños necesitan sentirse queridos.</p> <p>Durante el tiempo de lactancia la madre menciona recordar sentimientos agradables al amamantar a su hija o darle biberón a lo cual la niña reaccionaba de manera tranquila.</p>	
<p>Apego Ansioso Ambivalente</p> <p>El apego ansioso ambivalente por otro lado se desarrolla cuando el cuidador primario se muestra ausente o circunstancialmente disponible para el bebé, enviando mensajes contradictorios al mismo, quien mantiene ambivalencia en diversas áreas de su desarrollo.</p>	<p>Cuando la niña se ensucia llora porque no le gusta estar así sin embargo cuando su madre la limpia también llora. La niña muestra desesperación incesante al separarse de su madre, cuando la madre regresa no muestra una tranquilidad pronta en su ánimo.</p>			<p>En varias ocasiones la niña le pide afecto a su madre por medio del llanto, a lo cual no siempre responde de manera positiva al recibir el reforzamiento afectivo de su madre.</p>
<p>Apego Ansioso Evitativo</p> <p>El apego ansioso evitativo muestra una desatención generalizada hacia el bebé, lo cual inhabilita sus sentimientos de confianza, dichos niños desarrollan una desvalía profunda y sentimientos</p>				

<p>negativos crónicos, mostrando cambios leves o imperceptibles según la presencia o ausencia del cuidador primario.</p>				
<p>Apego Desorganizado Desorientado</p> <p>El apego desorientado se desarrolla cuando el cuidador primario muestra respuestas inadecuadas al niño, llegando incluso al maltrato infantil, situaciones que generan ansiedad en el mismo y desconfianza generalizada en sus capacidades propias o situaciones ambientales.</p>				

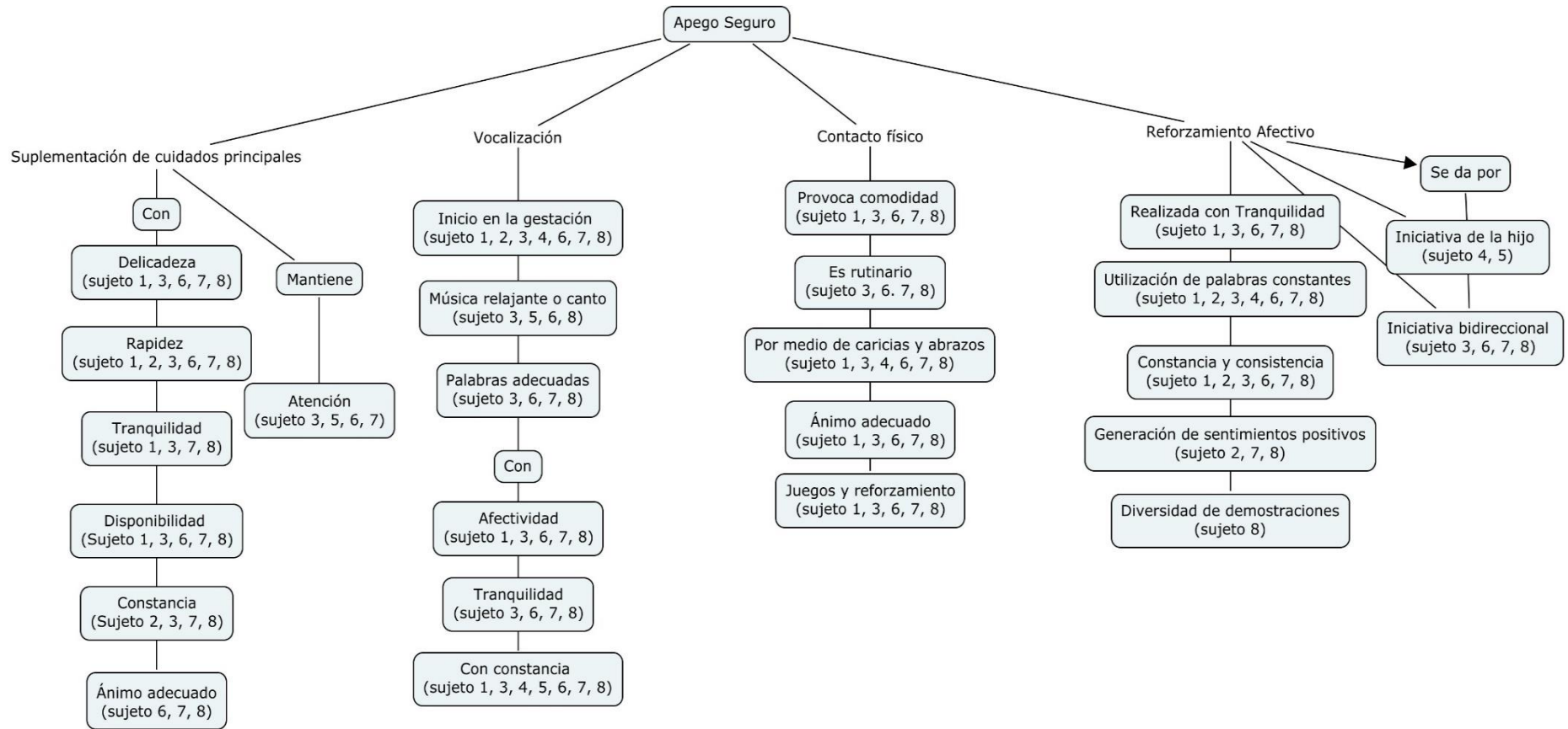
	Apego Seguro	Apego Ansioso Ambivalente	Apego Ansioso Evitativo	Apego Desorganizado Desorientado
Sujeto 1	<p>La madre suple las necesidades básicas de la niña cuando las presenta, al estar apresurada lo hace de prisa pero con delicadeza.</p> <p>Desde el embarazo a la actualidad la madre le ha hablado a la niña, utiliza un tono de voz calmado.</p> <p>Contacto físico, como juegos o reforzamiento constante, sentimientos de comodidad.</p> <p>Reforzamiento afectivo más frecuente, sonrisas, caricias al estar triste, palabras reforzadoras. Mayormente la madre está tranquila.</p>	<p>Dificultades en calmarla cuando comienza a llorar, no se tranquiliza.</p>	<p>Cuando la madre no se encuentra de humor adecuado no se acerca para evitar transmitirle sentimientos negativos a su hija.</p>	
Sujeto 2	<p>Se interesa por todos los cuidados de la niña y cumplirlos con rapidez.</p> <p>La verbalización inició desde el embarazo y continúa en la actualidad.</p> <p>Un contacto físico satisfactorio durante los primeros meses de vida.</p> <p>Existen demostraciones de afecto por medio de palabras todos los días.</p>	<p>Muestra cambios de humor repentinos, los cuales se relacionan en los mismos cambios sufridos por la madre. Muestra necesitar atención al estar más personas presentes pero rechazar a la madre al estar solas. No muestra necesidad apropiada por la comida, causando conflictos en la diada.</p> <p>Al alejarse la madre se muestra ansiosa, independientemente de la figura que la acompañe.</p> <p>Tiene conflictos con las rutinas establecidas por la madre.</p> <p>Disminución significativa en la comunicación a partir del año y medio de edad, debido al nacimiento de la hermana menor.</p> <p>El deseo de contacto físico por parte de la madre ha disminuido durante los últimos años, actualmente éste se da en relación tanto al humor de la madre y de la niña. Contacto físico para suplir necesidades crea conflictos. Caricias y juegos en relación al humor.</p> <p>La situación económica es determinante para el ánimo de la madre y éste mismo para el trato hacia la hija, siendo muy intermitente en demostraciones afectivas.</p>		<p>Ha existido agresión física y psicológica cuando la niña no responde académicamente de manera satisfactoria. Rutinas como cambiarla, peinarla o bañarla son realizadas rápidamente, llegando incluso a provocar el llanto en la niña.</p>
Sujeto 3	<p>El niño presenta sus necesidades básicas de manera calmada, al ser suplidas se tranquiliza. La madre suple las necesidades de manera rápida o dependiendo de la urgencia. Al no tener disponibilidad de cuidarlo, es el padre o la abuela quienes cuidan al niño, él reacciona tranquilamente.</p> <p>Estímulos como música relajante y palabras de afecto se han presentado desde el embarazo, principalmente por el padre. La madre refuerza al niño constantemente por logros obtenidos y predominantemente le habla de manera tranquila.</p>	<p>Menciona tener poca paciencia con el niño, al irritarse decide dejarlo sólo por un momento.</p> <p>El niño muestra rechazo a su madre cuando se siente irritado, posteriormente manifiesta síntomas ansiosos.</p>	<p>Se aleja del niño al tener conflictos previos al contacto para evitar agredirlo.</p>	

