



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Decanato de Postgrado

**Trabajo de Grado para obtener el grado de Maestría en
Psicología Clínica y Psicoterapia Integrativa**

Tesis

**Estilos de Apego asociado a Conductas de Riesgo Psicosocial,
Adolescentes, Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró**

Presentado por:

Pittí Caballero, Itza Yariela 4-770-2308

Asesora:

Mgter. Idalia Gómez

Panamá, 2020

DEDICATORIA

Deseo dedicar este trabajo de investigación a Dios, mi pilar y sostén, que por su gracia, misericordia y amor me concedió la Sabiduría para culminar este estudio.

A la memoria de mi padre, un guerrero, modelo de hombre esforzado y trabajador, mis valores y formación académica son su legado...

A mi madre, amorosa y abnegada, mi persona incondicional, se encargó de en todo momento recordarme que podía lograrlo con fe y dedicación...

A mi compañero de vida, por su sostén, tolerancia y paciencia, ánimo continuo, por las palabras de aliento cuando me sentí abrumada...

A mis hermanos hombres y mujeres valientes y generosos, cuando lo necesite sé que estarán para mí...

A mis sobrinos, los hijos que la vida me ha dado...

(Itza Yariela)

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su cuidado y guía para mi vida.

A mi padre porque, aunque ya no está físicamente me brindó los recursos para adquirir esta formación.

A mi madre abnegada, nunca dudó en brindarme todo el soporte que necesitara.

A mi compañero de vida por su apoyo desmedido, mis hermanos, sobrinas.

A mis profesoras asesoras de contenido, metodología, y demás profesores por compartir sus conocimientos durante mi formación como psicóloga clínica.

Al Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró, muy especialmente a la directora del Centro, y al personal técnico por toda su colaboración al igual que a los adolescentes que participaron del estudio.

(Itza Yariela)

RESUMEN

La investigación que a continuación se presenta trata sobre los estilos de apego asociado a conductas de riesgo psicosocial en adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró y como objetivo general se persigue comparar la relación que existe entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en los adolescentes, entre las edades de 12 a 17 años, que se encuentran recluidos en este centro ubicado en, Potrerillos, Dolega, Chiriquí y esto será posible mediante la identificación de los estilos de apego en los adolescentes, describiendo las posibles conductas de riesgo psicosocial manifestadas en los menores.

La metodología utilizada tiene un tipo de estudio fenomenológico, descriptivo - correlacional de enfoque mixto no experimental.

Los resultados del estudio muestran que el apego inseguro predomina en la muestra, con un mayor porcentaje el estilo desorganizado (50%), seguidamente el ambivalente (40%) y finalmente el evitativo con un (10%). Más de la mitad de la muestra el (80%) de los adolescentes, exteriorizan problemas de riesgo psicosocial.

Palabras clave: estilos de apego, adolescentes, conductas de riesgo psicosocial, infancia, vínculos afectivos.

ABSTRACT

The research presented below deals with the attachment styles associated with psychosocial risk behaviors in teenagers of Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró and as a general objective it is intended to compare the relationship between attachment styles and psychosocial risk behaviors in minors, between the ages of 12 to 17 years, who are confined in this center located in, Potrerillos, Dolega, Chiriquí and this will be possible by identifying the attachment styles in teenagers, describing the possible behaviors of psychosocial risk manifested in minors.

The methodology used has a descriptive-correlational phenomenological type of study with a non-experimental mixed approach.

The results of the study show that insecure attachment predominates in the sample, with a higher percentage of disorganized style (50% 9, followed by ambivalent (40%) and finally avoidant with (10%). More than half of the sample shows (80%) of adolescents, externalize problems of psychosocial risk.

Keywords: attachment styles, teenagers, psychosocial risk behaviors, childhood, affective bonds.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Planteamiento del Problema	11
1.1.1. Problema de Investigación.....	16
1.2 Justificación	17
1.3 Hipótesis de la investigación	19
1.4 Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo General	19
1.4.2. Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Necesidades básicas de afecto en los niños	21
2.1.1 El sostén emocional	22
2.1.2 La constitución de la regulación afectiva	24
2.1.3 La constitución de la confianza básica	25
2.1.5 Influencia de los vínculos afectivos en el desarrollo cerebral	26
2.2 Teoría del Apego	28
2.2.1 Concepto y antecedentes históricos.....	28
2.2.2 Estilos de Apego	32
2.3 Adolescencia Concepto e Implicaciones del Apego en el Adolescente ..	42
2.3.1 Adolescencia Concepto	42
2.3.2 Implicaciones del Apego en el Adolescente	44

2.4 Conductas de Riesgo Psicosocial	47
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	55
3.1 Diseño de Investigación y tipo de estudio	55
3.2 Población o universo.....	57
3.3 Variables.....	59
3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	62
3.5 Procedimiento.....	68
CAPÍTULO IV: NÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	70
4.1 Estilos de apego en los adolescentes del Centro de Rehabilitación.....	70
4.2 Conductas de riesgo psicosocial manifestadas en los adolescentes.....	79
4.3 Análisis Cualitativo.....	80
4.3.1 Triangulación.....	80
4.4 Comprobación de Hipótesis.....	84
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS	
ÍNDICE DE CUADROS	
ÍNDICE DE GRÁFICAS	

INTRODUCCIÓN

La teoría del apego hace énfasis en la importancia que tiene para el ser humano los primeros vínculos afectivos, establecidos con los progenitores especialmente con la madre o cuidadores, desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses de edad, es en esa etapa; la preverbal donde el bebé establece el estilo de apego y depende de la calidad del cuidado que se le brinde al infante. Los estilos de apego están clasificados en apego seguro, inseguro evitativo, ambivalente y desorganizado.

Los patrones de apego influyen en la actitud y forma de relacionarse y conducirse desde la infancia hasta la adultez de todo individuo, si los primeros vínculos han sido traumáticos pueden ocasionar problemas psicológicos graves, de conducta, personalidad. Sin embargo, los patrones intergeneracionales de apegos patológicos pueden ser restituidos.

Para una mejor comprensión se ha estructurado esta investigación de la siguiente manera:

Capítulo I formado por los Aspectos generales de la investigación, planteamiento del problema, problema de investigación, justificación, hipótesis, objetivo general y específicos.

Capítulo II marco Teórico se conformado por las investigaciones, los conceptos y teorías en los que se fundamenta el tópico de estudio.

Capítulo III integrado por el Marco Metodológico del estudio, incluye el diseño de investigación, tipo de estudio, la población o universo, las variables su definición conceptual y operacional, los instrumentos y técnicas de recolección de datos, y procedimiento el cual describe paso a paso el proceso de investigación.

Capítulo IV análisis y discusión de resultados constituido por la descripción de los datos estadísticos e interpretación de la información obtenida, a través de la aplicación de los instrumentos.

Y finalmente, se registran las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

Se espera que este trabajo de investigación pueda ser de utilidad para profesionales, estudiantes y todo aquel interesado en este campo del conocimiento científico.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

- Antecedentes teóricos

El desarrollo emocional y social del ser humano está influenciado y, además, marcado a lo largo de la vida por las primeras experiencias relacionales que tenga.

La teoría del apego de Bowlby (Marrone, 2009), trata de explicar por qué los seres humanos tienen la necesidad de crear vínculos de apego fuertes con ciertas personas que los hagan sentir seguros y protegidos, por otro lado, la teoría del apego intenta poner en evidencia las diferentes formas de dolor emocional y hasta psicopatologías que puede provocar la ruptura y pérdida afectiva de estos lazos.

Se han desarrollado diversas investigaciones que intentan relacionar las experiencias tempranas de privación materna al desarrollo de psicopatologías y conductas de riesgo en edades posteriores.

La presente investigación tiene como propósito evidenciar la relación entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes.

A continuación, se presentan unas de las principales referencias tomadas como base para esta investigación:

Según estudios realizados por Grimalt & Heresi (2012), el vínculo entre madre-hijo se da desde la concepción mediante las ideas que la madre va creando durante el periodo de gestación. Esas representaciones son basadas en su propia experiencia de apego en la infancia, lo que se conoce como transmisión transgeneracional de los vínculos de apego.

Gutierrez (2017), en Barranquilla, Colombia, realizó un estudio de caso único en un adolescente, cuyo objetivo es evaluar la posible relación entre apego y las conductas adictivas, concluyendo que el estilo de apego inseguro-evitativo tiene relación significativa con el trastorno de la personalidad con abuso de sustancia y alcohol.

El artículo de investigación de Celedón (2016), sobre estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos, describe los estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. Los resultados coinciden, al igual que la base teórica revisada, en que la privación en el área afectiva desde la niñez puede ser un indicador influyente en el desarrollo de una personalidad psicopática o antisocial.

Según una investigación acerca de los estilos de apego de madres y sus hijos, tanto en las madres como en los hijos es más frecuente el estilo de apego seguro. Este estudio sugiere que la capacidad que tienen los individuos para relacionarse socialmente de manera sana y cuidarse entre sí, tiene su fundamento en los vínculos afectivos o vínculos de apego que se forman en la primera infancia con su más significativo cuidador, que en su forma real está representado por la madre.

Los resultados de Pierina (2012), en su investigación muestran que hay una relación positiva entre los estilos de apego seguro en madres profesionales en áreas de las Ciencias de la Salud y sus hijos, pero es más alto en la diada nutricionista/ hijo. No se observan cambios significativos en el tipo apego de los hijos cuando se relaciona con familiares cuidadores, doméstica, guarderías, niñeras.

En investigación realizada por Alba, Flores y Cárdenas (2014), el apego es una conducta de búsqueda de cercanía con el otro significativo para obtener seguridad, confianza y afecto la cual se lleva a cabo a través de distintas estrategias que determinan un estilo de apego. El estilo de apego puede

clasificarse en dos grandes categorías: seguro e inseguro. Los niños con apego seguro confían en sí mismos y en las demás personas; por el contrario, los de apego inseguro tienen problemas para relacionarse con los demás y mayor probabilidad de experimentar estrés y ansiedad, entre otras repercusiones.

La utilización de la teoría del apego para entender algunos de los cambios que se producen durante la adolescencia es cada vez más frecuente. En este artículo sobre Apego en la adolescencia de Oliva (2011), se analizan, en base de esta teoría, los cambios que tienen lugar tras la pubertad en las relaciones con los padres y con los iguales, y el surgimiento de las relaciones de pareja. Los distintos modelos de apego construidos en la primera infancia van a servir para predecir en gran medida cómo se desarrollan estos procesos relacionales.

Así, la evidencia indica que los chicos y chicas con modelos seguros van a resolver mejor la tarea de conseguir autonomía emocional de sus padres, y también presentan un mejor desempeño en las relaciones amistosas y románticas.

Por el contrario, Oliva (2011), plantea que los adolescentes preocupados/ambivalentes y autosuficientes/evitativos no sólo muestran más dificultades relacionales, sino también un mayor desajuste emocional y comportamental. Muchos de los problemas que presentan estos sujetos inseguros están relacionados con sus limitaciones en la capacidad de regulación emocional que se ve muy influida por la seguridad en el vínculo de apego establecido en la infancia.

Por otro lado, en investigación realizada en España por Torres (2010), se propone un sistema de identificación y clasificación del maltrato infantil; profundizar en el apego de los adolescentes víctimas de maltrato infantil y examinar si existen diferencias en esta variable entre los sujetos maltratados sometidos a diversas medidas protectoras y los que no han sufrido maltrato infantil. Estudiar si existen diferencias en los indicadores de psicopatología y otras

dificultades adaptativas entre los sujetos que han sufrido maltrato infantil y los que no han sido víctimas de maltrato infantil y determinar si el apego ejerce un efecto moderador en el impacto que tiene la desprotección infantil sobre tales variables criterio.

Y, por último, identificar qué características de la experiencia maltratante ejercen un mayor impacto negativo en la víctima de malos tratos. Los resultados revelaron que las víctimas de maltrato infantil, en comparación con los adolescentes no maltratados, presentaban una mayor puntuación en las dimensiones de preocupación y evitación del apego, y una menor puntuación en seguridad, así como mayores indicadores de psicopatología y diversos problemas adaptativos, siendo los jóvenes en situación de acogimiento residencial los que mostraban estas características en mayor medida.

Por otra parte, Torres (2010), se observó que, el apego seguro modera el impacto negativo que ejerce la situación de desprotección sobre tales variables. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de diseñar e implantar intervenciones orientadas a la potenciación de los vínculos de apego seguro entre los adolescentes en situación de riesgo y sus familias, así como, entre los jóvenes en acogimiento residencial y sus cuidadores.

En relación al tema se han realizado estudios por especialistas como Rodríguez, de la Cruz (2011), tomando en cuenta lo último en la investigación sobre el vínculo de apego entre el padre-hijo y la importancia de esto en la formación de las relaciones emocionales tempranas del infante con sus cuidadores, haciendo énfasis en la madre, este estudio brinda información importante para poder comprender de mejor forma el desarrollo emocional del niño, haciendo énfasis en el vínculo padre-hijo y la influencia en el desarrollo emocional y cognitivo del niño.

De acuerdo con Unicef. (2018). el 45% de los niños y niñas en Panamá recibe disciplina violenta, hay un aumento del 12.2% de casos denunciados de maltrato de niños para el 2018 en comparación con el 2016. Es evidente, la penuria que

atraviesan los niños actualmente en Panamá, por lo que urge mejorar las políticas de prevención y promoción de salud mental en los padres. Es una cadena donde ningún eslabón es menos importante de abuelos sanos se crearán padres sanos y, por último, hijos sanos.

Es sumamente importante mencionar que, a nivel internacional se han creado programas con el fin de promover la salud mental en los niños, específicamente en la primera infancia, como señala Marrone (2009) “la promoción de la salud mental en los años más tempranos de la vida lleva a un amplio espectro de resultados positivos a largo plazo, como lo prueban las indicaciones científicas” (p.397), por tal motivo desde el año 1997 se ha creado un comité de expertos del proyecto “Promoción de la salud mental de niños hasta la edad de seis años” por la Comisión Europea del cual el Dr. Marrone es miembro.

Sin embargo, los obstáculos políticos, socioeconómicos y culturales dificultan el desarrollo objetivo de proyectos a favor de la salud mental y la infancia, es en esta etapa del ciclo vital donde existen un sin número de riesgos y vulnerabilidades que afectaran el desarrollo evolutivo sano del infante, y repercutirán posteriormente, durante toda la vida, promocionar programas basados en la teoría del apego en el cual se fomente una sana parentalidad y se rompan las cadenas intergeneracionales de patrones de apegos patológicos es urgente a nivel internacional y en Panamá.

IAN Panamá. (2019). señala que existe desde 1992, IAN-E una Red internacional de Apego con fundamentos en la teoría del apego de John Bowlby, creada por el Dr. Mario Marrone y colaboradores con el fin de promover el desarrollo y la aplicación de la teoría del apego. Actualmente está presente en 19 países y, cuatro continentes incluyendo Panamá, quien recientemente desde el año 2018 forma parte.

Aun en Panamá faltan estudios sobre la teoría del apego y sus implicaciones, es un tema que se está iniciando a trabajar en el país, sin embargo, se espera que

en el futuro se promuevan investigaciones sobre el desarrollo y la aplicación de la teoría.

La salud mental es importante en todos los estadios del ser humano y merece una plena atención en cualesquiera de las etapas, pero el iniciar con una promoción y prevención en etapas como la preverbal y envolviendo la primera infancia, a largo plazo se tendrá una sociedad con una superior salud mental, padres más sanos involucrados en la crianza afectiva y segura de sus hijos, sin duda, esto creará un impacto positivo a paralelismo del núcleo de la sociedad como lo es la familia, de igual forma influye en una mejor calidad de vida para todos.