	<p>El contacto físico se da mayormente por las tardes sin embargo es constante durante todo el día, éste se realiza con tranquilidad y cariño y provoca sentimientos positivos en la madre. Existen juegos en los cuales interactúan otras personas.</p> <p>El reforzamiento afectivo es constante, generalmente por medio de palabras y caricias, el niño verbaliza la solicitud de afecto a lo que la madre responde con abrazos.</p>			
Sujeto 4	<p>Suple las necesidades principales de manera rápida, la niña no encuentra conflictos significativos en la separación (únicamente con la abuela).</p> <p>Verbalización constante en el periodo de gestación.</p> <p>Caricias y abrazos constantes por las noches.</p> <p>Constantes miradas de cariño, la niña solicita afecto dando un primer acercamiento al cual la madre responde de la misma manera.</p>	<p>Muestra necesidades de cuidado sin embargo en ocasiones las rechaza por parte de la madre y continúa en un estado de sentimientos negativos. La madre comenta que durante los primeros meses de vida la suplementación de cuidados principales fue intermitente debido a su ánimo, actualmente dicha situación se da al agotarse la paciencia de la madre.</p> <p>No existió verbalización hacia la niña durante los primeros meses de vida.</p> <p>El contacto físico es influenciado por el ánimo de la madre y el ánimo de ambas es dependiente de la otra sólo negativamente.</p> <p>Demostraciones afectivas dependientes del ánimo de la madre y/o el comportamiento de la niña.</p>		
Sujeto 5	<p>Atención adecuada a las necesidades principales. El tono de voz utilizado es normalmente tranquilo, la madre ha tenido sentimientos positivos al tener contacto físico con la niña.</p>	<p>El reforzamiento afectivo por medio de palabras es intermitente y por medio de gestos (como caricias, abrazos, miradas) se da en relación al ánimo de la madre.</p>	<p>La madre evitaba el acercamiento con la niña debido a su estado de ánimo, dicha situación se generalizaba hacia los cuidados principales, verbalización, reforzamiento afectivo y contacto físico.</p> <p>Educación orientada a una independencia completa por parte de la niña.</p> <p>Temor a transmitir emociones o pensamientos negativos provoca alejamiento por parte de la madre.</p>	

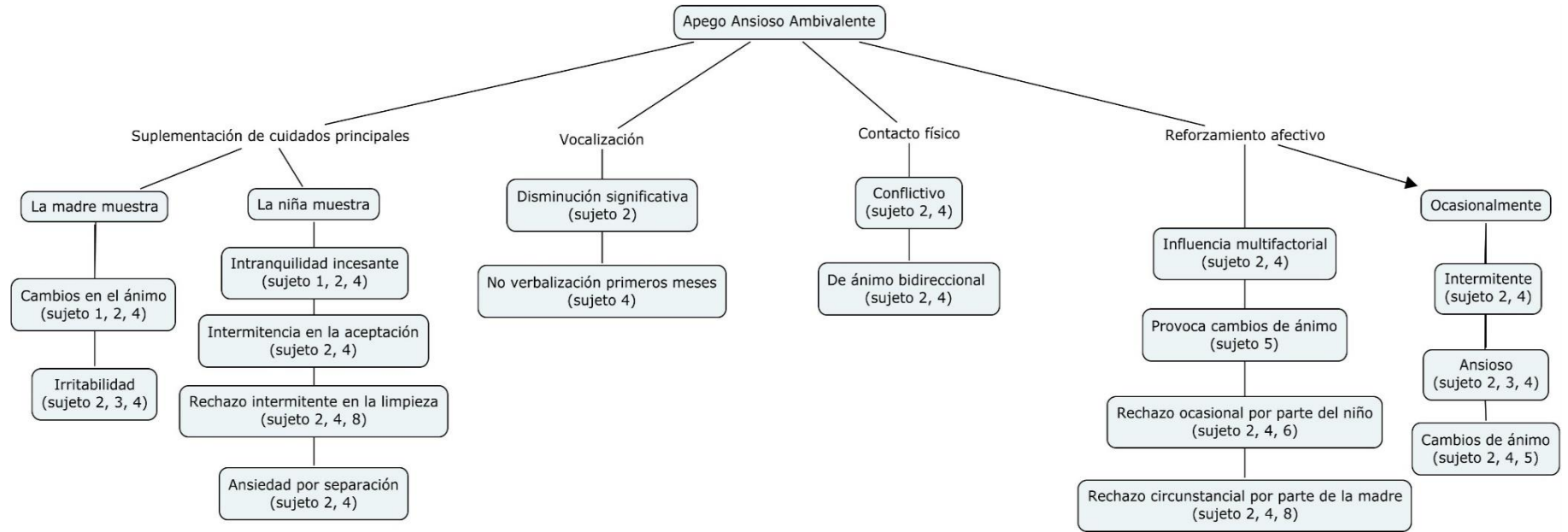
			La niña no muestra necesidades afectivas.	
Sujeto 6	<p>Los padres se muestran pacientes y disponibles a suplir las necesidades del niño, normalmente turnándose para el cuidado, rutinas establecidas que son aceptadas por el niño.</p> <p>Verbalización iniciada desde la gestación por medio de palabras de cariño y canto, actualmente el segundo en disminución pues la comunicación ha iniciado bilateral. El tono de voz es predominantemente calmado.</p> <p>Contacto físico constante desde el nacimiento con un ánimo tranquilo o alegre, los juegos en menor medida, pero existentes.</p> <p>El reforzamiento afectivo se da por medio de abrazos, caricias, besos y sonrisas de manera constante durante todo el día, en ocasiones por iniciativa del padre y en otras por iniciativa del niño.</p>	Al estar el niño irritado emocionalmente no recibe compensaciones por parte del padre, por lo cual el mismo decide alejarse.		
Sujeto 7	<p>Muestra conductas relacionadas a su edad para con respecto a sus necesidades básicas, posteriormente la madre suple las necesidades y el niño las acepta adecuadamente. El contacto al suplir las necesidades se da con delicadeza, la madre comenta presentar emociones positivas al mantener contacto con su hijo y suplir sus necesidades.</p> <p>La vocalización inició desde el embarazo, posterior al nacimiento continuó aumentando dándose de manera indiscriminada, normalmente con relación generalmente a palabras afectivas.</p> <p>El contacto físico es normalmente realizado con tranquilidad o sentimientos positivos, al presentar diversas necesidades son suplidas adecuadamente. Algunas actitudes reforzadoras como juegos y abrazos son constantes, así como miradas de cariño y besos.</p>			
Sujeto 8	<p>Cuidados principales suplidos con rapidez por la madre, la niña no muestra conflictos con las rutinas o los cuidados de la madre, el ánimo desde el despertar y durante el día es predominantemente tranquilo por parte de ambas.</p> <p>Verbalización desde la gestación por parte del padre, posterior al nacimiento incremento por parte de la madre, normalmente se da de manera tranquila y con palabras adecuadas.</p> <p>Se ha realizado un contacto físico agradable y satisfactorio de manera constante desde el nacimiento, los juegos son constantes y se dan varias veces al día de diversas maneras.</p> <p>Reforzamiento afectivo por medio de besos, abrazos, caricias y vocalización durante varias veces al día, esto provoca sentimientos positivos en la madre y en la niña.</p>	<p>Reacciones intermitentes entre agrado y desagrado por parte de la niña al ser limpiada por su madre.</p> <p>Rechaza ocasionalmente el reforzamiento afectivo de parte de su madre al llorar.</p>		

4.2 Mapas Conceptuales

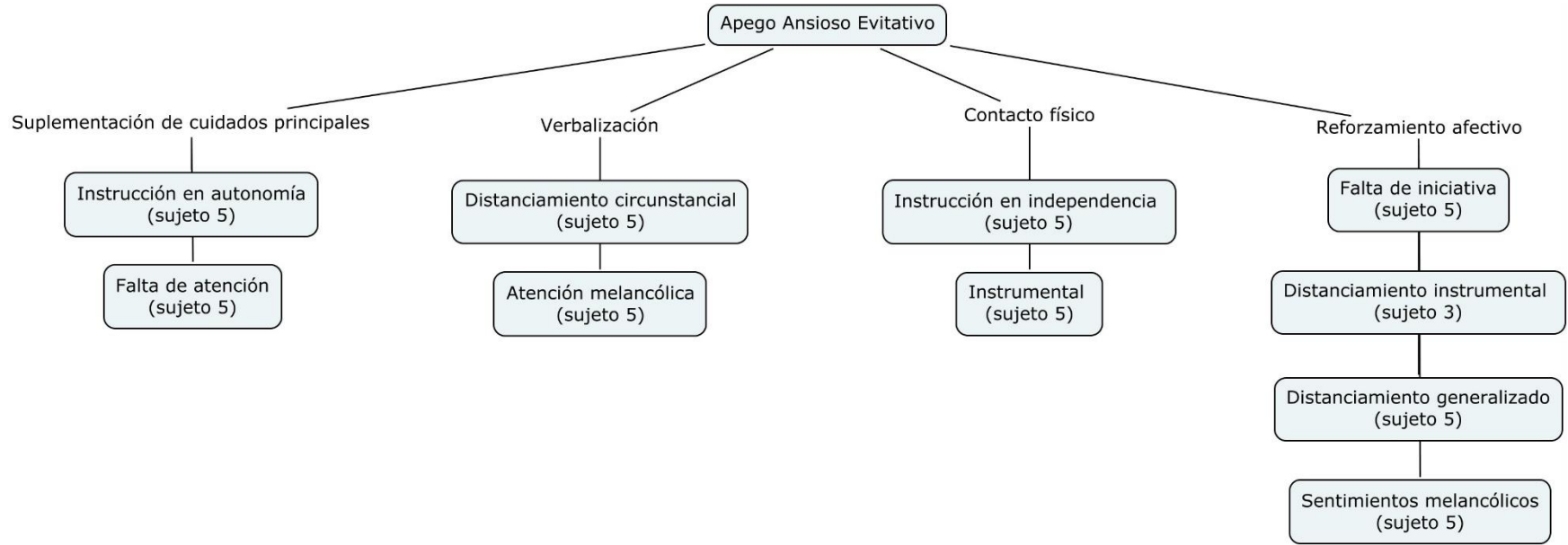
Mapa 1 - Apego seguro



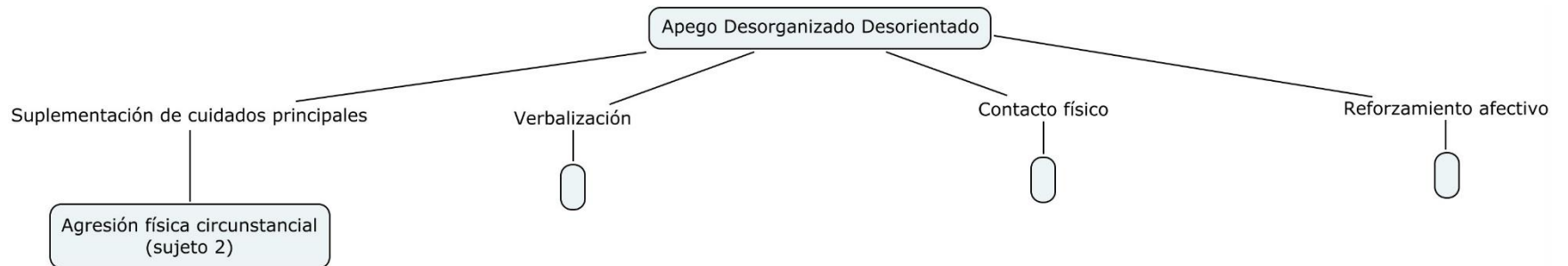
Mapa 2 - Apego ansioso ambivalente



Mapa 3 - Apego ansioso evitativo



Mapa 4 - Apego desorganizado desorientado



4.3 Análisis de resultados

Según los datos obtenidos a partir de la aplicación del instrumento creado para este estudio, se ha encontrado que los sujetos 1, 3, 6, 7 y 8 muestran un apego de tipo seguro. Por otra parte, los sujetos 2 y 4 muestran una formación de apego tipo ansioso ambivalente; el sujeto 5 muestra una formación de apego tipo ansioso evitativo y ningún sujeto muestra una formación de apego desorganizado, desorientado. Los resultados surgen de la profundización en las actitudes relacionadas a los cuatro indicadores propuestos para el apego por Massie y Campbell en 1978: suplementación de cuidados principales, verbalización, contacto físico y reforzamiento afectivo.

Respecto de la suplementación de cuidados principales, los progenitores de los sujetos 1, 3, 6, 7 y 8 evidenciaron tener las mismas respuestas, los padres brindan atención adecuada a las necesidades presentadas por los niños desde los primeros meses de vida. Asimismo, los sujetos muestran una disposición adecuada y una actitud predominantemente tranquila para atender a los niños. En general los padres de los niños hospitalizados indicaron que estos manifiestan poca ansiedad a la separación al momento en que los cuidadores primarios se alejaron, quedándose en compañía de una persona conocida. Todos los sujetos mostraron una rutina semi-estructurada para los cuidados de los niños, a las que los mismos correspondieron con adaptabilidad y flexibilidad. La madre del sujeto 2 mencionó disponibilidad hacia los cuidados del sujeto, relata una atención constante a la niña; sin embargo se observó que en diversas ocasiones se da de manera inadecuada. Actualmente la niña muestra un comportamiento ambivalente al aceptar satisfactoriamente los cuidados pero rechazarlos en otras ocasiones. Por otro lado, la madre del sujeto 4 menciona una

suplementación constante de los cuidados principales hacia la niña, sin embargo ocasionalmente muestra conductas hostiles. Actualmente la madre narra que la niña demanda atención a sus necesidades principales, pero ocasionalmente muestra conductas aberrantes al recibir dicha atención. Por otro lado la madre del sujeto 5 se encontraba predominante ausente al momento en el cual la bebé presentaba necesidades básicas, las mismas que eran suplidas por la empleada doméstica o por la madre pero luego de un tiempo prolongado, actualmente la niña no solicita la provisión de cuidados principales a su madre y muestra indiferencia a la separación.

Correspondiente al indicador sobre vocalización y otros estímulos auditivos, los progenitores de los sujetos 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 8 comentan haber iniciado la verbalización desde el embarazo, la misma fue orientada generalmente en relación a la expectativa que los padres tenían por conocer al bebé, así como el reforzamiento por medio de palabras afectivas. Durante la entrevista los progenitores, también mencionaron que dichas actitudes fueron predominantemente presentadas por los padres y en menor grado por las madres, de la misma manera la música o el canto se presentó en menor medida durante el embarazo. La verbalización posterior al nacimiento disminuyó en el sujeto 1, incrementando posteriormente en relación a la edad de la niña. Los progenitores de los niños 1, 3, 6, 7 y 8 mencionaron proveer de diversos estímulos auditivos de manera constante con una actitud calmada y con emociones positivas a los sujetos. Las madres de los sujetos 2 y 4, por otro lado, narraron intermitencia en cuanto a la emocionalidad y actitudes con las cuales expresaban dichos estímulos a las niñas, sin embargo los estímulos auditivos eran presentados constantemente. Con relación a la madre del sujeto 5 y los estímulos auditivos, ésta

menciona que dichas actitudes eran llevadas a cabo de manera precaria y en las ocasiones en que se presentaba, era con emocionalidad negativa, siendo mayormente melancólica.