1.1.1 Problema de Investigación

Una vez presentados los antecedentes y la situación actual del problema se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes de entre 12 a 17 años que se encuentran reclusos en el Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró (CRMAM)?

- Sub problemas

¿Cuáles son los estilos de apego que prevalecen en la conducta de riesgo psicosocial en adolescentes?

¿Cuáles son las conductas de riesgo psicosocial que presentan los adolescentes reclusos en Centro de Rehabilitación de Menores Arturo?

1.2 Justificación

La teoría del apego de Bowlby (Lecannelier, 2009), describe la relación que existe entre los estilos de apego, las emociones y la salud mental de los seres humanos. Debido a esta teoría y a un número creciente de investigaciones se demuestra que efectivamente el vínculo de apego que se forja en la primera infancia, específicamente, entre el nacimiento y los 18 meses de vida del niño, guarda relación significativa con la manera de interactuar en los años posteriores.

Actualmente en Panamá, existen escasas investigaciones sobre la teoría del apego, por lo que el presente trabajo será de gran utilidad, siendo el comienzo para nuevos estudios, adicionalmente, brindará herramientas para el trabajo en la psicología clínica y la psicoterapia. Además de múltiples aportes para la psicoeducación de las madres y cuidadores de los niños, sobre todo, en la primera infancia.

Es por eso que, el objetivo general de esta investigación, será descubrir la relación entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en los adolescentes y, de esta forma crear conciencia en los padres brindando mayor énfasis en las madres, de lo fundamental que es establecer un vínculo de apego seguro con sus hijos. También, permitirá una vez identificado los estilos de apego crear una propuesta de intervención que aplique esta teoría a la prevención y asistencia psicológica.

Con la fundamentación de una propuesta de intervención basada en esta teoría se pueden beneficiar jóvenes que durante su infancia no hayan establecido un vínculo de apego seguro, de esta manera prevenir psicopatologías, conductas de riesgo psicosocial y brindarles la opción de aprender nuevas formas de interacción.

Estos jóvenes en algún momento formarán parte de nuevas familias, nuevos hogares y el desarrollo de un apego seguro le facilitará su reinserción a la sociedad, ya sean entregados a sus familias de origen o en adopción; ya que el apego y las primeras relaciones con los cuidadores se transmiten de manera transgeneracional, es decir, lo que es aprendido en la forma de relacionarse y patrones de apego será lo que se traspassa a nuevas generaciones.

Esta investigación contribuirá a la psicología clínica y psicoterapia por su aporte de la mano de la teoría del apego y que puede coadyuvar a los psicoterapeutas a intervenir utilizando el apego en la psicoterapia, su aporte teórico, además, permitirá el desarrollo de nuevas estrategias para la prevención de la salud mental.

Psicoeducando a las madres, el presente trabajo de investigación, también podrá ser tomado como base para que las entidades públicas identifiquen la importancia y necesidad de crear programas de enseñanza y prevención desde que la mujer se encuentre en estado de gravidez, brindándole atención y educación a las madres durante el embarazo para que no se repitan los patrones transgeneracionales de apego y crianza y se les haga saber sobre la importancia del apego entre bebé y cuidador.

Actualmente, la teoría del apego como programa de investigación ha tomado realce a nivel internacional siendo motivo de diversas investigaciones, sin embargo, en este país aún faltan peldaños por subir para llegar a la cúspide del conocimiento y estudio en la materia.

Por lo que se espera que, al culminar este proceso de investigación, la misma potencie nuevas investigaciones que contribuyan en la salud mental no sólo a nivel nacional sino internacional.

Y sea el inicio de nuevos retos para profesionales en el área de la psicología clínica, la psicoterapia, con el único y mayor propósito de brindar atención integral, idónea, a los pacientes que acuden al tratamiento psicológico.

Como aporte se va a diseñar una propuesta de intervención que permita desarrollar y mejorar los estilos de apego.

1.3 Hipótesis de la investigación

Hipótesis de Investigación:

(Hi): Existe asociación entre estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes.

Hipótesis Nula (Ho): No existe asociación entre estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes.

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Comparar la asociación existente entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes.

1.4.2. Objetivos Específicos

Identificar los estilos de apego existentes en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró.

Describir las conductas de riesgo psicosocial manifestadas en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A continuación, se formulará el desarrollo del marco teórico para la presente investigación, el cual está fundamentado con una estructura conceptual que va de lo general a lo específico.

Para iniciar se abordan las necesidades básicas de afecto en los niños, luego se revisan los antecedentes históricos y aspectos generales de la teoría y los diferentes estilos de apego, continuando con un vistazo a la adolescencia su concepto e implicaciones con los estilos de apego, posteriormente se explican las conductas de riesgo psicosocial.

2.1 Necesidades básicas de afecto en los niños

El ser humano desde que nace tiene la necesidad de satisfacer ciertas exigencias que van facilitando su supervivencia y, además, influyen en el desarrollo físico, biológico, psicológico ulterior.

Una de las principales necesidades que debe ser satisfecha desde el nacimiento es la de establecer relaciones afectivas, de esas experiencias afectivas mantenidas con sus primeros cuidadores y del gozo de percibir el esmero con que se concedan los cuidados vitales, el niño obtendrá seguridad, estabilidad y confianza para explorar su ambiente y amor para sentirse apreciado, respetado.

Las relaciones afectivas establecidas con el primer cuidador y la calidad del cuidado que se tenga constituyen una de las claves principales para el desarrollo emocional del ser humano durante todo el ciclo vital, no sólo en la niñez sino también en la adolescencia y la edad adulta.

Armus, Duhalde, Oliver y Woscoboinick (2012) expresan que:

El bebé nace en un estado de indefensión tal que, para sobrevivir, constituirse en ser humano y desarrollar su potencialidad genética necesita de otras personas que le provean todo aquello que es necesario, ya que no puede hacerlo por sí mismo. Los niños pequeños, al presentar una estructura psíquica inmadura en formación, se encuentran en un estado de gran fragilidad. Las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, íntimamente relacionados (p.11)

Si bien el ser humano necesita en primera instancia satisfacer necesidades fisiológicas básicas de la misma forma requiere llenar necesidades de seguridad y afiliación que están ligadas al amor y al afecto.

Armus, Duhalde, Oliver y Woscobonick (2012), son de la opinión que existen ciertos factores intersubjetivos que se constituyen como necesidades afectivas básicas esperadas en la vida del recién nacido y que influirán en el desarrollo psicológico (p.11).

Estas necesidades afectivas básicas están compuestas por:

2.1.1 El sostén emocional

Cuando el infante nace y llega al mundo lo hace en total desamparo, carente de una capacidad de autocuidado y autoprotección el sostén emocional para el bebé es la constitución del vínculo afectivo entre su cuidador y él, sería ideal que la encargada de la crianza fuera la madre y que el vínculo sea lo suficientemente fuerte como para satisfacer todas las necesidades del bebé. El lazo emocional se da desde el nacimiento y permite crear una unión exclusiva con el cuidador.

Además, para que se logre el sostén emocional y proporcione la satisfacción a la necesidad de dependencia del infante es indispensable que el vínculo de apego sea estable de este modo el bebé puede desarrollar un estilo de apego seguro.

Para Armus, Duhalde, Oliver y Woscobonick (2012), se entiende por estable un “vínculo cotidiano y previsible, y en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro” (p.11).

En otras palabras, el bebé necesita una atención diaria y, probablemente, ese cuidado debe ser dado por una misma o mismas personas y no inestable y cambiante, por diversos cuidadores cada día. El niño de, esta manera, tendrá la capacidad de percibir que su cuidador estará allí cuando lo necesite que no le abandonará y no le fallará.

Lacruz (2011), citado por Equiza (2012), señala que, la función materna de sostén o sostenimiento es un factor básico del cuidado infantil que corresponde al hecho de sostener física y, emocionalmente, de manera apropiada al yo inmaduro del bebé.

Winnicott (1945), citado por Equiza (2012), indica que, la interiorización de un cuidado materno confiable facilita el crecimiento armónico del bebe y lo protege Winnicott se interesa por las funciones maternas como funciones estructurantes del psiquismo, esenciales dentro de ellas el sostén emocional, el cual implica la disposición materna respecto a la sensibilidad del bebé. La falta de sostén determina una sensación de caída interminable, agonías impensables, de amenaza de aniquilamiento.

2.1.2 La constitución de la regulación afectiva

Los bebés no poseen la capacidad de regular sus propias emociones. Los bebés necesitan de las figuras de apego para aprender a regular sus propias emociones. Es por ello que, la madre debe ser capaz de entender las señales que el infante transmite cuando requiere satisfacer sus necesidades afectivas y, de este modo, el bebé aprenderá a regular los estados mentales.

Según Bateman, Fonagy (2018), “la comprensión de los demás depende de si nuestros propios estados mentales se vieron entendidos adecuadamente por adultos, atentos, cariñosos, y no amenazadores” (p.31). Estos autores hacen referencia a la capacidad que debe tener el adulto para representar las emociones del niño y reflejarle que es comprendido y le muestra cómo afrontar ese afecto.

En consecuencia, para que un bebé logre la regulación afectiva es esencial que haya tenido un buen sostén que le permita crear un apego seguro y lograr la regulación de sus afectos, por el contrario, si ha establecido patrones de apego disfuncionales eventualmente, también tendrá dificultades para la regulación de sus emociones.

2.1.3 La constitución de la confianza básica

Lacruz (2011), citado por Equiza (2012), señala que, “las funciones maternas ejercen la representación del ambiente facilitador suficientemente bueno y establecen un básico estado de confianza que determina el adecuado desarrollo emocional del bebé” (p.38).

Explicado de, otra manera, cuando el infante logra crecer en un ambiente sano donde sus necesidades hayan sido satisfechas por una madre lo suficientemente buena o donde sus cuidadores se hayan interesado en brindarle toda la atención requerida es, entonces, que el niño logra la confianza básica. Un niño que alcance a desarrollar un apego seguro, obtendrá confianza básica y será capaz de relacionarse con los demás.

Cuando el niño logra crear esa unión tan cercana con su madre es que alcanza la confianza básica y adquiere luego la separación si, por el contrario, esto no se obtiene puede crear ansiedad en el niño.

2.1.4 Lo interpersonal configura el mundo interno

La manera en que el ser humano se relaciona con los demás depende de lo aprendido en sus relaciones tempranas según Oaklander, (2008), “el niño saca su sentido de sí mismo de la madre: su voz, sus gestos, caricias, miradas. Esta confluencia es muy importante para el bienestar de la criatura” (p.25).

El niño aprende a relacionarse con el mundo de las experiencias adquiridas de sus cuidadores, estos modelos relacionales son los que inconscientemente van a emerger a lo largo de la vida.

Cuando un niño logra interiorizar un buen sentido de sí mismo de su madre o cuidadores, y de la interacción con el entorno, será capaz de desarrollar relaciones interpersonales sanas.

2.1.5 Influencia de los vínculos afectivos en el desarrollo cerebral

Los vínculos afectivos influyen en el desarrollo cerebral del bebe de manera significativa.

De acuerdo a Wallin (2015):

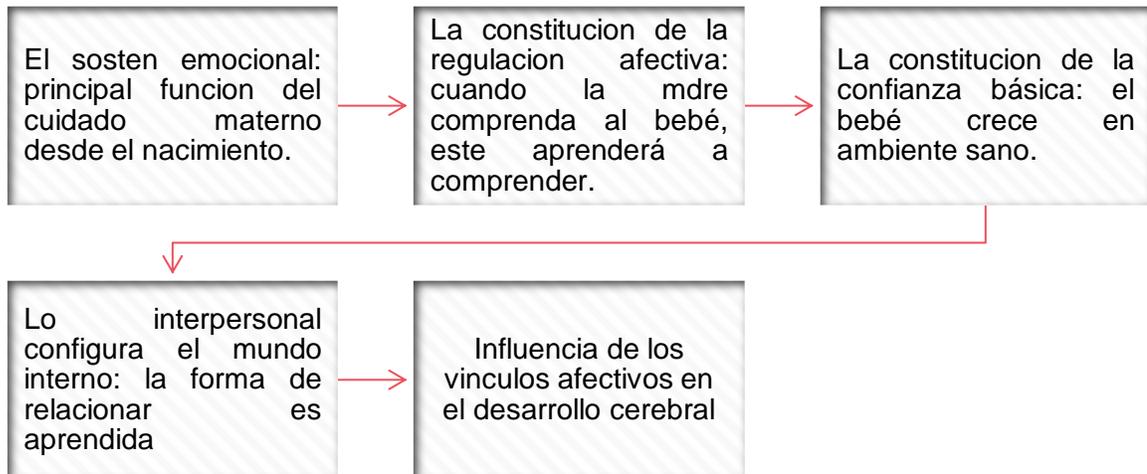
Quando el bebé emerge del útero materno, su cerebro constituido por miles de millones de células llamadas neuronas, es el menos diferenciado de todos sus órganos corporales. El desarrollo posterior del cerebro depende de cómo se modula la maduración genéticamente programada del sistema nervioso mediante la experiencia interpersonal (p. 117)

De esta manera, cuando el bebé recibe atención y cariño de su madre o cuidador, el cerebro mediante las neuronas que se conectan entre sí por medio de la sinapsis asocia estos estímulos con seguridad. El aprendizaje del apego se da de manera intergeneracional, es decir, el cerebro joven aprende de los cerebros antecesores.

Desde el nacimiento hasta los dos años o tres de vida los recuerdos son almacenados en un área del cerebro llamada amígdala, allí, la experiencia queda registrada en forma de recuerdos emocionales. De este modo, así como un buen vínculo afectivo puede favorecer el aprendizaje y la seguridad, por el contrario, un apego traumático puede crear un apego inseguro o ambivalente y amenazante.

Evidentemente, al bebé recibir amor y cariño de parte de su madre desde el nacimiento, sus neuronas experimentan estímulos que impulsan el desarrollo cerebral del bebé.

Cuadro N°1. Factores que conforman las necesidades básicas de afecto en los niños



Fuente: Pittí, 2020

2.2 Teoría del Apego

A continuación, y para una mayor comprensión relacionada con la teoría del apego se hace una descripción de esta de acuerdo a varios autores que han estudiado este tópico dentro de la psicología.

2.2.1 Concepto y antecedentes históricos

John Bowlby, un médico, psiquiatra y psicoanalista, formado en Inglaterra, es considerado el fundador de la teoría del apego. La teoría del apego como concepto puede definirse como la necesidad del ser humano a vincularse afectivamente con otras personas y cuyo objetivo significativo es sentir protección, y conforme afecta de manera relevante a la conducta y personalidad la ruptura o pérdida de esa figura.

Bowlby (1986) indica que:

La teoría del apego es un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad...que ocasionan la separación involuntaria y la pérdida de seres queridos (p.164)

En la actualidad han sido múltiples las investigaciones realizadas tomando como referencia la teoría del apego, y muchos los autores que han deseado contribuir con nuevos e importantes aportes desde diferentes puntos de vistas de ciencias como la biología, la neurociencia entre otros.

No obstante, la esencia principal de la teoría del apego se mantiene, que es la importancia que se le da a las relaciones afectivas desde el nacimiento hasta la muerte y cómo afecta la pérdida de los mismos, sin embargo, hay autores que aseguran que la teoría del apego debe ser ampliada y modificada en diversas fisonomías. Según Peter Fonagy, Lecannelier (2009) “dista mucho de ser una teoría perfecta, necesita ser reformulada y ampliada en muchos aspectos” (p.16).

A pesar de todo esto, no cabe duda de que, la teoría del apego puede ser utilizada con toda confianza para el desarrollo de investigaciones donde se desee comprobar cómo el establecimiento de vínculos afectivos con otros seres humanos ayuda al desarrollo socioafectivo de los individuos y, de igual manera, demostrar que la pérdida y separación irreflexiva de dichas relaciones puede ocasionar trastornos emocionales y alteraciones de la personalidad.

En este sentido, Lecannelier (2018), señala que: “La teoría del apego no es una propuesta general sobre los vínculos afectivos, sino una explicación de como el ser humano va desarrollando estrategias psicobiológicas, representacionales, y relacionales para regular las experiencias estresantes de la vida” (p.3).

Wallin (2015), indica que, debido a la experiencia clínica en la psicología infantil le permitió a Bowlby fortalecer su idea de que la psicopatología suscita en las experiencias interpersonales reales y tempranas. Otro aporte a la consolidación de la teoría del apego fue el realizado en la London Child Guidance Clinic, una clínica psiquiátrica infantil, donde trató y estudio a niños delincuentes, destacando la impresión de perjuicio de las separaciones extensas del niño con sus padres en la primera infancia.

En este sentido, Wallin (2015), señala que “Bowlby trató y estudió a niños delincuentes durante casi tres años; detalló el impacto catastrófico de las separaciones prolongadas en la primera infancia” (p.40).

En trabajos realizados con madres y sus hijos, Bowlby observó cómo los afectos y las emociones de pueden desplazar desde las madres hacia sus bebés, por lo que, le creó interés en las relaciones familiares y la transmisión intergeneracional, por los cuidados maternos satisfactorios, la separación temprana y la pérdida y las consecuencias negativas en los infantes.

Wallin (2015), menciona que el estudio de la naturaleza y transformación de ese vínculo temprano, fuerte y duradero que se da entre el bebé y sus cuidadores era

el principal interés de Bowlby, quien en un inicio utilizó el enfoque psicoanalítico para el abordaje de sus ideas, pero, luego la sustituyó por la psicología evolutiva y la etología; ya que pensaba que el psicoanálisis clásico no explicaba teóricamente y, de manera acertada, lo que la observación clínica y los procesos evolutivos muestran. Su interés no era afectar el psicoanálisis sino aportar nuevas ideas que pudieran mejorarlo.

En este contexto Wallin (2015), señala “Bowlby estaba profundamente descontento con las explicaciones psicoanalíticas de su época como las de Melanie Klein, que situaba los orígenes del desarrollo sano y patológico exclusivamente en las fantasías del niño, más que en la realidad de sus relaciones formativas” (p.39).

Todo el trabajo realizado por Bowlby a través de su pensamiento, práctica clínica, y las experiencias, crean en él la necesidad de darle sentido a sus ideas y es lo que podría denominarse la Teoría del Apego. Para lo cual debió ocurrir primero una serie de investigaciones y procesos donde se pone en práctica las ideas propuestas por Bowlby.

Lecannelier (2018), hace un recorrido breve sobre el desarrollo de la teoría del apego iniciando con las investigaciones y el análisis de las diferencias individuales en el procedimiento de apego del infante de entre 12 y 18 meses realizada por Ainsworth y colaboradores en 1978, luego hace mención de Main, quien en 1985 efectúa un giro hacia lo representacional y trabaja con el apego en adultos y otros métodos de evaluación de los modelos internos de apego.

Posteriormente, hace referencia a las intervenciones basadas en apego, las cuales surgen a inicios del siglo XXI, finalmente, hace énfasis en otros movimientos como la neurociencia del apego, una mayor comprensión del sistema de cuidador y las políticas públicas.

Es importante considerar, finalmente, que la Teoría del Apego es un brillante trabajo pulido por dos grandes psicólogos donde aportan uno la teoría y otro colabora con la investigación.

Cuadro N°2. Aportes Teoría del Apego

Fundador Teoría del Apego	Aportes
<p style="text-align: center;">John Bowlby</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría del Apego: <ul style="list-style-type: none"> - Proximidad física para obtener seguridad afectiva y supervivencia. - La tranquilidad depende de la disponibilidad del cuidador de accesibilidad y receptividad emocional. - El apego es continuo del ciclo vital no dependencia infantil. - El apego es tan importante como la alimentación y emparejarse.
<p style="text-align: center;">Colaboradores Teoría del Apego</p> <p>Mary Ainsworth</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Situación Extraña, estudia las relaciones niño-progenitor en laboratorio. - Estudió conducta de apego primera infancia. - Necesidad biológica de apego es moldeable y la conducta peculiar de apego depende de conducta distintiva de los cuidadores. - Variables de apego seguro e inseguro radica en patrones de comunicación. - Apego seguro, inseguro, ambivalente.
<p>Mary Main y colaboradores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apego desorganizado. - Estudió apego en segunda infancia y edad adulta.
<p>Peter Fonagy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciona la capacidad de empatía a las conductas de apego.

Fuente: Pittí, 2020

2.2.2 Estilos de Apego

Lecannelier (2009), es de opinión que los estilos de apego se pueden clasificar, gracias, al exhaustivo y exclusivo trabajo de investigación realizado por Mary Ainsworth en la Situación Extraña (SE), si bien es cierto ella inició con el estudio en la primera infancia, posteriormente, Mary Main realiza grandes aportes al explicar cómo funcionan las conductas de apego a lo largo del ciclo vital. Los patrones de apego surgen en la infancia, pero evolucionan a lo largo de la vida y se manifiestan de diversas formas que se van perpetuando con la edad y se transmiten de manera intergeneracional.

Es importante destacar que, los padres ni los hijos son culpables de los modelos operativos internos que funcionan en sus interacciones, pues son producto de la adaptación a sus experiencias afectivas pre verbales y de la calidad del cuidado que tuvieron en ella. Lo bueno de todo es que se puede restituir en algún momento de la vida una manera de hacerlo es asistiendo a psicoterapia.

De acuerdo a Bowlby, Wallin (2015), “Los apegos íntimos a otros seres humanos son el núcleo en torno al que gira la vida de una persona, no solo en la primera infancia, sino durante la adolescencia, los años de madurez y la vejez” (p. 38).

Es fundamental la calidad del cuidado que se le dé al bebé durante los dos primeros años de vida, antes de hablar, para el establecimiento de los sistemas representacionales que Bowlby los llamó “modelos operativos internos”, estos influyen en la capacidad del ser humano para hacer frente a los estados de la vida y que pueden ser de manera sana o patológica.

A continuación, se explicarán los cuatro estilos de apego, según características establecidas mediante el procedimiento de la situación extraña (SE) y algunos rasgos de los padres o cuidadores conforme cada estilo de apego.

Cuadro N°3. Estilos de apego y características conductuales en la infancia

Estilos de Apego	Características
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud curiosa y precavida. - Juego creativo, organizado, flexible y concentrado. - Puede haber llanto, pero utilizan a la madre para calmarse y regular estrés. - EL aferramiento es relajado acomodado al cuerpo de la madre. - Conductas de interacción de proximidad y búsqueda de contacto, mantenimiento de contacto, resistencia. - Madre refugio seguro.
Inseguro Evitante –	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud exploradora e independiente. - Alejarse de la madre. Indiferencia. - Se concentran en juego, pero menos organizado que el seguro. - Actitud hiperexploradora. - No proximidad ni contacto. - Inhiben afectos hacia cuidadores. - Madre no es refugio seguro. - No mostrar interés a figuras de apego.
Ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo, desconfianza, hacia el ambiente. - Atención ansiosa hacia la madre. - Pegados a sus madres, no exploran. - Búsqueda de contacto intensa al mismo tiempo muestran rabia. - Se resiste a ser calmado al mismo tiempo lo desea. - Conducta ambivalente de búsqueda y resistencia.
Desorganizado – Desorientado –	<ul style="list-style-type: none"> - Incapaces de mantener una estrategia consistente de relacionamiento. - Carecen de estrategias para relacionarse con la madre o fallan se rompen. - Conductas ilógicas, paradójicas. - No hay modo de usar a la madre como base segura. - Conductas contradictorias evitación y búsqueda. - Fuente de seguridad da miedo.

Fuente: Pittí,2020.

2.2.2.1 El apego seguro

Wallin (2015), señala que un bebé con un apego seguro según la SE muestra una actitud de curiosidad y exploración, pero lo hará de manera precavida, se muestran creativos, organizados y flexibles durante el juego y confiados de que su madre está presente. En cuanto a su conducta en presencia del extraño serán curiosos y precavidos hacia el extraño logrando establecer contacto, aunque no sea igual al que tienen con su madre.

Los niños seguros pueden llorar al momento de la separación con sus madres, pero la utilizan para calmarse al reencontrarse con ella y logran regular el estrés, es decir que, manifestarán una posición reconfortante y proporcionada al cuerpo de su madre, esa es la principal característica diferencial entre el apego seguro e inseguro.

Los bebés con apego seguro muestran comportamiento de proximidad y búsqueda de contacto y no suelen manifestar resistencia ni evitación.

De acuerdo a investigaciones los niños con apego seguro son niños que muestran respeto y empatía por sus iguales, poseen la capacidad de preocuparse por los demás.

Existen criterios de codificación desarrollados por Mary Ainsworth para explicar las conductas interactivas del bebé en la situación extraña. A continuación, se exponen de modo conciso los más utilizados.

Conducta de proximidad y búsqueda de contacto: intensidad y persistencia para acercarse a la madre.

Conducta de mantenimiento de contacto: Actividad y persistencia en el mantenimiento del contacto con la madre.

Resistencia: intensidad y persistencia en el mantenimiento del contacto, pero el bebé se muestra enojado.

Conducta de evitación: evitan el contacto con la madre mostrando intensidad y persistencia.

Lecannelier, (2009), sugiere que es importante destacar que, Mary Ainsworth realizó la clasificación del apego seguro en cuatro subtipos a continuación se mencionarán mas no se describirán y estos son B1, B2, B3, B4, posteriores investigaciones sugieren que estas diferencias en los subestilos están relacionadas a procesos hereditarios como el temperamento y no a comportamiento predispuestos de los cuidadores.

Lo importante de todas las investigaciones desarrolladas sobre estilos de apego seguro es determinar qué aspectos hacen que un padre logre desarrollar un vínculo de apego seguro.

Uno de ellos es el compromiso con el bebé que hace referencia al compromiso que tengan los padres en dedicarse a la crianza del bebé, y que conlleva todo el esfuerzo que los padres inviertan en el cuidado del infante en proveer no solamente emocionalmente sino también económicamente y en tiempo.

Otro es el de que los padres muestren señales afectivas claras es evidente que los padres no siempre estarán felices en ocasiones pueden sentirse molestos, tristes y sus emociones se harán simbólicas lo importante, entonces es importante que lo hagan de forma clara.

Es importante agregar en tercer lugar que los padres logren ser buenos informantes de sus hijos este criterio fue establecido por Ainsworth y se refiere a que los padres conozcan bien las conductas de sus hijos.

Finalmente, la sensibilidad materna es otro criterio establecido por Mary Ainsworth y que abarca la capacidad de la madre para tener una conciencia de las señales

del bebé, una acertada interpretación de ellas una respuesta adecuada a las señales y que la respuesta sea pronta.

Wallin (2015), señala que, posteriormente, Main descubrió que los padres de niños seguros podrían describirse como seguros autónomos eran padres atentos, libre al mostrar y sentir las emociones y lograban un equilibrio al recordar sucesos no muy agradables de sus propios padres. Luego agregó otra denominación seguros adquiridos y en ella describía a padres que, aunque hubiesen tenido experiencias difíciles en la infancia podían hablar sobre ellas y relativamente lograban establecer relaciones seguras durante la adolescencia y la adultez.

La Teoría del Apego sugiere que las personas que hayan tenido una figura de confianza capaz de ofrecer una base segura y satisfacer sus necesidades influye en un establecimiento de apego seguro y es capaz de proporcionarla, es importante que esta figura se mantenga durante el ciclo vital; ya que el apego no es exclusivo de la infancia.

2.2.2.2 El Apego Inseguro/Evitante

Lecannelier (2009), señala que el comportamiento del bebé con apego inseguro durante el procedimiento de la SE, muestra una actitud exploradora e independiente, en el juego concentrado y organizado, los bebé con un apego inseguro tienen una característica significativa en comparación al bebé con apego seguro, y es que no pueden utilizar a la madre para regular sus emociones, es decir, si en el momento de separación con la madre los bebés lloran lo más probable es que en el reencuentro con la madre el bebé no se calme.

Los bebés evitantes no buscan contacto ni proximidad con la madre, tienden a alejarse de la madre, no muestran ni sentimientos ni interés hacia la madre o la figura de apego. Las investigaciones sugieren que al crecer los bebés con apego evitativo carecen de estabilidad emocional, se muestran irritantes y pierden el control fácilmente.

Los niños con apego inseguro/ evitante suelen confundirse con niños maduros e independientes esto producto de que los padres lo convierten en niños precozmente independientes, sin embargo, lo más probable no lo sean, también se muestran arrogantes y opositoristas, con aires de superioridad y no les agrada la intimidad no lo disfrutan, durante la adolescencia esa modelo continua.

Es interesante, entonces, descubrir qué hacen o dejan de hacer los padres para que un bebé desarrolle un estilo de apego inseguro. Algunas características de estos padres es que se imaginan a sus hijos como independientes que no necesitan mucho de ellos que debe aprender a estar solo puede decirse que la indiferencia es una forma de relacionarse hacia sus bebés, no se muestra afecto ni atención ni cuidado hacia las necesidades del infante.

La madre o cuidador del bebé inseguro previamente mostró rechazo en lugar de afecto, estos niños suelen crecer con la capacidad de mostrar sus afectos o evitan el contacto físico y emocional como consecuencia de lo transferido de su madre. Algunas madres también pueden mostrarse intrusivas y controladoras. Muestran un aislamiento emocional.

Mary Main sugiere que, Wallin (2015), esas madres “aprenden a inhibir sus sentimientos, impulsos y conductas de apego” (p.144).

Desde su infancia aprenden a reprimir sus emociones por tal experiencia practican los mismos estilos de cuidado que recibieron de sus padres justificando que sus padres los educaron así y los hizo ser personas fuertes e independientes, esto los convierte en padres negadores. Los modelos adoptados en el pasado reflejan la conducta en el niño, adolescente y adulto la manera de pensar y sentir.

2.2.2.3 El Apego ambivalente

Lecannelier (2009), mientras que los bebés con apego evitativo, durante el primer episodio de la situación extraña se muestran exploradores e independientes los bebés con apego ambivalente muestran miedo y desconfianza.

Al mismo tiempo se muestran ansiosos y desean permanecer cerca de la madre, no interactúan con el extraño, muestran llanto y rabia se manifiestan rígidos resistentes al ser calmados por el extraño al igual que cuando está en los brazos de la madre son muy difícil de tranquilizar, por momentos desean estar con la madre, pero de la misma forma anhelan separarse de ella son sentimientos ambiguos.

Se puede señalar que, estos niños temen ser abandonados por lo que manifiestan un deseo elevado de proximidad con la madre al mismo tiempo resistencia es una mezcla de rabia y resistencia. Es un deseo confuso, ambivalente de tener contacto y contener de igual forma. Estos bebés denotan preocupación y muy poca eficacia en la regulación emocional.

Los padres de bebés con estilos de apego ambivalente son inconsistentes en el cuidado hacia los hijos puede haber sobre protección desmedida por preocupación de que le ocurra algo al bebé limitando la autonomía del infante creando sentimientos de desconfianza y fijar el deseo de exploración.