Respecto del contacto físico, los progenitores de los sujetos 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 8, comentaron un contacto constante con los niños, siendo éste en menor manera por parte de las madres de los sujetos 2 y 4. Los padres entrevistados de los sujetos 1, 3, 6, 7 y 8, mencionaron actitudes similares al tener contacto físico durante la entrevista. Entre estas describen tener un contacto físico delicado, tranquilo y rutinario hacia los niños. Los entrevistados demuestran preocupación adecuada con relación al contacto físico, evitando realizarlo agresivamente, principalmente al brindarle cuidados principales durante los primeros meses de vida a los sujetos. Mencionan tener pocos cambios emocionales con relación al contacto. Al existir estos, se relacionan principalmente con las emociones e incluso sensaciones positivas que el contacto provoca, también expresan diversas ideas agradables. Los entrevistados señalan realizar contacto físico generalmente cuando los niños lloran; sin embargo las madres de los sujetos 3 y 6 mencionan hacerlo circunstancialmente, evitándolo cuando los niños presentan rabietas. Las madres de los sujetos 2 y 4 mencionan un contacto físico constante, no obstante ambas refieren evitarlo al tener cambios emocionales negativos. Los progenitores de los sujetos 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 8 mencionan realizar juegos con los niños, dichos juegos son de diferente índole y cada entrevistado los realiza con diferente frecuencia con sus hijos. La madre del sujeto 5 menciona tener un contacto físico puramente instrumental y escaso con la niña, los juegos son nulos, así como poca atención a los cuidados primarios de la niña y demostraciones afectivas de carácter físico realizadas con baja frecuencia.

Al indagar en la demostración de afectividad en la díada progenitor-hijo, se encontró diversidad en las formas de hacerlo por parte de los padres, sin embargo únicamente la madre del sujeto 5 demostró un reforzamiento afectivo poco frecuente. Los progenitores de los sujetos 1, 3, 6, 7 y 8 mencionaron características similares al demostrar afecto a sus hijos, teniendo como factor común la generación de sentimientos agradables a partir de dichas demostraciones. Los sujetos 3, 6 y 8 demuestran rechazo circunstancial respecto de las demostraciones afectivas de los padres según los datos obtenidos en la entrevista. Las madres de los sujetos 2 y 4 mencionan tener emociones negativas ocasionalmente al tener contacto con sus hijas, las cuales van en relación directa al estado de ánimo y/o comportamiento demostrado por las niñas. La madre del sujeto 5 relata tener pocas demostraciones afectivas hacia la niña, generalmente debido a un estado de ánimo predominantemente negativo, mencionando no tener cambios influenciados por la presencia o demostración afectiva por parte de su hija.

Durante las entrevistas, todos los sujetos entrevistados manifestaron demostraciones diversas de las conductas de los indicadores; sin embargo, se encontró que la constancia, emocionalidad y actitud de los padres en la relación hacia sus hijos fueron factores determinantes para la formación de los diversos tipos de apego.

En conclusión, el tipo de apego que más se presentó en los niños hospitalizados participantes en este estudio fue el apego de tipo seguro, siendo un total de 5 de los 8 niños del estudio. Los niños con apego ambivalente mostraron una frecuencia menor, siendo 2 del total de sujetos y

únicamente 1 niño presentó un apego de tipo evitativo; quedando así el apego de tipo desorganizado el único no evidenciado en el estudio.

V. DISCUSIÓN

A continuación se presentan el análisis de los resultados obtenidos a partir de la entrevista semi-estructurada realizada para este estudio en comparación con los resultados obtenidos por investigaciones con temas relacionados, y con respecto del objetivo de la investigación fue describir los tipos apego en niños de 1 a 5 años hospitalizados en una institución privada de la ciudad de Guatemala.

Tomando en cuenta los autores previamente consultados en el marco teórico, se puede definir el apego como el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres a partir de diversas actitudes que brindan reforzamiento y seguridad para él. Éste vínculo provee las herramientas fundamentales para un desarrollo emocional satisfactorio, así como una personalidad sana (Bowly, 1998).

En Guatemala se han realizado investigaciones con la finalidad de estudiar tanto el apego como los efectos de la hospitalización tanto en los niños hospitalizados, como en sus padres. En 2013, Girón analizó el apego de madres y niños de 0 a 3 años con Síndrome de Down asistentes a la Fundación Margarita Tejada, demostrando que las madres realizan diversas conductas de manera natural que facilitan la formación de apegos con sus hijos. También experimentaron ansiedad, angustia y miedo al separarse de sus hijos, así como frente a las enfermedades que padecen o podrían padecer. Los resultados obtenidos en dicho estudio pueden compararse a los obtenidos en esta investigación, entre los cuales se puede concluir que en general los progenitores

de los sujetos actúan de diversas maneras con la finalidad de tener cuidados adecuados para sus hijos. Incluso cuando 3 de los 8 sujetos demostraron un apego inadecuado (siendo 2 apegos de tipo ansioso ambivalente y 1 apego de tipo ansioso evitativo), los otros 5 sujetos demostraron un desarrollo de apego seguro.

De la misma manera, Fernández (2011) analizó los patrones de apego de patrones que desarrollan niños de ambos géneros de 0 a 18 meses de edad, víctimas de abuso sexual o físico, abandono y negligencia, que se encuentran institucionalizados, quienes presentan conductas contradictorias ante la separación, buscan acercamiento y luego lo rechazan. Dichos resultados contrastan con los obtenidos por los niños hospitalizados evaluados, quienes demuestran mayormente conductas de acercamiento hacia los padres, siendo en menor cantidad los niños con conductas contradictorias.

Por otra parte, Luna (2005) en su estudio analizó las relaciones parentales para determinar el tipo de apego las manifestaciones de la percepción y manejo de las relaciones interpersonales de pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad pasivo-agresivo. Los resultados demostraron que los sujetos tienen diversas cogniciones que provocan un manejo disfuncional de sus relaciones interpersonales y sus emociones. Los resultados de esta investigación por el contrario no evalúan las cogniciones propias de los sujetos; sin embargo al profundizar en demostraciones cognitivas derivadas de acciones de los padres mencionan darle una significancia emotiva generalizada a las acciones realizadas por los padres, eventualmente manifestando síntomas ansiosos si dichas acciones se presentan de manera constante.

Así también, Maza (2004) en su estudio determinó las consecuencias psicológicas de la hospitalización en niños diagnosticados con cáncer, entre las cuales encontró: ansiedad, depresión, regresión y relaciones familiares disfuncionales, significativamente presentadas a partir de la hospitalización. De la misma manera, los sujetos de dicha investigación tienden a evidenciar ansiedad, incomodidad y emociones negativas al encontrarse hospitalizados, dichos síntomas relatados tanto por los padres como observados durante el proceso de entrevista.

En 2007, Chúa, mencionó que la hospitalización en un niño, por cualquier motivo, representa un evento traumático para él y la familia. De la misma manera, 3 de los 5 padres de los sujetos entrevistados mencionaron la hospitalización como traumática para la familia, indicaron síntomas importantes como ansiedad y depresión, así como todos los padres y los sujetos del estudio evidenciaron síntomas de la misma índole durante la entrevista.