El miedo la ira o la pasividad manifestada por estos padres son el resultado de sistemas representacionales de experiencias de su propia infancia, contradictorias donde por momentos se podría mostrar interés, al mismo tiempo preocupación.

Esta particularidad les impide a los padres comprender las señales del niño y atenderlas de modo satisfactorio. También, afecta en la capacidad de entenderse a sí mismo y tener control sobre sus sentimientos, pensamientos y aprendizaje.

2.2.2.4 El Apego desorganizado/ desorientado

Debido a que según las investigaciones de Mary Main y colaboradores no todos los niños encajaban en los tres estilos de apego propuestos y clasificados previamente por Mary Ainsworth surge la necesidad de elaborar un nuevo patrón es así como se origina el apego desorganizado, planteado por Main. El estilo de apego desorganizado el más intrincado, dentro de las investigaciones realizadas por diferentes autores el estilo de apego desorganizado deslumbra por la cantidad de suposición que escudriñan sus orígenes y consecuencias en la vida del ser humano.

Según Lecannelier (2009), en estudios de Main y colaboradores existía un conjunto de niños que se caracterizaban por manifestaciones hacia la madre que no encajaban en los estilos de apego clasificados por Mary Ainsworth, mostrando conductas resistentes y evitantes, al mismo tiempo existía un grupo de bebés que mostraban conductas conflictivas. Estos dos tipos de conductas se asociaban a niños víctimas de maltrato y a niños de clase media.

Las conductas durante la situación extraña de estos bebés eran incongruentes, contradictorias, conflictivas, disociadas.

Sugiere que el niño observa a su vez una conducta disociada, extraña, asustada en la madre o cuidador, y la figura que debería ser fuente de sostén, amor y seguridad se convierte en la fuente de miedo e inseguridad.

Estos infantes carecen de la capacidad de regulación afectiva y para organizar una conducta de apego por lo cual estudios indican que en sí son desorganizados y al establecer algún tipo de aproximación hacia la madre o cuidador muestran deseos de acercamiento mezclado con sentimientos de rabia o temor que durante la situación extraña el bebé expone con una mirada perdida, llanto al alejarse de la madre, pero al acercarse la evita.

Se puede señalar que, según investigaciones de quien gestó el estilo desorganizado los padres de estos bebés en su infancia sufrieron algún trauma o pérdidas significativas y no resueltas y concluyen que lo perjudicial no era el trauma per se, sino la falta de resolución del conflicto.

Wallin (2015), sugiere que “los adultos irresolutos pueden sumirse en estados anímicos abrumadores, caóticos y como de trance... puede reflejarse en señales de miedo como el alejamiento de los padres la disociación que en sí son alarmantes la base segura se percibe como insegura” (p.153).

Es decir, el bebé no logra concebir a la madre o cuidador como base segura; ya que se muestra atemorizante o atemorizada de la función que ejerce como protector, y el miedo del bebé no se ve calmado, sino que aumenta, pero al mismo tiempo es su único motivo de protección.

Algo semejante ocurre con los niños que son testigos de violencia conyugal, todas estas experiencias pueden ocasionar disociación en los infantes dificultando al niño establecer estrategias para relacionarse de forma asertiva tanto con sus progenitores y posteriormente sus iguales durante todo el ciclo vital.

Cuadro N°4. Características de los padres según estilo de apego

Padres	Características
Seguros	<ul style="list-style-type: none"> - Seguros autónomos. Capaz de reflexionar sobre ellos y sus propios vínculos de apego. - Seguros Adquiridos. Vínculos significativos con parejas, amigos, terapeutas. - Abiertos, flexibles. Señales afectivas claras. - Receptivos de las señales del niño. - Comprometidos en la crianza de los hijos. - Conocen sus bebés (reacciones, emociones). - Sensibilidad materna (conciencia de las señales, interpretación, y respuesta pronta a las señales)
Inseguros Evitantes –	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazantes. - Incomodos a el contacto corporal con el bebé. - Inhiben las señales de búsqueda, de cariño, intimidad, estrés por parte del bebé. - Cuando el bebé no llora pueden ser afectivos. - Colocan el afecto hacia otras personas u objetos e ignoran al niño. - El niño es considerado precozmente independiente, que no necesita de los padres. - Que tiene que aprender a jugar y a estar solo. - Intrusivos, indiferentes, rechazantes.
Ambivalentes	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón inconsistente de cuidado. - Son preocupados exagerados, autonomía es inhibida. - Sobreprotección que priva la exploración. - No es posible estar cien por ciento involucrado en la conducta del hijo.
Desorganizados – Desorientados	<ul style="list-style-type: none"> - Atemorizan al niño o se atemorizan ellos al cuidarlo. - Fuente de seguridad también es fuente de miedo. - Han sufrido pérdidas significativas o maltrato en la infancia y no resueltas. - Han sido testigos de violencia conyugal en la infancia. - Disociación.

Fuente: Pittí, 2020

2.3 Adolescencia Concepto e Implicaciones del Apego en el Adolescente

2.3.1 Adolescencia Concepto

Definir el concepto de adolescencia puede resultar laberíntico y es que son muchas las variaciones e implicaciones que conlleva esta etapa de la vida del ser humano. En esta etapa de la vida la inmadurez es una característica peculiar, desde el nacimiento el ser humano experimenta una serie de cambios a nivel cerebral propias del desarrollo, al llegar a la adolescencia el cerebro en tamaño está casi listo, pero, le falta una fase crucial y es la maduración.

Cuadro N°5. Características de la adolescencia

Adolescencia Concepto	Características
La adolescencia es una etapa del desarrollo humano implica la transición de la infancia a la adultez se da entre los 10 a los 19 años de edad, incluye cambios, físicos, biológicos, sociales, cognitivos, conductuales, psicológicos.	Físicas <ul style="list-style-type: none">- Adquisición de capacidad reproductora, desarrollo de características sexuales secundarias.- Desarrollo de los sistemas biológicos generales.- Crecimiento físico (estatura, peso)
	Psicológicas <ul style="list-style-type: none">- Definición de autoconcepto.- La autoestima.- Adquisición de identidad personal.
	Sociofamiliares <ul style="list-style-type: none">- Conflictos con los padres.- Aislamiento.- Inmadurez.- Conductas antisociales.- Se prefiere la relación entre iguales.
	Cognitivas <ul style="list-style-type: none">- Cambio de pensamiento concreto a formal.- Pensamiento abstracto.

Fuente: Pittí, 2020

Sica, Chiri, Favilli y Marchetti (2016), son de opinión que el desarrollo cerebral se da iniciando por el tronco cerebral conocido como el cerebro reptiliano encargado de la actividad física como la respiración entre otras, luego el cerebro emocional o mamífero se le suele llamar, también, como se le conoce al hipocampo relacionado con la memoria del aprendizaje y la amígdala encargada de la motivación y las emociones, es por ello que los adolescentes tienen las emociones a flor de piel las expresan sin control porque aún no tienen la madurez cerebral, por último, se da la maduración de la corteza prefrontal es la que más tarda y es la que dirige el razonamiento, la auto regulación emocional.

Pérez, Navarro (2011), se refieren a la adolescencia como el paso de la infancia a la adultez y no es nada simple, en esta etapa que se comprende entre los 10 y 19 años de edad, se producen cambios a nivel social, familiar, físicos y biológicos, producto de los cambios hormonales, conexiones neuronales y muy importante la propia experiencia de cada individuo.

A los cambios biológicos se le conoce como la pubertad, en ella se experimentan transformaciones físicas visibles que pueden provocar incomodidad y afectar el desarrollo social y psicológico.

Las niñas y los niños experimentan estos cambios fisiológicos, psicológicos de forma diferente. Mientras que a unos el cambio físico y la apariencia de haberse convertido en adulto les llega más temprano a otros se les da de forma tardía, al igual que el desarrollo y maduración cognitiva y formal se les da antes a unos que a otros.

Los cambios sociales implican la adaptación a nuevas responsabilidades y a los cambios físicos experimentados.

También los chicos y chicas tendrán un nuevo tema de interés como lo es el sexual, aunado a todos los cambios físicos aparece el desarrollo sexual.

Para esta etapa los niños pasaran de un pensamiento concreto a uno formal lo que les permitirá resolver los conflictos inherentes del ciclo de una forma más asertiva, pero será un proceso pausado posiblemente alcanzado alrededor de los 20 años o a algunos les retarde un poco más.

Es un estadio donde la personalidad se ve afianzada, algunas personas consideran que en la fase de la adolescencia se desarrolla la personalidad, sin embargo, diversas investigaciones afirman que la personalidad se forja en la infancia, principalmente, durante la primera que abarca desde el nacimiento hasta los cinco años y, también es significativo lo ocurrido durante los siguientes años de la niñez.

2.3.2 Implicaciones del Apego en el Adolescente

En tanto que en la adolescencia se consolida la personalidad de todo individuo neurotípico, esta se verá influenciada por las relaciones primarias establecidas con los progenitores o cuidadores.

Pérez, Navarro (2011), son de opinión que partiendo el autoconcepto o sentido de sí mismo está fundamentado en las experiencias con los demás, esencialmente, con la madre o cuidadores, y de sentirse amado, seguro, protegido, que le haya permitido una adecuada interacción con el ambiente mediante las funciones de contacto.

Todas aquellas experiencias de la infancia se integrarán y darán parte a la estructura del autoconcepto, y que será de importancia para que el joven enfrente las diferentes relaciones interpersonales con familiares, con los iguales, los maestros, las autoridades.

Otro aspecto importante es la autoestima que se relaciona con la valía que cada individuo percibe de sí mismo, y que al igual que el sentido de sí mismo se establece de las experiencias tempranas de cada individuo y sobre todo de su entorno familiar.

Es importante mencionar el estado de la formación de la identidad en el desarrollo de la personalidad, que hace referencia a la estructura del yo de cada sujeto incluyendo las creencias, valores, compromisos.

La estructuración del yo se ve influenciada por las estrategias de regulación del afecto, esto a su vez está íntimamente vinculado a las figuras de apego que influyen en una integración sana del bebé al haber recibido en los primeros vínculos de apego respuestas acogedoras a las necesidades afectivas, físicas, biológicas.

Como describe Wallin (2015), "El yo del niño en desarrollo surge como una función de tales estrategias adaptativas y de determinados sentimientos, pensamientos y acciones que pueden tener cabida en los primeros vínculos del bebé" (p. 158).

En otras palabras, la estructuración de la personalidad de todo individuo tiene un nexo revelador del patrón de apego fijado durante la infancia con sus figuras de apego.

Un adolescente con un estilo de apego evitante - inseguro que durante su infancia experimentó la falta de atención y cariño, es factible que trate de llenar ese vacío afectivo utilizando mecanismos de defensa como la sublimación sustituyendo la privación afectiva por objetos materiales o el ejercicio físico, pueden llegar a convertirse en pacientes narcisistas o esquizoides. Les cuesta confiar en los demás lo que les dificulta establecer relaciones verdaderas.

El estilo seguro-autónomo en un adolescente se verá reflejado en su capacidad reflexiva, regulación afectiva, son abiertos, autónomos, espontáneos y equilibrados emocionalmente.

Los inseguro- ambivalente están asociados a adolescentes con dificultades para confiar en sí mismo, dependientes de los padres, se refieren de los padres de manera positiva, pero al mismo tiempo sienten rabia hacia ellos. Les cuesta la

comunicación verbal, no son capaces de autonomía y de enfrentar las situaciones. Estos adolescentes pueden llegar a convertirse en pacientes histéricos o límites.

Finalmente, los adolescentes con un apego desorganizado – desorientado son individuos que pueden llegar a desarrollar problemas psicológicos graves, este patrón desorganizado en la infancia pronostica disociación que ocasiona desordenes psicóticos en algunos casos y conductas de autolesión, que puede llegar a convertirse en intentos autolíticos.

También, puede estar relacionado a baja autoestima, agresividad, dificultad para adquirir el pensamiento formal, problemas al relacionarse con sus iguales por la hostilidad y conflictos.

Cuadro N°6. Manifestaciones conductuales de los estilos de apego en la Adolescencia

Estilos de Apego	Manifestaciones conductuales
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad reflexiva. - Regulación afectiva. - Autónomos y espontáneos. - Abiertos y flexibles.
Inseguro Evitante –	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para confiar en los demás. - Narcisismo o esquizoide. - Sustituyen privación afectiva por objetos o ejercicio físico. - Relaciones sexuales como modo de afirmación. - Somatización
Ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para confiar en sí mismos. No autónomos. - Conducta ambivalente hacia los padres. - Les cuesta comunicación verbal. - Relaciones sexuales como modo de afianzar el sentimiento de amor.
Desorganizado – Desorientado –	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas psicológicos graves. - Autolesiones. - Desordenes psicóticos.

Fuente: Pittí, 2020

2.4 Conductas de Riesgo Psicosocial

Durante la adolescencia existen riesgos y vulnerabilidades propias de la etapa, manifestaciones conductuales que pueden originar trastornos psicológicos y sociales e inclusive alcanzan a colocar en peligro la vida de los chicos y chicas.

Estos comportamientos pueden ocasionar conflictos en su entorno y crear un desequilibrio en la seguridad afectiva y personal.

Sica, Chiri, Favili y Marchetti (2016), señalan que, “la adolescencia es probablemente el periodo evolutivo donde más prevalentes es la realización de conductas peligrosas, es decir, conductas que ponen en peligro la seguridad personal y de los demás” (p. 119).

A continuación, se expondrán algunas de estas conductas inherentes a la edad y que, afianzadas por una inestabilidad familiar, están asociadas a conflictos con los padres, aislamiento, episodios de ansiedad, miedo, predisposición a robar, relacionarse con pandillas, cometer actos delictivos y de fuga, rebeldía, actividad sexual prematura entre otros.

Si bien todas estas reacciones son típicas de la edad, los adolescentes que mantengan lazos afectivos sanos con sus padres, de unión, seguridad, pertenencia, confianza, podrán enfrentar la crisis de adaptación a la etapa del ciclo vital sin poner en peligro su bienestar biopsicosocial.

Es decir, hay factores de riesgo psicosociales que predisponen a los adolescentes a exteriorizar conductas de riesgos psicosociales. Uno muy revelador es la insatisfacción de las necesidades básicas de afecto en la primera infancia.

Dentro de las principales manifestaciones conductuales de riesgo psicosocial durante la adolescencia pueden mencionarse:

Conducta de riesgo suicida: El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, en la adolescencia representa una amenaza significativa ubicándose entre las tres primeras causas de muerte.

Se considera acto de suicidio desde las ideas de intentos autolíticos hasta el hecho consumado que se denomina suicidio. Estos actos son planeados y voluntarios donde una persona intenta quitarse la vida, sin importar los mecanismos que utilice para llevarlo a cabo, la conducta suicida implica también las ideas, amenazas, los intentos.

Según estadísticas cada 40 segundos muere en el mundo una persona víctima del suicidio, convirtiéndose en un difícil problema de salud pública que urge no solo de atención, sino de prevención.

De acuerdo a la OPS. (2019). en América Latina y el Caribe “la muerte por suicidio ocupa el tercer lugar entre los adolescentes”, esta organización señala al mismo tiempo que en su gran mayoría estas muertes en los adolescentes se pueden evitar.

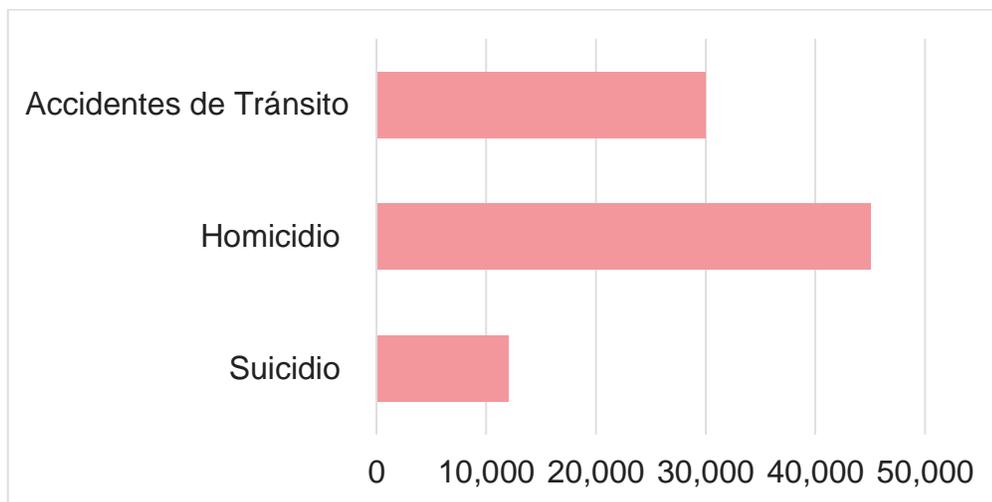
Sica, Chiri, Favili y Marchetti (2016), son de opinión que “el intento de suicidio presenta una altísima comorbilidad con la depresión: cuanto más grave la depresión, mayor es el intento de suicidio. También, se registra una comorbilidad con los trastornos de la conducta, con el consumo de sustancias y con los trastornos adaptativos” (p. 115).

Si bien la muerte es un proceso natural del ciclo vital, los jóvenes mueren antes del tiempo en que debería ocurrir, a falta de programas de prevención y atención a las necesidades que presenta esta población.

Especialmente, la que se encuentra en riesgo psicosocial, por lo cual es importante que se creen e implementen con urgencia nuevos planes y proyectos donde se involucren las entidades encargadas de brindar las diferentes

atenciones e involucrar y cambiar las habilidades, actitudes, aptitudes de los adolescentes.

Gráfica N°1. Principales causas de muerte en adolescentes en las Américas.
Según estadísticas de OPS



Fuente: OPS, 2019

Según los resultados se observa que alrededor de 12,000 adolescentes mueren en las Américas a causa del suicidio, 45,000 producto de homicidios y 30,000 por motivos de accidente de tránsito. Ubicándose el suicidio como la tercera causa de muerte en esta población en América Latina y el Caribe.

Riesgo en el comportamiento sexual: En la adolescencia incrementa el deseo sexual y la curiosidad por todo lo relacionado al tema, debido a los inseparables procesos hormonales propios de la maduración biológica. También entonces por otro lado la inmadurez al revelar las emociones, la falta de regulación afectiva, entre otros factores pone en riesgo la forma en que los adolescentes experimenten las relaciones sexuales, convirtiéndose, así, en un problema de salud durante esta fase de la vida al igual que el suicidio.

Sica, Chiri, Favili y Marchetti (2016), son de opinión de que los adolescentes que sean capaces de reconocer y regular sus emociones, controlar sus impulsos y

establecer relaciones sanas donde haya respeto y cuidados anticoncepción, pueden experimentar una sexualidad positiva, habilidades que no se logran solo por poseer un cuerpo adulto sino en un proceso de desarrollo, de lo contrario las relaciones sexuales pueden representar peligro incluidos riesgos físicos, psicosociales, psicológicos.

Las conductas sexuales de riesgo más habituales en este periodo incluyen las relaciones sexuales sin protección que pueden ocasionar embarazos no deseados que concluyen en abortos o en una deserción escolar, por otro lado, también, la falta de métodos de protección como el no uso de preservativos representa un potencial peligro para la adquisición de ETS entre ellas el SIDA.

Según la OPS. (2019). “América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo”. Mantener relaciones sexuales con múltiples parejas es otro problema, ya que el mayor número de parejas y el no uso de condón es otra variable altamente comprometida para la salud de las chicas y chicos.

Consumo de sustancias adictivas: Cualquier sustancia que al ser consumida altere el funcionamiento normal del sistema nervioso, y desestabilice el funcionamiento psicológico y modifique el comportamiento de una persona es considerada una sustancia psicoactiva.

Sica, Chiri, Favili, Marchetti (2016), señalan que, “sustancias psicoactivas se hace referencia a todas aquellas sustancias naturales o de síntesis capaces de alterar el estado bioquímico del sistema nervioso, causando modificaciones del estado de ánimo, de la percepción, de la actividad mental y de la conducta de una persona” (p.118).

Las drogas existen legales como el alcohol y el tabaco, medicamentos recetados como tranquilizantes, y las ilícitas como la cocaína esta droga es capaz de provocar

una adicción dinámica, la marihuana, inhalantes, heroína, crack, éxtasis, están consideradas entre las más utilizadas por los jóvenes.

Es lamentable conocer que, en la mayoría de los casos los adolescentes suelen acudir al consumo de drogas como una técnica para compensar vacíos afectivos, lo hacen de poco a poco hasta que al final se convierte en adicción.

Conducta Antisocial: Son conductas o comportamientos que van en contra de las reglas establecidas por la sociedad y que afecten a otros.

Incluye acciones donde se destruyan propiedades ajenas ya sean públicas o privadas, haya fuga escolar, copiarse durante exámenes o tareas escolares, lastimar físicamente a otras personas, llegar tarde a responsabilidades escolares entre algunas otras.

Un dato importante es que los jóvenes que manifiestan conducta antisocial carecen de empatía y no resisten las frustraciones, esto puede suscitar en conductas delictivas como robar, hurtar y agredir físicamente a otra persona donde se ponga en peligro la integridad del sujeto afectado.

Algunas de estas conductas antisociales en ciertos casos se catalogan como normales en esta etapa de la vida, sin embargo, si se perpetúan y combinan durante largo periodo de la adolescencia logran acabar convirtiéndose en delincuentes y empeorar al llegar a la edad adulta.

Según el artículo 498 del Código de la Familia en la República de Panamá, se considera en situación de riesgo social un menor cuando:

No asista a la escuela o educación de enseñanza donde se encuentre matriculado, o cuando no reciba la educación correspondiente.

Se dedique a la mendicidad, a la vagancia o a deambular en forma habitual, o al consumo de bebidas alcohólicas o drogas y estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Abandone el domicilio de sus padres o guardadores.

Se emplee en ocupaciones que puedan considerarse peligrosas o perjudiciales a la salud, la moral o contrarias a las buenas costumbres.

Frecuente trato con gente viciosa y malviviente o viva en casa destinada al vicio.

Sus padres, parientes o guardadores no lo puedan controlar o se sustraiga frecuentemente a su autoridad.

Los padres sin medios lícitos de vida sean delincuentes, alcohólicos, drogadictos, vagos, enfermos mentales o retardados mentales profundo y por ello no pueden ofrecerle un modelo de crianza.

Cuadro N°7. Conductas de riesgo psicosocial en la adolescencia

Conductas de Riesgo Psicosocial:	<ul style="list-style-type: none">- No recibe educacion.- Mendicidad.- Consumo de drogas y alcohol
Son manifestaciones conductuales que pueden originar trastornos psicologicos y sociales e incluso ponen en peligro la vida de los chicos y chicas.	<ul style="list-style-type: none">- Abandono del hogar- Empleos peligrosos, perjudiciales para la salud, la moral.- Conductas antisocial.
	<ul style="list-style-type: none">- Riesgo en el comportamiento sexual.- Conductas de riesgo suicida

Fuente: Pittí, 2020

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de Investigación y tipo de estudio

De acuerdo con el enfoque que se le ha dado al estudio, que en este caso ha sido mixto se han utilizado diseños cuantitativos y diseños cualitativos para esta investigación.

En cuanto al aspecto cuantitativo ha sido no experimental transversal; puesto que la recolección de datos realizada en el escenario escogido fue hecha en un periodo corto y se hizo en una sola intervención. Además de esto las variables solo fueron observadas sin que fueran manipuladas.

Con respecto al cualitativo fue fenomenológico, es decir se estudió un fenómeno en particular.

Así, lo expresa Hernández Sampieri, (2018), al enunciar que: el diseño fenomenológico “su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias”. (p. 548).

Por consiguiente, se ha elegido el diseño fenomenológico como abordaje a utilizar en el proceso de investigación cualitativo.

- Tipo de estudio

Por su naturaleza el presente trabajo de investigación, Estilos de apego asociado a conductas de riesgo psicosocial en adolescentes, corresponde a un diseño de investigación de enfoque mixto.

Es una investigación de enfoque cualitativa, en razón de que simboliza la utilización de instrumentos empíricos y críticos de investigación, involucra la recolección , el análisis de datos cualitativos en el ambiente natural, en relación con el contexto

donde se encuentran los adolescentes en este caso el Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró para poder identificar las consecuencias de los estilos de apego y su vinculación con las conductas de riesgo psicosocial en los adolescentes y la institucionalización.

Es un estudio de enfoque cuantitativo, porque se utilizan instrumentos de recolección de datos estandarizados, los cuales miden de forma numérica los hallazgos encontrados en esta investigación; el enfoque cuantitativo por su lado también plantea hipótesis.

Hernández Sampieri, (2018), señala que, “los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada” (p. 612).

Es un análisis fenomenológico porque busca explorar, describir y comprender las experiencias de los adolescentes con respecto a los estilos de apego establecidos con sus cuidadores en la infancia temprana y su asociación con la conducta de riesgo psicosocial.

También, es descriptivo correlacional; ya que intenta detallar las propiedades, características de personas, conceptos, variables, en un ambiente determinado y además establecer el grado de relación entre las variables.

3.2. Población o universo

Para la siguiente investigación, la población objeto de estudio son 36 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró ubicado en Potrerillos, Dolega, Chiriquí.

- Sujetos o muestras

Los participantes para el trabajo de investigación son diez adolescentes varones, con edades entre los 12 años y 17 años del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró ubicado en Potrerillos, Dolega, Chiriquí, seis procedentes del juzgado de menores y cuatro de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (Senniaf).

Los menores que ingresan al Centro procedentes de Senniaf es debido a que no se ha logrado obtener una alternativa familiar a corto plazo para ellos, en tanto se logren hacer las investigaciones correspondientes donde se pueda ubicar a los familiares para, posteriormente, iniciar dialogo y así conocer si el familiar desea cumplir con la responsabilidad de la custodia del adolescente, ese proceso puede tardar mucho tiempo incluso años, en muchos casos, no existe una alternativa real y el adolescente al cumplir la mayoría de edad queda sin hogar pues debe salir del centro de Rehabilitación.

Por otro lado, los adolescentes que ingresan al centro procedentes del juzgado, los responsables de investigar alternativa familiar y realizar los informes, elementos importantes a la hora de tomar decisiones el juez, son los técnicos del Centro de Rehabilitación de menores y el proceso suele ser más rápido.

En cuanto a la escolaridad de la muestra, está mayormente constituida por 60% con nivel de Premedia incompleta (seis adolescentes) y 40% con primaria incompleta (cuatro adolescentes); esto debido a circunstancias relacionadas a problemas socioeconómicos, trabajo infantil, problemas familiares como

abandono, negligencia, ausencia de reglas y límites en los hogares que desencadenan en deserción escolar, entre otros inconvenientes que ponen en riesgo la escolarización de los jóvenes, y les dificultan completar su educación.

Se puede señalar otra característica significativa y es que cinco de los adolescentes que conforman la muestra han sufrido la pérdida física de sus madres durante la primera infancia.

Criterios de Inclusión y Exclusión

A continuación, se detallan los criterios de exclusión e inclusión utilizados para la selección de la muestra del presente trabajo de investigación.

Dentro de los criterios de inclusión para la presente investigación están: la edad en la cual se eligieron adolescentes de entre 11 a 17 años de edad, otro requisito indispensable es que el adolescente se encuentre institucionalizado en el Centro de Rehabilitación para menores Arturo Miró y que su estancia en el centro sea de por lo menos seis meses. Además de esto es preciso que el adolescente sepa leer, escribir y hablar español.

Los criterios de exclusión que existen para el siguiente trabajo de investigación son: edad fuera del rango de entre 11 a 17 años de edad, que el adolescente no se encuentre institucionalizado, que la estancia en el centro sea menor a seis meses y, también, es un criterio excluyente que no sepa hablar, escribir ni leer español.

- Tipo de muestra

El muestreo mixto empleado en esta investigación será el de relación entre las muestras cuantitativa y cualitativa, la cual es idéntica lo que indica que la misma muestra representa en ambas ramas una sola muestra y será no probabilístico; ya que se seleccionaran las muestras de acuerdo al perfil que corresponde a los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Variables

A continuación, se describen las variables independientes y dependientes para el siguiente estudio.

- Identificación de las Variables

Variable independiente: La variable independiente para la investigación es: Estilos de Apego.

Variable dependiente: La variable dependiente para la investigación es: Conductas de riesgo psicosocial.

- Definición de las Variables

Para definir las variables de este estudio se confecciono el siguiente cuadro:

Cuadro N°8: Definición de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
<p>Estilos de Apego</p>	<p>Según Bowlby la conducta de apego es “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Lecannelier, 2009, p. 25).</p>	<p>Se ha realizado desglosando en dimensiones como: seguridad y disponibilidad, preocupación familiar, interferencia de los padres, valor de autoridad de los padres, permisividad parental, autosuficiencia, traumatismo infantil, que a su vez permitió el desglose de cinco indicadores: apego seguro, evitativo, ambivalente, desorganizado; que dieron lugar a 32 ítems contenido en un cuestionario CAMIR, que corresponden a criterios de ponderación con una escala Likert 5.- Muy de acuerdo 2.- En desacuerdo 4.- De acuerdo 1.- Muy en desacuerdo 3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.</p>
<p>Conductas de riesgo psicosocial</p>	<p>Conductas que incluyen dificultades para adaptarse a las reglas sociales, saber controlar su comportamiento, conductas</p>	<p>Se ha realizado desglosando en escalas como: escalas clínicas, índice de riesgo psicosocial, escala de bienestar, que a su vez permitió el desglose de</p>

	<p>peligrosas que impliquen un riesgo para su persona y los demás, relacionadas al abuso de sustancias, conflictividad, impulsividad, problemas familiares (Sica, Chiri, Favilli y Marchetti, 2016, p. 42).</p>	<p>nueve indicadores: insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, problemas interpersonales, problemas familiares, incertidumbre sobre el futuro, riesgo psicosocial, autoestima y bienestar; que dieron lugar a 81 ítems contenido en un cuestionario Q-PAD, que corresponden a criterios de ponderación con una escala Likert A. Falsa B. Parcialmente falsa C. Parcialmente verdadera D. Verdadera</p>
--	---	--

Fuente: Pittí, 2020

3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos en una investigación mixta permiten hacer compatibilidad entre los programas de análisis cualitativos y cuantitativos.

Como señala Hernández Sampieri, (2018), “una gran variedad de los datos recolectados por los instrumentos más comunes puede ser codificados como números y también analizados como texto, o ser transformados de cuantitativos a cualitativos y viceversa” (p. 652).

Por lo cual en el siguiente estudio los tipos de datos y análisis mixtos serán tanto estandarizados como no estandarizados.

Para el análisis los elementos de recolección de datos utilizados por el investigador son los siguientes:

La observación clínica, donde se pretende obtener datos a través del lenguaje no verbal y afectivo, y lenguaje verbal identificando la presencia de comunicaciones referentes a los cuidadores o la madre.