De la misma manera, Ruano (2001) al realizar su estudio sobre los efectos negativos sobre la hospitalización en niños describió las emociones, reacciones emocionales y posibles intervenciones tanto a los niños hospitalizados con algún tipo de cáncer, como a sus familias. En esta investigación, 3 de los padres indicaron que tenían síntomas ansiosos; también se encontró que los hijos de padres que mencionaron lo anterior tenían enfermedades más graves. También los niños que posterior a la entrevista fueron calificados con un apego seguro demostraron síntomas menores de ansiedad, estuvieron más tranquilos y permitieron un mejor desarrollo durante la entrevista que las niñas con un apego ambivalente y en menor manera la niña con apego evitativo.

También Barrios (1998), describe sobre la reacción psicológica de niños ante la hospitalización, la cual supone un cúmulo de problemas y riesgos, los cuales se suman a la alteración propia de la enfermedad. Las alteraciones en el estado emocional y conductual de los niños son muy frecuentes como consecuencias de la hospitalización. Con respecto a esto, los sujetos evaluados en esta investigación habían sido ingresados a hospitalización por una única vez. De estos, únicamente una niña demostraba algunas alteraciones durante dicho proceso, quien posterior a los resultados de la investigación fue clasificada con un apego ansioso evitativo.

Asimismo Aguilera (2007), encontró en su investigación sobre la relación entre el nivel de ansiedad y la hospitalización en una población mexicana que comprendía niños entre 7 y 11 años admitidos en diferentes unidades hospitalarias del sector público de México que existe ansiedad como respuesta emocional ante el evento de la hospitalización, por lo tanto es necesario intervenir para prevenir, identificar y tratar la ansiedad en el niño en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo a través de programas de educación para la salud y posteriores a la hospitalización. Al igual que en dicho estudio, los resultados de ésta investigación demostraron síntomas ansiosos que eran afrontados de formas adecuadas por los niños con un apego seguro, quienes tenían la confianza de encontrar a sus padres disponibles tanto física como mental y emocionalmente hacia ellos. Por el contrario las niñas con apego ambivalente mantenían diversos síntomas ansiosos e incluso presentaban conductas agresivas. Por otro, lado los padres de los niños hospitalizados presentaban diversos síntomas negativos de carácter cognitivo y/o anímico en relación a la hospitalización de sus hijos.

De igual manera Santelices, Guzmán y Garrindo (2011) realizaron un estudio en el cual encontraron diferencias significativas entre 2 grupos de adultos chilenos según la demostración de la presencia o ausencia de sintomatología ansioso-depresiva, de tal modo que la sintomatología ansioso-depresiva se asocia a estilos de apego inseguros. En la comparación a los modelos de crianza y los tipos de apego evidenciados a partir de las entrevistas con los padres, en la diada madre-hija con respecto a un apego ambivalente y un apego evitativo mencionan síntomas ansiosos evidentes. Las madres de niñas con un apego ambivalente cuentan con pocas herramientas funcionales para enfrentar situaciones preocupantes por lo cual envían mensajes contradictorios a sus hijas al cambiar de ánimo inesperadamente. De la misma manera la madre de la niña con un apego evitativo demuestra no contar con herramientas adecuadas para enfrentar una sintomatología depresiva y al mismo tiempo interactuar con su hija, por lo cual opta por alejarse como una manera de protección tanto para sí misma como para la niña.

Por su parte, Lecannelier (2009), en un estudio realizado en Chile, evaluó la efectividad de dos intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego madre-bebé. El estudio confirma que la implementación de estrategias de intervención breves puede ser efectiva en el mejoramiento de determinados aspectos de la salud y calidad de vida de los niños, durante los primeros años de vida. Dichos resultados pueden relacionarse a como en este los sujetos con un apego seguro demostraron una tranquilidad mayor y una aceptación a los procesos hospitalarios de una manera adecuada, aumentando así la efectividad de los mismos. Por el contrario el nivel de ansiedad manejado por una de las niñas con apego inseguro evidenció un tiempo de recuperación

prolongado, mientras que la otra niña con apego ambivalente tenía 3 ingresos hospitalarios anteriores al actual en el momento de la entrevista.

Por otra parte, en 2014, Martínez, Fuertes, Orgaz, Vicario y González por medio de un instrumento on-line evaluaron tanto la asociación entre la vinculación afectiva con los padres en la infancia y la calidad percibida en las relaciones de pareja en la juventud, así como, el efecto de dicha asociación en el apego adulto en la relación. Encontraron que los sujetos tienen asociaciones directamente relacionales al tipo de apego formado con la figura primaria durante la infancia y los sentimientos y cogniciones presentados durante la relación de pareja. Por otra parte, en el estudio realizado se encontró una influencia significativa en relación al apego desarrollado y la forma en la cual los niños se relacionan con otras personas (no siendo el cuidador primario); los niños demostraron síntomas ansiosos y/o agresivos en relación a dos factores: el tipo de apego desarrollado y la edad del niño. Tanto las niñas con apego ambivalente y los niños menores de 2 años demostraron ansiedad o agresividad al tener contacto con otras personas, dichas demostraciones pueden ser relacionadas al desarrollo de la edad pero en los casos del apego ambivalente demuestra capacidades inadecuadas para la interacción, estas pautas comportamentales podrían continuar en una edad adulta dependiendo de diversos factores, sin embargo el apego ambivalente muestra una influencia crucial para esto.

En resumen, se puede afirmar que la formación del apego con la figura primaria en la infancia puede brindar las herramientas adecuadas para afrontar situaciones estresantes o traumáticas, así como brinda herramientas para el establecimiento de diversas relaciones interpersonales en el

futuro. Las mismas herramientas se desarrollarán en relación al tipo de apego desarrollado, siendo en ocasiones funcionales y en otras, disfuncionales. También cabe mencionar que se demostró que el apego en los sujetos del estudio fue en su mayoría de tipo seguro, siendo un total de 5 de los 8 niños. Continuamente, el apego ambivalente se presentó en menor frecuencia, evidenciándose únicamente en 2 de los 8 sujetos y posteriormente el apego evitativo, en 1 único sujeto, por lo cual el apego desorganizado desorientado no se presentó en ninguno de los sujetos.

VI. CONCLUSIONES

1. El tipo de apego presentado por los 8 niños hospitalizados en una institución privada de la ciudad de Guatemala fue: 5 niños con apego seguro, 2 con apego ansioso ambivalente y uno con apego ansioso evitativo.
2. En este estudio todos los progenitores narraron preocupación y atención hacia los cuidados principales necesarios de sus hijos, incrementando dicha atención durante la hospitalización, así como factores como la actitud, frecuencia y emociones que los padres presentaron al atender las necesidades principales de los niños fueron variables, dando así pautas para los diversos tipos de apego.
3. Durante las relaciones de pareja mayormente estables, la vocalización en el embarazo fue mayormente proporcionada por el padre que por la madre, situación que se revirtió posterior al nacimiento del niño. La mayoría de los cuidadores expresan tener la misma temática de comunicación hacia su hijo, sin embargo factores como el tono de voz, la frecuencia y la actitud fueron definitorios para las reacciones de los niños.
4. Todos los padres mencionan tener contacto físico con los niños, sin embargo únicamente los que han desarrollado un apego seguro lo realizan con mayor frecuencia de manera afectiva y con un ánimo positivo.

5. El reforzamiento afectivo es el indicador que más es influenciado por el estado de ánimo, tanto de padre o de hijo, en comparación con los otros indicadores, los entrevistados demostrando diversidad de formas de demostración afectiva, así como en las respuestas de los niños.

VII. RECOMENDACIONES

A los padres

1. Realizar autoevaluaciones en relación a diversas actitudes y emociones hacia sus hijos.
2. Recibir psicoeducación en relación a las consecuencias que las actitudes y emociones demostradas hacia sus hijos tienen en su desarrollo global.
3. Encontrar formas adecuadas de afrontamiento para diversas situaciones estresantes con la finalidad de disminuir las repercusiones de las mismas en las relaciones padre-hijo.