Entrevista clínica diagnóstica, con el fin de obtener información de los participantes como la forma de vivir y sus antecedentes personales, familiares, educativos aparte de los sentimientos, pensamientos y emociones, siempre y cuando el paciente conozca la información y sea veraz al compartirla.

Para la primera estimación de conductas de riesgo psicosocial se inició con la entrevista clínica, compuesta por preguntas que buscan respuesta a las interrogantes relacionadas a datos generales como la edad, grado de escolaridad, procedencia de los adolescentes y, también, a problemas interpersonales, problemas familiares, abuso de sustancias, entre otros factores.

El Q- PAD, es una prueba rápida consta de 81 preguntas, cuyo objetivo es la detección y evaluación de problemas en adolescentes de entre 12 a 18 años de edad, incluye ansiedad, depresión, insatisfacción corporal, problemas en las relaciones con los demás, problemas familiares, incertidumbre sobre su futuro, riesgo psicosocial, abuso de sustancias, autoestima y bienestar.

Esta prueba es recomendada para el área de investigación por sus satisfactorias propiedades psicométricas, brevedad y su evaluación de amplio espectro, tanto como medida complementaria, así como central del estudio.

La segunda valoración de las conductas de riesgo psicosocial se realizó mediante el cuestionario para la evaluación de problemas en adolescentes (Q-PAD), el cual consta de 81 preguntas diseñado con una escala Likert, agrupadas por 9 escalas entre las que incluye:

Abuso de Sustancias: evalúa la presencia de abuso de sustancias.

Riesgo psicosocial: evalúa el grado en el que el adolescente tiene dificultades para adaptarse a las reglas sociales, para controlar su comportamiento y conductas que impliquen riesgo para sus personas y las demás, conductas peligrosas, abuso de sustancias, conflictividad, problemas familiares, impulsividad, negatividad.

Problemas familiares: hace referencia a incomprensión familiar, y como afectan al adolescente.

Problemas interpersonales: evalúa problemas e insatisfacción al relacionarse con los demás y la manera que el adolescente maneja dichos conflictos.

Depresión: evalúa la presencia de manifestaciones subjetivas de tristeza, melancolía, desesperanza y puede asociarse a posible presencia de conductas autolesivas.

Autoestima: evalúa el nivel de bienestar, grado de satisfacción, consigo mismo, con el entorno, apariencia física.

Para la primera evaluación de estimación de los estilos de apego se utilizó el cuestionario de apego CAMIR-R.

Posteriormente para la valoración de los estilos de apego se manejó el cuestionario de apego para adolescentes (AAQ).

Ambos instrumentos están diseñados con una Escala Likert el primero consta de 32 preguntas y el segundo de 9 preguntas respectivamente, los cuales contenían preguntas similares agrupadas por escalas.

Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ) en español es un instrumento elaborado a partir de los planteamientos de Mary Ainsworth y John Bowlby en relación al apego, validado en Chile en el año 2014 por Moran, J; Lecannelier, F & Rodríguez, J., donde al igual que en la versión original se derivan tres escalas que evalúan la percepción sobre la disponibilidad y expansividad de la figura de apego del adolescente.

Está conformado por 9 preguntas divididas en tres escalas como la disponibilidad, cooperación, señales de enojo y angustia.

Escalas del cuestionario AAQ:

Escala 1: Disponibilidad, evalúa la confianza del adolescente en la disponibilidad y sensibilidad de la figura de apego.

Escala 2: Cooperación, evalúa la capacidad de consideración y empatía con las necesidades y sentimientos de la figura de apego.

Escala 3: Señales de enojo y angustia, evalúa el monto de enojo y angustia en la relación padres-adolescentes.

Versión reducida del cuestionario CAMIR-R es un cuestionario para la evaluación del apego, mide las representaciones de apego, estima los estilos de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de edad adulta.

Consta de 32 preguntas que el participante debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos, para su realización se necesitan alrededor de 15 a 20 minutos.

Esta prueba se subdivide en siete dimensiones cinco de ellas se refieren a las representaciones del apego y las otras dos referidas a la estructura familiar.

Dentro del cuestionario CAMIR- R se incluyen escalas similares al AAQ y otras de significancia para el estudio, que también será analizada, tales como:

Escalas del cuestionario de apego CAMIR-R:

La Dimensión 1: Seguridad y Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, el cual hace referencia a haberse sentido querido, valorado, y poder confiar en las figuras de apego y saber que están disponibles.

La Dimensión 3: Interferencia de los padres, recuerdo de haber sido sobreprotegido en la infancia.

La Dimensión 6: Autosuficiencia y rencor contra los padres, describe el rechazo hacia la dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor de las figuras de apego.

La Dimensión 7: Traumatismo infantil, hace referencia a los recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia, amenazas de las figuras de apego durante la infancia.

Análisis de confiabilidad de los instrumentos

Cuadro N°9: Análisis de confiabilidad del instrumento AAQ

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.923	9

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N°10: Análisis de confiabilidad del instrumento Camir-R

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.982	32

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N°11: Análisis de confiabilidad del instrumento Q-Pad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.997	81

Fuente: Pittí, 2020

Después de realizado el análisis de confiabilidad de los instrumentos según la regla de decisión estadística donde todo instrumento de recolección de datos cuantitativo es confiable siempre y cuando el estadístico de confiabilidad de Alfa de Cronbach sea mayor a .7, se confirma la confiabilidad de los instrumentos utilizados en el estudio, ya que todos tienen puntuación por encima de .7.

Análisis de validez del instrumento

Para la validez de los instrumentos se utilizó el análisis factorial a través de la varianza total explicada donde el porcentaje acumulado debe ser mayor a 50%.

Para la validez del Cuestionario para la Evaluación de problemas en adolescentes Q-PAD se utilizó el análisis factorial a través de la varianza total explicada dando como resultado una validez del constructo del instrumento de 96.890%.

Para la validez del Cuestionario de Apego CAMIR-R se utilizó el análisis factorial a través de la varianza total explicada dando como resultado una validez del constructo del instrumento de 94.297%.

Para la validez del Cuestionario de Apego en Adolescentes (AAQ) se utilizó el análisis factorial a través de la varianza total explicada dando como resultado una validez del constructo del instrumento de 83.046 %.

3.5. Procedimiento

Para elaborar la investigación esquematizada se detallan las actividades que se realizan a partir de fases.

Primera fase: Se reconoce la viabilidad del estudio, se debe delimitar el tema, escoger las variables a estudiar además de ubicar a la población elegida y el lugar.

Segunda fase: Se inicia con la búsqueda de referencias teóricas de estudios previos relacionados que sustenten y sirvan de base al tema elegido, se plantea el problema de investigación y se justifica.

Tercera fase: Se redactaron los objetivos y como el enfoque es mixto se planteó las hipótesis y se continuó buscando información de referencia.

Cuarta fase: Se ubica la metodología a utilizar para la recolección y búsqueda de información que incluye las técnicas e instrumentos de acuerdo al tipo de estudio, en esta investigación técnicas mixtas de recolección de datos.

Quinta fase: Incluye la recolección de datos en el campo de estudio, tabulación de los mismos, el detalle y análisis de resultados, observación de expedientes clínicos, con esta información se pretende analizar todo lo relacionado al apego y conductas de riesgo psicosocial, serán mostrados a través de cuadros, e informes narrativos donde se detallan los hallazgos encontrados. Toda la información recolectada durante el proceso de investigación es únicamente con fines académicos y estrictamente confidencial.

Sexta fase: Se elaboran las conclusiones, sugerencias de recomendaciones que pueden dar lugar a una propuesta si es necesario.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: NÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Estilos de apego existentes en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró

Para dar respuesta al objetivo específico redactado al inicio: Identificar los estilos de apego existentes en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró, a continuación, se sustentan los resultados que dan contestación, obtenidos por medio del Cuestionario de Apego CAMIR-R, el cual mediante las dimensiones de apego descritas a continuación permite identificar las características de las representaciones de los estilos de apego y estimar el estilo de apego del individuo.

Dimensión 1. Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, Dimensión 2. Preocupación familiar, Dimensión 3. Interferencia de los padres, Dimensión de estructura familiar la cual se subdivide en dos factores El Factor 4, Valor de la autoridad de los padres, El Factor 5, Permisividad parental; Dimensión 6. Autosuficiencia y rencor contra los padres, Dimensión 7. Traumatismo infantil.

Si en la dimensión seguridad los sujetos obtienen una puntuación T por debajo de 50 presentan un estilo de apego inseguro, por el contrario, si la puntuación es igual o superior a 50 el estilo de apego es seguro.

Si el sujeto presenta una puntuación mayor en la dimensión Interferencia de los padres que en la dimensión de Autosuficiencia y rencor contra los padres, se considera que presenta un estilo de apego inseguro preocupado.

Por el contrario, si el sujeto presenta una puntuación mayor en la dimensión Autosuficiencia y rencor contra los padres que en la dimensión Interferencia de los padres se considera que muestra un estilo de apego inseguro evitativo.

Por último, una puntuación alta en la dimensión 7, Traumatismo infantil, sugiere que el sujeto presenta indicadores de un apego desorganizado.

A continuación, se detallan, los resultados:

Cuadro N°12: Estimación estilo de apego adolescente 1 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	46.2
2. Preocupación familiar	52.2
3. Interferencia de los padres	68.0
4. Valor de la autoridad de los padres	46.9
5. Permisividad parental	51.7
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	63.9
7. Traumatismo infantil	61.1

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 12, el adolescente 1, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que indica una estimación de apego inseguro, y una puntuación mayor en la dimensión 3, 68.0 que en la dimensión 6, 63.9 lo que sugiere un estilo ambivalente; de este modo se determina una estimación de estilo de apego inseguro ambivalente o preocupado.

Cuadro N°13: Estimación estilo de apego adolescente 2 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	0.0
2. Preocupación familiar	59.4
3. Interferencia de los padres	61.0
4. Valor de la autoridad de los padres	57.0
5. Permisividad parental	61.6
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	67.1
7. Traumatismo infantil	88.8

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 13, el adolescente 2, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo de apego inseguro y una puntuación mayor en la dimensión 6, 67.1 que en la dimensión 3, 61.0, y obtuvo una puntuación alta en la dimensión 7, 88.8; la estimación de estilo de apego en este caso sería desorganizado.

Cuadro N°14: Estimación estilo de apego adolescente 3 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	-2.6
2. Preocupación familiar	45.0
3. Interferencia de los padres	54.1
4. Valor de la autoridad de los padres	46.9
5. Permisividad parental	66.6
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	67.1
7. Traumatismo infantil	88.8

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 14, el adolescente 3, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1 lo que sugiere un estilo de apego inseguro, y una puntuación mayor

en la dimensión 6, 67.1 que en la dimensión 3, 54.1, y obtuvo una puntuación alta en la dimensión 7, 88.8, la estimación de estilo de apego para este caso sería desorganizado.

Cuadro N°15: Estimación Estilo De Apego Adolescente 4 Según Cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	38.5
2. Preocupación familiar	61.8
3. Interferencia de los padres	64.5
4. Valor de la autoridad de los padres	46.9
5. Permisividad parental	71.5
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	60.7
7. Traumatismo infantil	73.4

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 15, el adolescente 4, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo de apego inseguro, y una puntuación mayor en la dimensión 3, 64.5 que en la dimensión 6, 60.7 lo que indica una estimación de estilo de apego inseguro ambivalente.

Cuadro N°16: Estimación estilo de apego adolescente 5 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	-10.3
2. Preocupación familiar	69.1
3. Interferencia de los padres	50.7
4. Valor de la autoridad de los padres	62.1
5. Permisividad parental	81.4
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	67.1
7. Traumatismo infantil	98.0

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 16, el adolescente 5, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo inseguro y una puntuación mayor en la dimensión 7, 98.0, la estimación de estilo de apego para este caso es desorganizado.

Cuadro N°17: Estimación estilo de apego adolescente 6 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	-5.2
2. Preocupación familiar	66.7
3. Interferencia de los padres	54.1
4. Valor de la autoridad de los padres	57.0
5. Permisividad parental	76.4
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	60.7
7. Traumatismo infantil	91.8

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 17, el adolescente 6, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo de apego inseguro, y una puntuación mayor en la dimensión 7, 91.8; lo que estima un estilo desorganizado.

Cuadro N°18: Estimación estilo de apego adolescente 7 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	38.5
2. Preocupación familiar	57.0
3. Interferencia de los padres	68.0
4. Valor de la autoridad de los padres	36.8
5. Permisividad parental	71.5
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	57.6
7. Traumatismo infantil	73.4

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 18, el adolescente 7, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo inseguro y una puntuación mayor en la dimensión 3, 68.0 que en la dimensión 6, 57.6, lo que indica un estilo ambivalente.

Cuadro N°19: Estimación estilo de apego adolescente 8 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	30.8
2. Preocupación familiar	57.0
3. Interferencia de los padres	50.7
4. Valor de la autoridad de los padres	46.9
5. Permisividad parental	61.6
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	51.2
7. Traumatismo infantil	67.2

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 19, el adolescente 8, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo inseguro y una puntuación mayor en la dimensión 6, 51.2 que en la dimensión 3, 50.7; lo que indica un estilo evitativo.

Cuadro N°20: Estimación estilo de apego adolescente 9 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	-2.6
2. Preocupación familiar	25.7
3. Interferencia de los padres	61.0
4. Valor de la autoridad de los padres	46.9
5. Permisividad parental	36.9
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	57.6
7. Traumatismo infantil	85.7

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 20, el adolescente 9, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo inseguro y una puntuación mayor en la dimensión 7, 85.7, lo da una estimación de estilo desorganizado.

Cuadro N°21: Estimación estilo de apego adolescente 10 según cuestionario Camir

Escalas	Puntuaciones T del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	25.6
2. Preocupación familiar	59.4
3. Interferencia de los padres	81.8
4. Valor de la autoridad de los padres	62.1
5. Permisividad parental	56.7
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	67.1
7. Traumatismo infantil	76.5

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 21, el adolescente 10, obtuvo una puntuación por debajo del 50% en las puntuaciones T dimensión 1, lo que sugiere un estilo inseguro y una puntuación mayor en la dimensión 3, 81.8, que en la dimensión 6, 67.1, lo que indica un estilo ambivalente.

Cuadro N°22: Estilos de apego identificados en adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró

Estilos de Apego	Frecuencia	Porcentaje
Apego Ambivalente	4	40 %
Desorganizado	5	50 %
Inseguro Evitativo	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos mediante el cuestionario CAMIR-R, como se puede observar en el cuadro 22, 5 de los adolescentes presenta un estilo desorganizado, equivalente al 50% de la muestra, 4 un estilo ambivalente que equivale al 40% y 1 de los adolescentes presenta un estilo inseguro evitativo, lo cual representa el 10%. De este modo se puede hacer una estimación de estilo de apego inseguro para toda la muestra unos con características asociadas al estilo desorganizado otros ambivalente y también inseguro.

4.2 Conductas de riesgo psicosocial manifestadas en adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró

Para dar respuesta al objetivo específico: Describir las conductas de riesgo psicosocial manifestadas en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró, a continuación, se sustentan los resultados que dan contestación; obtenidos mediante el Cuestionario para la Evaluación de Problemas en adolescentes Q-PAD el cual tiene como finalidad la evaluación en nueve escalas entre las que incluyen: Abuso de sustancias, riesgo psicosocial.

Cuadro N°23: Escalas de problemas internalizantes clínicamente afectadas en adolescentes del Centro de Rehabilitación Arturo Miró

Adolescentes	Insatisfacción Corporal	Ansiedad	Depresión
A1	---	---	---
A2	98	93	99
A3	---	---	88
A4	94	99	99
A5	---	---	---
A6	---	---	---
A7	---	---	92
A8	---	---	---
A9	---	---	---
A10	---	---	---
Total	2	2	4
Porcentaje	20	20	40

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 23, los adolescentes del Centro Arturo Miró, presentan problemas internalizantes como depresión, ansiedad e insatisfacción corporal, es importante señalar que, aunque el Q-PAD no evalúa el riesgo suicida directamente, las escalas antes mencionadas las asocia a conductas de riesgo suicida o autolesivas; además

dificultades en el sistema familiar y posible presencia de conductas de riesgo o antisociales.

Cuadro N°24: Escalas de problemas externalizantes en adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró

Adolescentes	Abuso de sustancias (Abu)	Problemas interpersonales (Int)	Problemas familiares (Fam)	Incertidumbre sobre el futuro (Fut)	Riesgo psicosocial (Rps)	Autoestima y bienestar (Aut)
A1	99	---	86	---	99	23
A2	89	95	---	86	97	1
A3	98	89	97	---	98	20
A4	98	95	97	96	99	24
A5	97	87	86	93	96	26
A6	---	---	94	---	87	1
A7	94	---	94	96	98	23
A8	---	---	---	---	---	3
A9	99	---	97	86	99	3
A10	---	---	89	---	---	37
Total	7	4	8	5	8	10
Porcentaje	70	40	80	50	80	100

Fuente: datos recolectados del instrumento aplicado, 2020

Según los resultados obtenidos como se puede observar en el cuadro 24, los adolescentes de la muestra presentan problemas externalizantes los cuales en muchos casos se asocian a padres y una crianza poco afectuosa, dentro de las manifestaciones conductuales están el abuso de sustancias podría ser alcohol u otras drogas, problemas interpersonales lo que sugiere dificultades para relacionarse con los demás y de gestionar conflictos, problemas familiares, incertidumbre sobre el futuro que podría indicar preocupaciones, riesgo psicosocial el cual hace referencia a las dificultades para adaptarse a las reglas sociales y controlar el comportamiento de manera que se evita la afectación de los demás o la propia y autoestima.

4.3 Análisis Cualitativo

A continuación, se procede a detallar el análisis de manera cualitativa de los datos recolectados de manera cuantitativa.

4.3.1 Triangulación

Los datos alcanzados mediante los diferentes instrumentos de recolección, permiten crear la triangulación metodológica, que consiste en representar la información recaba de forma cuantitativa en temas cualitativos, con el interés de dar respuesta al objetivo principal de la investigación, el cual es describir la asociación existente entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes.

Cuadro N°25: Análisis Cualitativo Triangulación

Instrumentos	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos	Teoría del Apego
<p>Cuestionario de Apego CAMIR-R</p>	<p>5 adolescentes obtuvieron Puntuaciones altas en la dimensión 7, Traumatismo infantil (50%)</p>	<p>Traumatismo infantil, hace referencia a haber experimentado durante la infancia algún tipo de violencia, falta de disponibilidad, y hasta amenazas por parte de la figura de apego.</p> <p>Es probable que estos adolescentes durante su</p>	<p>Según la teoría del apego los individuos que experimentan pérdidas y duelos no resueltos, suelen manifestar estilos de apego desorganizado.</p> <p>Como señala Leccannelier (2009), “la desorganización en la infancia predice disociación y conductas de automutilación” (p.92).</p> <p>Por lo que es una predisposición a conductas de riesgo</p>

		<p>infancia hayan experimentado situaciones de pérdidas o duelos irresolutos o hayan sido hijos de padres con un estilo desorganizado.</p>	<p>autolíticas o de riesgo suicida. Suelen manifestar conducta agresiva, al no saber controlar la ira por falta de regulación afectiva, se convierte en violencia.</p>
4 adolescentes obtuvieron Puntuaciones altas en la dimensión 3 Interferencia de los padres (40%)	<p>El adolescente manifiesta haber sentido sobreprotección en la infancia, haber sido un niño tímido y miedoso y además sentir preocupación por ser abandonado.</p>	<p>El estilo de apego inseguro ambivalente se caracteriza por la preocupación de sufrir abandono.</p> <p>De acuerdo a Leccannelier (2009) “los cuidadores carecen de la posibilidad de implementar la estrategia de sobreprotección planificada, no es posible estar ciento por ciento alerta e involucrado en la crianza de un niño” (p.80); debido a esto los estilos ambivalentes pueden provocar en sus hijos problemas de autoestima, apariencia física, no logran establecer una identidad, suelen experimentar conflictos familiares.</p>	
			<p>El apego inseguro es un elemento de</p>

	<p>Un adolescente obtuvo Puntuación alta en la dimensión 6 Autosuficiencia (10%)</p>	<p>Este adolescente es posible haya manifestado rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y rencor hacia sus progenitores o figuras de apego.</p>	<p>vulnerabilidad para problemas como somatización, depresión, ansiedad, los problemas externalizantes en su conducta como agresión y hostilidad, conductas antisociales.</p> <p>De acuerdo a Wallin (2015) “por lo general son hijos de padres con carencias y con un narcisismo devaluatorio, por lo que se han criado en un desierto emocional” (p. 316).</p> <p>Por lo que intentan llenar el vacío afectivo, las relaciones sexuales las mantienen como método de afirmación lo que puede representar un riesgo.</p>
<p>Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes Q-PAD</p>	<p>Problemas internalizantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión (40%) - Ansiedad (20%) <p>Problemas Externalizantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abuso de sustancias (70%) 	<p>Los adolescentes manifestaron problemas de depresión, ansiedad, problemas familiares indican no</p>	<p>De acuerdo a Lecannelier (2009) “todo ambiente familiar que produzca una atrofia en las capacidades de mentalización del niño, puede convertirse en un ambiente que predispone a la agresividad y al trastorno de conducta” (p.205).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas interpersonales (40%) - Problemas familiares (80%) - Riesgo psicosocial (80%) - Autoestima y bienestar (100%) 	<p>sentirse cómodo ni comprendido por sus familias, abuso de sustancias donde la persona evaluada parece consumir o haber consumido alcohol u otras sustancias psicoactivas, dificultades para controlar su impulsividad y seguir las reglas y normas.</p>	<p>La teoría del apego plantea que la capacidad de mentalización y regulación afectiva se logra mediante la disponibilidad y seguridad que brindan las figuras de apego mediante un apego seguro.</p> <p>Marrone (2009) sugiere “que el trauma en las relaciones de apego produce depresión, farmacodependencia, alcoholismo y adicciones” (p.384).</p> <p>Esto debido también a la incapacidad de regular los afectos.</p>
--	--	--	---

Fuente: Pittí, 2020

4.4 Comprobación de Hipótesis

A continuación, se realiza la comprobación de hipótesis para dar respuesta al objetivo general de la investigación: Describir la asociación existente entre los estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes. Seguidamente, se presenta la correlación de las variables para la comprobación de la hipótesis:

Cuadro N°26: Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.333 ^a	6	.038
Razón de verosimilitudes	15.186	6	.019
Asociación lineal por lineal	1.516	1	.218
N de casos válidos	10		
a. 12 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.			

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N°27: Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos * A veces me arrepiento de cosas que he hecho por culpa del alcohol u otras sustancias	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%

Fuente: Pittí, 2020

Para realizar este cuadro se utilizó el ítem: Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos, de la variable independiente y el ítem: A veces me arrepiento de cosas que he hecho por culpa del alcohol u otras sustancias, que corresponde a la variable dependiente, obteniendo un valor de .03 para el chi cuadrado de Pearson, por medio del cual se comprueba la Hipótesis de investigación (Hi): Existe asociación entre estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho): No existe asociación entre estilos de apego y las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes.

Estos resultados se comprobaron utilizando la medida no paramétrica del chi cuadrado de Pearson.

Regla de decisión: Se comprueba la hipótesis de investigación siempre y cuando el chi cuadrado de Pearson sea menor a .05.

CONCLUSIONES

Una vez culminado el estudio y el análisis sobre la asociación de estilos de apego a las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró se procede a plantear las siguientes conclusiones:

A partir de los resultados obtenidos para dar respuesta al primer objetivo específico se colige que:

- Los diez adolescentes, que conforman la muestra para la investigación, equivalente al 100% presentan porcentajes fuera del rango normal en la escala de disponibilidad que evalúa estilo de apego seguro en los cuestionarios utilizados para estimar los estilos de apego, lo que indica que ninguno de los jóvenes posee un estilo de apego seguro. (Ver cuadros 12-22).
- La escala de traumatismo infantil, en la dimensión 7 del cuestionario de apego CaMiR-R, brinda una estimación del estilo de apego desorganizado, una alta puntuación en esta escala sugiere que el sujeto presenta indicadores de un apego desorganizado, 5 de los adolescentes obtuvieron puntuación alta para la escala de traumatismo infantil, por tal motivo, se considera que la mitad de la muestra presentan un estilo desorganizado. (Ver cuadros 13,14,16,17,20).
- Así mismo la dimensión 3, Interferencia de los padres alude al estilo de apego inseguro ambivalente o preocupado como se le conoce, también, una puntuación mayor en la dimensión 3, que en la dimensión 6 de autosuficiencia sugiere un estilo de apego preocupado, 4 de los adolescentes equivalentes al 40% de la muestra, obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión 3, lo que da una estimación de estilo de apego ambivalente para ellos. (Ver cuadros 12,15,18,21).

- Por otro lado, una puntuación mayor en la dimensión 6, de autosuficiencia sugiere un estilo de apego inseguro evitativo, 1 de los adolescentes equivalente al 10% obtuvo una puntuación mayor en la dimensión 6, la estimación de apego para ese adolescente es de apego inseguro Evitante (Ver cuadro 19).
- Se identificó los estilos de apego en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró, los cuales fueron ambivalente, desorganizado, inseguro evitativo. (Ver cuadro 22).
- Como señala la teoría del apego, los estilos de apego inseguro Evitante, ambivalente, desorganizados están asociados a comportamientos que usualmente suelen desencadenar en problemas psicológicos en algunos de los casos graves.

Con respecto al segundo objetivo específico se concluye lo siguiente:

- Se determinó la manifestación de problemas internalizantes en los adolescentes como es la depresión, ansiedad donde el 40% de los adolescentes reveló puntuaciones que indican malestar y problemas, afirman presentar episodios de tristeza o irritabilidad de forma repetida, parecen tener problemas a la hora de realizar sus actividades diarias debido a los pensamientos negativos y de infelicidad que experimentan y aunque el Q-PAD no evalúa directamente las conductas de riesgo suicida, sugiere que puntuaciones elevadas en estas escalas pueden asociarse a ideación suicida o de conductas autolesivas. (Ver cuadro 23).
- Se determinó la manifestación de problemas externalizantes en los adolescentes como riesgo psicosocial, abuso de sustancias, problemas familiares, problemas interpersonales. En la escala abuso de sustancias el 70% de los adolescentes obtuvo descriptores clínicos que sugieren entre malestar y problemas a malestar y problemas clínicos destacados. (Ver cuadro 24).

- Se puede agregar, también, en la escala de riesgo psicosocial que el 80% de los adolescentes obtuvo puntuaciones que sugieren malestar y problemas a malestar y problemas clínicos destacados donde la persona evaluada parece tener serias dificultades para seguir reglas y normas y controlar impulsividad, lo que le hará muy difícil adaptarse a muchos contextos de su vida, al igual que es probable que experimente múltiples conductas de riesgo en diversas áreas y que haya manifestado episodios graves de transgresión de las reglas sociales que puedan haber ocasionado graves consecuencias para la persona evaluada y los demás; donde se sugiere que la situación del adolescente y de su familia y del contexto social al que corresponde, demandan atención por parte de profesionales y deben ser valoradas a mayor profundidad. (Ver cuadro 24).
- De igual manera, los adolescentes mediante el Q-PAD manifestaron problemas familiares el 80% de ellos, donde los descriptores clínicos indican que la persona evaluada afirma no sentirse cómoda y además insatisfecha con su familia, manifiesta no sentirse apoyada ni escuchada y experimentar con frecuencia peleas y discusiones, familias conflictivas o excesivamente protectoras, donde en ciertos casos sus necesidades se ven ignoradas, estas situaciones familiares ubican al adolescente en posibles conductas de riesgo, identificación con grupos conflictivos, problemas con la autoridad, supresión social, rasgos o conductas antisociales y estrategias de afrontamientos no adaptativas. (Ver cuadro 24).
- Mediante el cuestionario para la evaluación de problemas en adolescentes el 100% de los adolescentes exteriorizó problemas en la escala de autoestima y bienestar, alguno de ellos con niveles de autoestima desde muy baja con un malestar muy destacado en el área, donde se presenta inseguridad, labilidad emocional, insatisfacción, presencia de quejas somáticas, problemas físicos, negatividad en las relaciones interpersonales y familiares entre otros.

- Según la entrevista clínica realizada a los adolescentes el 100% de la muestra manifiesta problemas familiares, con indicadores como abandono de uno de los padres, pérdida física de las madres (muerte), negligencia, ausencia de reglas y límites claros, agravio físico, abuso sexual, consumo de alcohol, alguno de los chicos manifiesta haber experimentado conductas sexuales tempranas a cambio de dinero para sufragar gastos de alimentación y educación lo que coloca al menor en peligro y vulnerabilidad.
- Se puede señalar que, el 100% de los adolescentes, también, revelan deficiencias en el área de educación; ya que, aunque, todos los chicos de la muestra al momento de la recolección de datos asisten a la escuela o colegio, ninguno de ellos cursa el grado escolar de acuerdo a su edad cronológica, lo que implica una serie de dificultades para ellos.
- Es posible correlacionar los estilos de apego a conductas de riesgo psicosocial en los adolescentes motivo de estudio, indicando la presencia de estilos de apego inseguro ambivalente, desorganizado e inseguro evitativo que se asocian a problemas conductuales no solo durante la infancia sino, también, a lo largo del ciclo vital, y las manifestaciones de conductas de riesgo psicosociales encontradas en los adolescentes.
- Y dentro de la indagación realizada para las conductas de riesgo psicosocial se logra obtener información relevante a cerca de problemas interpersonales, problemas familiares, autoestima, depresión, abuso de sustancias, entre otros que están asociados a personas con estos estilos de apego.
- Son individuos a los que les cuesta establecer relaciones interpersonales, con iguales o figuras de autoridad, no confían en sí mismos, llenan sus vacíos afectivos a través de objetos o actividades, entre ellas pueden recurrir a adicciones, conductas autolesivas entre otras conductas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

LIMITACIONES

Dentro del trabajo de investigación se encontraron las siguientes limitaciones para el estudio:

- Escasez de investigaciones previas en Panamá sobre la teoría del apego y los adolescentes.
- Contar con poca formación y ninguna especialidad en Panamá sobre la teoría del apego, durante los años de preparación como psicólogos.
- Falta de instrumentos para la evaluación del apego en la adolescencia.
- Debido al confinamiento por la pandemia del Covid-19, no se logró cumplir con la batería de instrumentos planificada y, tampoco, se logró ejecutar la propuesta de intervención creada.