A la institución

1. Utilizar las herramientas brindadas en esta investigación para la orientación a la mayor cercanía de la díada padre-hijo, aumentando así las capacidades resilientes de ambos.
2. Realizar capacitaciones al equipo médico que lidia con los niños para brindar herramientas que disminuyan el impacto traumático tanto en los niños como en los padres.

A los investigadores

1. Realizar estudios que tenga como objetivo la comparación entre las consecuencias que tiene la hospitalización en centros privados y la hospitalización en centros públicos, con la finalidad de encontrar diferencias en relación al ambiente.
2. Realizar estudios en sujetos con otras condiciones estresantes para determinar diferencias comportamentales tanto en los padres como en los hijos y la influencia de las mismas en el apego.

A los psicólogos

1. Utilizar la información recabada para la creación de diversas herramientas de ayuda, relacionando el trauma y el apego.
2. Crear formas asertivas para fomentar un apego seguro en situaciones estresantes o traumáticas.
3. Indagar en las formas alternativas de apego al no existir accesibilidad al padre o cuidador primario.

VIII. REFERENCIAS

Ainsworth, M. Blehar, Waters y Wall (1978). *The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby*

And Mary Ainsworth. Recuperado de:

http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf

Aguilera, M. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. Tesis inédita. Universidad Autónoma de México. México.

Balluerka, N. Lacasa, F. Gorostiaga, A. Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). *Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego.* Recuperado de:

<http://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf>

Bayés, R. (1991) *Psicología Oncológica*. Segunda Edición. Barcelona, España: Martínez Roca.

Biedermann, K. Martínez, V. Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación, *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 217-226.

Bowly, J. (1998). *El apego y la pérdida-1*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Caballo, V. (1998). *Formulación clínica, medicina conductual y Trastornos de Relación, vol. 2*. Madrid, España: Siglo 21 de España Editoriales S.A.

Campo, D. (1999). *Niños hospitalizados y técnicas d comunicación para personal*. Valencia, España: Editorial Servicio Valenciano de Salud.

Fernández, A. (2011). *Patrones de apego desarrollados en niños maltratados de 0 a 18 meses, que se encuentran institucionalizados*. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Geist, H. (1996). *Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

Girón, A. (2013). *Apego de la Madre con un Hijo Con Síndrome de Down que Asiste a la Fundación Margarita Tejada*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Lansky, S. List, M. Ritter-Sterr, C. y Hart, M. (1991) *Principles and practice of pediatric oncology (2nd. ed.)*, Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Lecannelier, F. (2009). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. 18, p143-155.

López, M. y Alvarez, E. (1995). *Aspectos Psicológicos de la Hospitalización Infantil*. Facultad de Medicina Psicología Médica c. Ramón y Cajal, 5. España: Valladolid lid.

Luna, S. (2005). *El apego en las relaciones interpersonales en un paciente diagnosticado con trastorno de personalidad pasivo-agresivo*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Maza, B (2004) *Factores psicológicos que se derivan de la hospitalización y tratamientos médicos de los niños y niñas con cáncer del Hospital General San Juan de Dios*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landivar. Guatemala

Magaz, A. Chorot, P. Bonifacio, S. Santed A. y Valiente, R. (2011) Estilos de Apego y Acoso entre Iguales (Bullying) en Adolescentes, *Revista de Psicopatología Clínica*, 16, 159-168.

Martinez, J. Fuertes, A. Orgaz, B. Vicario, I. González, E. (2014). Parental Attachment in Childhood and Quality of the Romantic Relationships of Young Adults: The Mediating Effect of Adult Attachment. *Anales de Psicología*, 30, 212-221.

OMS (2006) *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Suiza: Ediciones de la OMS.

Oliver, M. (1996). *Psicopatología infantil*. (2ª. Edición). Argentina. Editorial Ubane.

Quezada, V. y Santelices M. (2010) *Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida* *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 42, núm. 1, 2010, pp. 53-61, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia

Rodriguez, G. Flores, J. y Jiménez, E. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe Editorial.

Santelices, Guzmán y Garrido (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 49-55.

Siegel, D. y Hartzell, M. (2005). Teoría del Apego: El proceso de Vinculación, *Ser padres Conscientes*. Recuperado de: <http://www.craniosacral.org/INFANCIA/apego.htm>

Spinetta, J., Rigler, D. y Karon, M. (1973) Anxiety in the dying child (ansiedad en el niño que muere). *Pediatrics*, 52.

ANEXOS

ANEXO I: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Formato de Entrevista semi-estructurada a cuidador primario (Instrumento)

Datos Generales:

Nombre del cuidador	
Sexo	
Edad	
Estado civil	

Instrucciones: Mucho gusto, mi nombre es Cristian Ramírez, soy estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar, la información que hoy trataremos es con la finalidad de conocer más sobre la relación que tiene con su hijo, esta información es confidencial y se utilizará como parte de la elaboración de mi tesis de graduación, la información recabada será de mucha utilidad para la elaboración de la tesis ya mencionada, por lo cual quisiera solicitar su autorización para grabar la sesión del día de hoy. Durante esta sesión vamos a hablar un poco sobre su relación con _____, desde sus primeros meses de vida, puede extenderse en sus respuestas y ampliarlas si así lo desea, si tiene dudas puede planteármelas.

1. Describa como se porta_____ cuando tiene hambre.
2. Indique cómo se comporta_____ al despertar.
3. Indique cómo se comporta_____ al tener sueño.
4. Cuando_____ llora(ba) porque necesita(ba) cambio de pañal describa cómo reacciona(ba) usted.
5. Cuándo usted limpia a____ por que se ha ensuciado comiendo o jugando, detalle cómo reacciona el bebé o niño.
6. ¿Qué hace usted cuándo_____ llora porque tiene hambre?
7. ¿Hay algo que haga difícil cuidar a _____?
8. Si en alguna ocasión usted no puede cuidar a_____ ¿qué hace?
9. Describa como cree que es su paciencia hacia_____ mientras lo cuida
10. ¿Qué cuidados a_____ le preocupan menos?
11. ¿Qué cuidados a_____ le preocupan más?
12. Cuando usted se aleja de_____ detalle cómo reacciona_____.
13. ¿Qué rutinas ha establecido usted para el cuidado de_____?
14. Describa cómo reacciona_____ a las rutinas que usted ha creado para su cuidado
15. Cuando _____ aún no había nacido, ¿usted o alguien más hacían sonidos para el (ella)?
 Describa como eran los sonidos.
16. De pequeño_____ ¿usted le hablaba? Describa cómo lo hacía.
17. De pequeño_____ ¿usted le cantaba? Describa cómo lo hacía.
18. En qué momentos le cantaba a_____.
19. ¿A qué edad comenzó a hablarle a _____?

20. Narre las primeras cosas que le decía a _____?
21. ¿Qué recuerda haber hecho con el propósito de ayudar a _____ para que comenzara o comience a hablar?
22. Describa cómo era la comunicación cuando _____ ya podía hablar
23. Explique cómo es el tono de voz que utiliza para hablarle a _____
24. Cuando se enoja con _____, describa cómo le habla
25. Cuando _____ hace algo que a usted le gusta, describa cómo le habla
26. Explique cómo cargaba a _____ durante sus primeros meses de vida
27. ¿Cuándo _____ llora, tiene contacto físico con él (ella)?
28. Explique cómo se siente al tener contacto físico con _____
29. ¿Ha habido cambios en sus deseos de tocar a _____?
30. ¿Qué recuerda que provocara estos cambios?
31. ¿Existen caricias, abrazos hacia _____? ¿Cuándo lo hace o con qué frecuencia?
32. Detalle cómo sostiene a _____ al bañarlo
33. Detalle cómo sostiene a _____ al cambiarlo.
34. Detalle cómo sostiene a _____ al darle de comer
35. ¿Hasta qué edad ayudó a _____ a vestirse o aún lo ayuda?
36. Detalle cómo lo ayuda o ayudaba a vestirse
37. Existen juegos entre usted y _____, en caso de ser así, detalle cómo son.
38. En qué momentos normalmente juega con _____.
39. Describa como se siente (o sentía) usted al amamantar o dar biberón a _____.

40. Narre cómo reacciona(ba)_____ cuando usted lo amamanta o da biberón (amamantaba o daba biberón).
41. Explique cómo _____ le pide afecto o cariño.
42. ¿Cómo reacciona usted emocionalmente a esto?
43. Expresé cómo se siente al demostrarle cariño a _____
44. Cuando _____ hace algo bueno, explique cómo reacciona usted
45. ¿Qué palabras o frases utiliza para hacer sentir mejor a_____?
46. Cuando_____ tiene algún problema con otros niños o bebés ¿qué hace usted?
47. Cuando_____ se siente triste o enojado ¿qué hace usted?
48. ¿Han existido momentos en los cuales le dice a_____ que no lo quiere o frases por el estilo?
49. ¿Existen gestos como miradas de cariño o sonrisas a_____? ¿Con que frecuencia las hace?
50. ¿Existen besos y abrazos de parte de_____? Describa cómo reacciona_____ cuando usted lo (la) besa y abraza
51. Al tener usted un conflicto o discusión previa a que_____ demuestre alguna necesidad, ¿cómo reacciona usted al suplir la necesidad que presenta_____?
52. Describa cómo es su estado del ánimo la mayor parte del tiempo, ¿Se modifica al estar con_____?
53. De ser la respuesta de la pregunta anterior sí, describa su estado de ánimo al estar con_____.

Muchas gracias por su colaboración, que tenga feliz día.

**La línea vacía es para especificar la referencia al paciente.*

**Instrumento validado por profesionales de la salud mental, conocedores del tema.*

PROGRAMA

Afrontamiento a situaciones estresantes sobre Hospitalización

Cristian Eduardo Ramírez Toledo

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
OBJETIVO	2
IMPORTANCIA Y DEFINICIÓN	3
ESTRUCTURACIÓN DE CONTENIDO DEL PROGRAMA	4
ACTIVIDADES	6
CRONOGRAMA	6
RECURSOS	9
BIBLIOGRAFÍA	11

PRESENTACIÓN

El desarrollo de herramientas adecuadas para la relación entre cuidador primario-niño permite obtener resultados positivos en la formación del apego. De la misma manera, un apego seguro permite al niño una exploración adecuada de su medio y el establecimiento de relaciones interpersonales sanas, satisfactorias y duraderas desde el inicio de la socialización; así como la formulación adecuada de resolución a problemas de diversa índole y herramientas de afrontamiento adecuadas. Las herramientas para fomentar el apego seguro son muy útiles, especialmente para aquellos que no desarrollan un apego adecuado, debido a la falta de información y desconocimiento de la magnitud de las consecuencias de las primeras relaciones en los niños.

Para la presentación de un programa que ayude a los niños como a los cuidadores primarios a encontrar herramientas apropiadas de afrontamiento a situaciones estresantes relacionadas a la hospitalización se toman en cuenta los elementos planteados por Gido y Clements (1999), los cuales son:

- **Objetivos:** lo que se desea lograr con la implementación del programa.
- **Actividades:** una lista de actividades o tareas por medio de las cuales se planea alcanzar los objetivos planteados.
- **Cronograma:** Se toman en cuenta lapsos de tiempo y se establece una calendarización para los mismos.

El programa de “AFRONTAMIENTO A SITUACIONES ESTRESANTES SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN”, está elaborado para trabajar las consecuencias negativas que tiene la hospitalización, tanto para padres como para los niños. Parte del éxito del programa, se recomienda que los sujetos cuenten con el tiempo adecuado para realizar la intervención. Tanto para los padres como para los encargados de la implementación del programa es conveniente elaborar la lista de actividades o deberes que se realizaran diariamente y de ésta manera sistematizar el cumplimiento del programa con el mayor grado de satisfacción posible.

OBJETIVO

Brindar herramientas de afrontamiento a situaciones estresantes con respecto a la hospitalización, para los niños y para sus padres o cuidadores primarios.

IMPORTANCIA Y DEFINICIÓN

La importancia de abordar el apego en niños hospitalizados o en otras situaciones estresantes radica en que dichos sucesos representan una amenaza para la integridad del niño.

Según la Organización Mundial de la Salud (s/f), en la mayor parte de los casos de padres que acuden a hospitales y centros de salud para el tratamiento de sus hijos, los niños no reciben una evaluación o tratamiento adecuado, y los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. Diversas limitantes reducen las posibilidades de que los médicos puedan aplicar procedimientos totalmente adecuados, siendo algunas intervenciones intrusivas y traumáticas para los niños, quienes pueden afrontarlas en relación a las capacidades desarrolladas y su autoconfianza, características significativamente influenciadas por el apego. El apego es un lazo importante para el desarrollo intrapersonal e interpersonal para cada sujeto. A lo largo del tiempo se han distinguido diferentes tipos de apego desarrollados en relación a la interacción con la figura cuidadora primaria.

La definición del tipo de apego depende de la interacción entre el cuidador y el niño, mediada en su mayoría por el cuidador. Un apego seguro brinda al niño herramientas para afrontar diversas situaciones estresantes, mientras que un apego inadecuado, pudiendo ser ambivalente, evitativo o desorganizado (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), puede ser un factor de importancia definitoria en respuestas inadecuadas a diversas situaciones estresantes. Dichas respuestas inadecuadas también pueden generalizarse a otras áreas de funcionamiento de la persona, dependiendo tanto del tipo de apego desarrollado en la infancia, como de diversos factores de carácter biopsicosocial.

Debido a lo anteriormente mencionado, se puede percibir la importancia brindar herramientas adecuadas para el afrontamiento de situaciones estresantes, siendo la hospitalización una particularmente definida como traumática por diversos autores.

ESTRUCTURACIÓN DE CONTENIDO DEL PROGRAMA

NIVEL DE LOS PARTICIPANTES: El programa de afrontamiento a situaciones estresantes será dirigido a diadas de cuidador primario- niño en función al desarrollo de herramientas adecuadas de carácter psicológico que incrementen la probabilidad de resoluciones adecuadas de situaciones estresantes.

CLARIDAD Y PROFUNDIDAD: Con la finalidad de brindar dichos aportes, el programa constará de diversos talleres, así como actividades psicopedagógicas que tendrán como finalidad profundizar en la formación de relaciones adecuadas entre cuidador primario y niños, las cuales consecuentemente brindarán herramientas de carácter emocional, cognitivo y conductual para la resolución adecuada de situaciones estresantes. Con la finalidad de brindar una formación puntual, se puede tomarán dos aspectos importantes en los participantes:

- **Sensibilidad Materna:** es una capacidad de las madres y los padres para detectar las señales tanto positivas como negativas (estrés) de sus hijos. Al comprender las implicaciones sobre las señales demostradas por los niños, los padres pueden encontrar la forma que más se adecúe para la suplementación de la necesidad presentada, también pueden regular el estrés, calmar al niño y proveer respuestas de manera eficiente y con suficiente rapidez. Al hacerlo de manera satisfactoria brinda la suficiente confianza en el niño para fundamentar el desarrollo de un apego seguro. Como es de esperarse, la mayor parte de la formación de herramientas es debida a las herramientas brindadas por el o los padres.
- **Temperamento:** Así como los padres proveen de gran parte de los factores decisivos para el apego, también los niños tienen una reactividad única desde su nacimiento hacia los estímulos internos y externos. Dicha sensibilidad es expresada en la afectividad, así como en los diversos tipos de sensorialidad: auditiva, olfativa, visual, táctil y gustativa. Tanto el grado de actividad como la regulación propias de los bebés también son determinantes para la formación de un tipo específico de apego.

FUNCIONALIDAD: El entrenamiento de las diversas áreas que componen la relación entre el cuidador primario y el niño, será de utilidad y practicidad para brindar pautas comportamentales tanto en la interacción diaria, como al presentar situaciones estresantes.

ACTUALIDAD Y CONTEXTO: Los contenidos que se trabajarán en este programa parten desde la evaluación metódica del apego formado entre los progenitores y sus hijos hospitalizados, así como las repercusiones negativas a la integridad de ambos sujetos, siendo generalmente percibida como una situación estresante o traumática.

ACTIVIDADES

El programa se llevará a cabo en 6 diferentes fases o días, los cuales constarán de un mínimo de 2 actividades con una temática similar, dicha temática con el objetivo de reforzar la relación entre el cuidador primario y el niño y/o brindar herramientas adecuadas para la resolución de conflictos.

Las condiciones se realizarán en un espacio suficientemente amplio que permita la movilidad tanto de los padres y sus niños como de los encargados del taller, debe gozar de iluminación y ventilación adecuadas con la finalidad de proveer de un ambiente suficientemente apropiado para el desarrollo adecuado de las actividades planteadas.

Con la finalidad de proveer herramientas que faciliten lo anteriormente mencionado, se han clasificado diversos contenidos a trabajar, los cuales se clasifican en una tabla que también explica el tiempo a trabajar por cada actividad, así como una explicación sobre el contenido de la misma.

CRONOGRAMA

Día	Actividad	Tiempo Estimado	Descripción
1	Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson	25 minutos	Se impartirá un taller didáctico con la información general de la relajación progresiva de Jacobson, así como sus implicaciones y beneficios, posteriormente se instruirá prácticamente sobre los pasos a seguir para llevar a cabo la relajación progresiva.
	Psicoeducación “La importancia del apego”	15 minutos	Se impartirá un taller didáctico con la finalidad de instruir a los padres sobre la importancia que fomentar un apego seguro tiene, así como las consecuencias de los diversos tipos de apego tanto en el desarrollo presente como futuro de los niños.
2	Entrenamiento en la percepción de necesidades del niño.	15 minutos	Con relación a los supuestos establecidos en el manual Massie-Campbell para la evaluación de apego y la teoría de Bowlby se realizará un taller didáctico para concientizar a los

			padres sobre las necesidades de los niños, así como las diversas demostraciones de las mismas.
	Formas básicas de suplir necesidades a los niños (taller).	15 minutos	Con relación al manual Massie-Campbell y la teoría de Bowly, así como los supuestos de Ainsworth se realizará un taller didáctico con la finalidad de proporcionar técnicas adecuadas para suplir las necesidades básicas de los niños, la misma se realizará por medio de un modelo de demostración-acción.
3	Entrenamiento en habilidades de contacto físico positivo.	15 minutos	Utilizando la teoría recopilada en el manual Massie-Campbell así como la proporcionada por Bowly se realizará una actividad didáctica sobre la importancia del contacto físico y formas adecuadas de hacerlo. Posteriormente se realizará una explicación por medio de un modelo de demostración-acción.
	Entrenamiento en habilidades de contacto verbal positivo.	15 minutos	Utilizando la teoría recopilada en el manual Massie-Campbell así como la proporcionada por Bowly se realizará una actividad didáctica sobre la importancia de la comunicación verbal y formas adecuadas de hacerlo. Posteriormente se realizará una explicación por medio de un modelo de demostración-acción.
4	Entrenamiento en demostraciones de afectividad adecuadas.	15 minutos	Utilizando la teoría recopilada en el manual Massie-Campbell así como la proporcionada por Bowly se realizará una actividad didáctica sobre la importancia del contacto físico y formas adecuadas de hacerlo. Posteriormente se realizará una explicación por medio de un modelo de demostración-acción.
5	¿Qué son situaciones estresantes y sus consecuencias? Formas adecuadas de resolución de conflictos.	25 minutos	En relación a diversas investigaciones se realizará una actividad didáctica sobre la hospitalización y sus consecuencias como situaciones estresantes. Se brindará un tiempo adecuado para la resolución de dudas, así como posteriormente se entregará un trifoliar realizado

			para este programa en el cual incluye supuestos primarios en relación a la formación al apego y sobre la hospitalización
6	Ejercicios de Relajación progresiva de Jacobson en las díadas cuidador primario- niño.	10 minutos	Con relación a las actividades realizadas los días anteriores, se realizará una actividad de reforzamiento sobre los temas anteriormente practicados, de ésta manera los asistentes al taller podrán experimentar una vez más lo aprendido bajo la supervisión de los encargados del taller, así como se brindará la oportunidad de resolver dudas al respecto. Los sujetos podrán interactuar con los niños al poner en práctica los conceptos aprendidos y así recibir retroalimentación tanto de los otros asistentes al taller como de los encargados del taller, dicha retroalimentación será medida por los encargados del taller.
	Reforzamiento de suplementación de cuidados principales	10 minutos	
	Reforzamiento en verbalización	10 minutos	
	Reforzamiento en contacto físico	10 minutos	
	Reforzamiento en demostraciones de afectividad	10 minutos	

SELECCIÓN DE RECURSOS

NÚMERO DE PERSONAS: las capacitaciones sobre las herramientas a lograr se harán con la mínima participación de 2 diadas de cuidador primario-hijo, es decir, un mínimo de 4 sujetos, la misma podrá ser ampliada a un máximo de 10 parejas de cuidador primario-niño, esto con la finalidad de brindar una asistencia adecuada, evitando así una atención o explicación precaria con respecto a las técnicas a alguno de los participantes al taller.

TIPO DE INSTRUCCIÓN: La instrucción a las diversas actividades se realizará de manera grupal, siendo posible realizarse por 2 personas encargadas como mínimo, siendo un máximo de 4, yendo en relación al número de asistentes, un número mayor de encargados no significaría ningún beneficio al programa. Los encargados tendrán diversas funciones acordadas a conveniencia conjunta, sin embargo se sugiere que una de ellas explique los pasos a seguir en cada actividad, mientras la otra apoya a los asistentes resolviendo dudas, así como dando instrucciones personalizadas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES: Los participantes serán niños hospitalizados y sus padres o cuidadores primarios.

- **Edad:** los niños deben ser mayores de 6 meses, pues es a partir de esta edad que los niños pueden percatarse de los sucesos amenazantes y por consiguiente pueden reaccionar a las mismas. Los niños de más de 5 años encontrarán dificultades para utilizar satisfactoriamente las herramientas que se brindarán en este programa, pues durante los primeros 5 años de edad los niños se encuentran más susceptibles a los componentes de las relaciones que guardan con sus cuidadores primarios.
- **Escolaridad:** Los sujetos pueden tener cualquier grado de escolaridad, con el requisito único de poder comunicarse de manera adecuada en el idioma en el cual se impartirá el taller, así como tener una comprensión buena del mismo.

METODOLOGÍA DIDÁCTICA: Las 2 o más personas encargadas tendrán un entrenamiento previo en las capacidades a desarrollar, las cuales se encontrarán por medio de la teoría adjuntada

en el anexo de este programa. La metodología se desarrollará por medio de talleres tanto de carácter psicopedagógico como de talleres instructivos.

RECURSOS DIDÁCTICOS:

- Se sugiere la utilización de un muñeco de plástico que representará al niño de la díada cuidador primario-niño.
- La utilización de una pizarra o papelógrafo para la instrucción de diversas actividades.
- Marcadores para escribir en la pizarra o papelógrafo.
- Recurso humano.
- Se utilizará la teoría encontrada en los anexos de este programa.

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth, M. Blehar, Waters y Wall (1978). *The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby And Mary Ainsworth.* Recuperado de:
http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf

Guido, J. y Clements, J. (1999) *Administración Exitosa de Proyectos.* Estados Unidos: Ediciones Thomson.

Jacobson, E. (2014) *Relajación Progresiva de Jacobson.* Recuperado de:
<http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf>

OMS (2006) *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación.* Suiza: Ediciones de la OMS.