RECOMENDACIONES

- Que se realicen investigaciones en Panamá sobre la teoría del apego y su relación a las conductas de riesgo en adolescentes con el propósito de alcanzar información objetiva que permita la promoción de la salud mental.
- Dentro de la formación como psicólogos se creen cátedras relacionadas a la teoría del apego y su importancia en la primera infancia y sus implicaciones para el resto de la vida del ser humano.
- Que, en las entidades encargadas de brindar atención en el área de salud mental, se desarrollen programas de promoción, sobre la importancia del apego seguro en la primera infancia.
- Promoción como parte de la atención integral y control de embarazo de las mujeres gestantes atención psicológica si es necesario y psicoeducación sobre los estilos de apego y las implicaciones psicológicas en el individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artículo 498 (2018). Código de la Familia República de Panamá.

Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. y Woscoboinik, N. (2012). **Desarrollo Emocional. Clave para la primera infancia**. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos.

Bateman, A. y Fonagy P. (2018). **Tratamiento basado en la Mentalización para Trastornos de la Personalidad: Una guía práctica**. España: Desclée de Brouwer.

Bowlby, J. (1986). **Vínculos Afectivos Formación, desarrollo y perdida**. Madrid España: Ediciones Morata, S.A.

de Hurtado Barrera, J. (2014). **El Proyecto de Investigación**. Caracas, Venezuela: Ediciones Quirón, S.A.

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, Ch. (2018). **Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta**. Ciudad de México: Mc Graw Hill.

Leahy, R. (2018). **Técnicas de Terapia Cognitiva**. Buenos Aires: AKADIA Editorial.

Lecannelier, F. (2009). **Apego e Intersubjetividad Influencia de los Vínculos Tempranos en el Desarrollo Humano y la Salud Mental**. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Marrone, M. (2009). **La Teoría del apego Un enfoque actual**. Madrid, España: Editorial Psimática.

Oaklander, Violet. (2008). **El Tesoro Escondido: La vida interior de niños y adolescentes Terapia infanto-juvenil**. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

- Pérez, N. y Navarro, I. (2011). **Psicología del Desarrollo Humano Del nacimiento a la vejez**. España: Editorial Club Universitario. Recuperado de <https://www.amazon.com>.
- Sica, C., Rocco, L., Favili, R. y Marchetti, I. (2016). Q-PAD **Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes**. (P. Santamaría, adaptador) Madrid: TEA Ediciones.
- Wallin, D. (2015). **El Apego en Psicoterapia**. España: Deesclée De Brouwer, S.A. Recuperado de <https://www.amazon.com>.
- Winnicott, D. (2006). **Exploraciones Psicoanalíticas**. Argentina: Paidós Psicología Profunda.
- Winnicott, D. (2005). **Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional**. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.

INFOGRAFÍA

Alba, C., Flores, Y. y Cárdenas, V. (2014). **Estilos de apego padres-hijo y obesidad infantil. En Revista Dialnet. Recuperado el 5 de septiembre de 2019.** <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6670046>

Calderón, J. (2116). **Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. de Encuentros en línea. En Revista Scielo. Recuperado el 5 de septiembre de 2019.** http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-58582016000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Camps–Pons, S., Castillo, J. y Cifre, I. (2014). **Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. Recuperado el 13 de enero de 2020, de Clínica y Salud vol.25 no.1 Madrid Sitio. En Revista Scielo.** http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000100007

Duarte-Rico, L., García-Ramírez, N., Rodríguez-Cruz, E. & Bermúdez-Jaimes. M. (2016). **Las prácticas de crianza y su relación con el Vínculo Afectivo. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología. En Revista Dialnet. Recuperado el 17 de junio de 2020.** <file:///C:/Users/yarie/Downloads/Dialnet-LasPracticasDeCrianzaYSuRelacionConElVinculoAfecti-6124351.pdf>

Equiza, C. (2012). **Donald Winnicott: vocabulario esencial [Lacruz, J., 2011]**
Autor: Equiza, Cristina. de Revista Aperturas Psicoanalíticas.
Recuperado el 13 de octubre de 2020.
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000737>

Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). **Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. de Revista Chilena de Pediatría. En Revista Scielo. Recuperado el 8 de marzo de 2019.**
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v83n3/art05.pdf>

IAN Panamá. (1 de julio de 2019). **IAN Breve historia [mensaje en Instagram].**
Recuperado de <https://www.instagram.com/ianpty507/>

Lacasa, F. y Muela, A. (2014). **Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CAMIR-R. En Revista Dialnet. Recuperado el 24 de octubre de 2019.**
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4887514>

Lecannelier, F. (2018). **La teoría del apego: una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. De Revista Aperturas Psicoanalíticas. Recuperado el 13 de octubre de 2020.**
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001026&a=La-teoria-del-apego-una-mirada-actualizada-y-la-propuesta-de-nuevos-caminos-de-exploracion>

Muela, A. (2010). **Desprotección infantil, estilos de apego e indicadores de psicopatología en la adolescencia.** En Revista Dialnet. Recuperado el **5 de septiembre de 2019.**
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=138063>

OPS. (2019). **La mitad de todas las muertes de los jóvenes en las Américas se pueden prevenir.** Washington DC, (OPS/OMS). Recuperado **16 de marzo de 2020.**
[https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=1179:la-mitad-de-todas-las-muertes-de-los-jovenes-en-las-americas-se-pueden-prevenir&Itemid=442.](https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=1179:la-mitad-de-todas-las-muertes-de-los-jovenes-en-las-americas-se-pueden-prevenir&Itemid=442)

Pierina, P. (2012). **Estilos de apego adulto en mujeres profesionales de la salud y sus hijos.** Universidad de los Andes, Venezuela. En Revista Dialnet. Recuperado el **5 de septiembre de 2019.**
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=36379>

Unicef. (2018). **Niños y Niñas y Adolescentes en Panamá.** **16 de junio de 2020, de UNICEF.** Recuperado el **16 de junio de 2020.**
<https://www.unicef.org/panama/media/1131/file/Ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Panam%C3%A1,%20Panorama%202018.pdf>

ANEXOS

ANEXO No. 1

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Propuesta de Intervención

- Descripción

La propuesta de intervención es un programa de atención psicológica realizado para dar atención a niños y/o adolescentes trabajando fortalezas que disminuyan las carencias relacionadas con estilos de apegos inseguros, fortaleciendo el sentido de sí mismo y la expresión de emociones.

- Área de intervención o líneas de acción

El área de intervención es de Psicología clínica mediante un enfoque integrativo, ya que implementaran las teorías, técnicas e instrumentos (test y pruebas psicológicas), de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

- Introducción

La teoría del apego brinda la oportunidad de utilizar un enfoque similar al que utilizan los padres con sus hijos, tomando en cuenta las características de un padre que promueva un estilo de apego seguro es decir un padre sensible, autónomo, disponible, atento, abierto a las emociones; en el ámbito de la psicoterapia esto se traduce a ser un terapeuta con empatía y capacidad para un diálogo reflexivo, donde ambos, paciente y terapeuta, puedan reflexionar juntos con el fin de romper estilos de apego y de restituir patrones psicopatológicos.

Esta es la forma en que los investigadores de la teoría del apego han centrado sus atenciones a los pacientes con el fin de promover una parentalidad sana que sea transmitida de manera intergeneracional.

En este trabajo se presenta una propuesta de intervención psicológica dirigida a niños y adolescentes, para identificar las estimaciones de estilos de apego y poder intervenir de manera adecuada, romper los patrones de apego establecidos y no

sanos, en la búsqueda de reparar las experiencias tempranas y los vínculos patológicos.

- Justificación

Los estilos de apego pueden ser restituidos al asistir a psicoterapia, en busca de promover la salud mental, es necesario crear programas de intervención que rompan los patrones intergeneracionales psicopatológicos tanto en la población en general, así como en grupos pequeños.

De acuerdo a Marrone (2009), “la promoción de la salud mental en los años más tempranos de la vida lleva a un amplio espectro de resultados positivos a largo plazo...estos resultados no solo consisten en una mejoría de la salud mental de la población, sino, también, en una mayor calidad de vida” (p.397).

Por tal motivo, la creación de proyectos para la promoción de la salud mental en nuestro país urge, a nivel internacional se han iniciado programas con tales fines, desde 1992 el Dr. Mario Marrone y colaboradores formaron la Red Internacional de Apego, sus siglas en inglés (IAN), cuyo objetivo es promover el desarrollo y la aplicación de la teoría del apego alrededor del mundo, con presencia en 19 países; en Panamá se está iniciando con este proyecto.

La falta de literatura y formación en el área dificulta la atención psicológica basada en la teoría del apego, actualmente no existe en Panamá especialidades en teoría del apego y la información suministrada durante los años de estudios de psicología es muy poca, sin embargo la atención brindada con este programa será abordada mediante un enfoque integrativo, enfocado de acuerdo a la necesidad de los niños y adolescentes.

Es preciso el desarrollo de programas como estos para niños y adolescentes; ya que los estilos de apego inseguro evitativo, ambivalente y desorganizado, se asocian a conductas de riesgo psicosocial; que incluyen abuso de sustancias,

problemas familiares, de educación, problemas de autoestima, problemas psicológicos graves en algunos casos.

- Objetivos
- Objetivo General
 - Diseñar un programa de intervención tanto individual como grupal, que sirva como herramienta terapéutica para fortalecer el sentido de sí mismo y el crecimiento emocional en niños y/o adolescentes.
- Objetivos Específicos
 - Confirmar los estilos de apego en los niños y adolescentes.
 - Estimular la conciencia de hacer un buen contacto (sentido, cuerpo, intelecto y emociones).
 - Desarrollar las habilidades de reconocer y controlar las propias emociones e identificar la de los demás.
 - Potenciar habilidades resilientes de autoestima, motivación, manejo de las emociones (estrés, frustración, ira).
 - Promover en los niños y adolescentes estilo de apego seguro.

- Desarrollo de la propuesta

Para el desarrollo de esta propuesta de intervención dirigida a los adolescentes la misma se dividirá en tres fases las cuales son:

- La fase diagnóstica
- La fase de tratamiento e intervención clínica
- La fase de seguimiento

- Fase diagnóstica

En esta fase se realizará la evaluación a los adolescentes que ingresen al programa de intervención, para obtener una estimación de estilo de apego e información clínicamente relevante para la atención idónea del menor.

- Enfoque

Se utilizará un enfoque relacional, integrativo, con base en la psicología clínica, de acuerdo a las necesidades de cada adolescente.

- Técnicas e instrumentos

Se manipularán para poder realizar los diagnósticos:

- La teoría del apego
- Entrevista clínica diagnóstica
- Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ)
- Cuestionario de Apego CAMIR-R
- Prueba Q-PAD

- Metodología

Se inicia con la aplicación individual de la entrevista clínica y los instrumentos considerados precisos para la estimación de los estilos de apego de cada niño y/o adolescente.

- Fase de tratamiento e intervención clínica

Esta fase incluye la atención psicológica individual y grupal de los niños y/o adolescentes de acuerdo a la estimación de estilo de apego, y previo diagnóstico, para trabajar fortaleciendo el sentido de sí mismo y la expresión y regulación emocional; producto de las carencias afectivas presente en los estilos de apego inseguro.

- Enfoque

Se utilizará un enfoque relacional, integrativo, con base en la psicología clínica, la teoría del apego, las recomendaciones dadas por expertos en el área como lo es David J. Wallin y abordado de acuerdo a las necesidades de los niños y adolescentes.

- Técnicas e instrumentos.
 - Diálogo afectivo, donde el paciente tenga la oportunidad de expresar su experiencia emocional, pensamientos, de manera verbal y no verbal, el terapeuta debe reconocer la experiencia del paciente, comunicar ese reconocimiento y el paciente sentir eso.
 - Evaluar e identificar las emociones del paciente (técnicas proyectivas).
 - Reparación por medio de la empatía. (diálogo).
 - Técnicas de terapia cognitiva para regulación emocional.

- Metodología

Intervención individual y grupal, en sesiones de 45 minutos, una vez a la semana durante 10 sesiones.

A continuación, se detallan las sesiones terapéuticas:

Cuadro N°28: Plan de intervención sesión 1

Objetivo: Establecer la relación con el adolescente o niño.	Actividad: Ejercicio de relajación.
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Papel de varios tamaños, crayones, marcadores, lápices de colores.
Desarrollo: (individual). Se inicia la sesión con la presentación, se explica cómo serán las sesiones.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Se le pide al paciente esté cómodo, cierre los ojos y se le cuenta una historia de fantasía y agradable, luego de finalizar la historia se le pide que dibuje lo que se imaginó y se habla al respecto.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 29: Plan de intervención sesión 2

Objetivo: Establecer el contacto con el niño o adolescente.	Actividad: Técnica Proyectiva
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Masilla o plastilina de colores.
Desarrollo: (individual) Se inicia con saludo y se le pregunta cómo se ha sentido desde la última sesión. Para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada es esencial brindarles experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo. Por ende, es necesario el fortalecimiento de esos aspectos, se iniciará con el elemento de los sentidos mediante masilla.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Durante el trabajo con masilla el paciente logra expresar sus sentimientos, alcanzando establecer contacto con el terapeuta.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 30: Plan de intervención sesión 3

Objetivo: Fortalecer el sentido de sí mismo y la expresión emocional	Actividad: Técnica Proyectiva
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Papel de varios tamaños, crayones, marcadores, lápices de colores.
Desarrollo: (individual) Se inicia con saludo y se le pregunta cómo se ha sentido desde la última sesión. Para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada es esencial brindarles experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo. Por ende, es necesario el fortalecimiento de esos aspectos, se continuará con el elemento de los sentidos mediante dibujos.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Se le pide al paciente esté cómodo, cierre los ojos y se le indica que dibuje un árbol, arbusto o planta. Luego se le realizan algunas preguntas con el fin de que describan el arbusto, posteriormente se le solicita que lo dibuje, no con fin diagnóstico, sino para descubrir el sentido de sí mismo. De modo que evoque sus sentimientos y pensamientos.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 31: Plan De Intervención Sesión 4

Objetivo: Fortalecer el sentido de sí mismo y la expresión emocional	Actividad: Técnica Proyectiva
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Papel de varios tamaños, crayones, marcadores, lápices de colores.
Desarrollo: (grupal) Saludo inicial Para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada es esencial brindarles experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo. Por ende, es necesario el fortalecimiento de esos aspectos, se continuará con el elemento de los sentidos mediante dibujos.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Se les solicita a los niños y/o adolescentes se dibujen como personas débiles y personas fuertes, utilizando las técnicas de dibujo que prefieran, luego hacer parejas para compartir sus experiencias de cuando se sienten personas débiles y cuando fuertes.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 32: Plan de intervención sesión 5

Objetivo: Fortalecer el sentido de sí mismo y la expresión emocional	Actividad: Técnica Proyectiva
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Libros de cuentos infantiles con historias relacionadas a la vida de los niños y/o adolescentes. .
Desarrollo: (individual) Saludo inicial Continuando, para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada es esencial brindarles experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo. Por ende, es necesario el fortalecimiento de esos aspectos, se continuará con el elemento de los sentidos mediante la lectura.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Leer libros de cuentos infantiles con historias relacionadas a sus experiencias, les permite evocar las emociones sentidas durante el proceso de lectura. Se puede intercalar la lectura entre el psicólogo y el adolescente y/o niño.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 33: Plan de intervención Sesión 6

Objetivo: Fortalecer el sentido de sí mismo y la expresión emocional	Actividad: Técnica Proyectiva
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Tarjetas para trabajar emociones. .
Desarrollo: (individual) Saludo inicial Continuando, para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada es esencial brindarles experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo. Por ende, es necesario el fortalecimiento de esos aspectos, se continuará con el elemento de los sentidos mediante cartas proyectivas (trabajar emociones).	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Mediante el uso de tarjetas para trabajar emociones, se le solicita al niño y/o adolescente que seleccione una tarjeta que le recuerde como eran ellos antes, como se ven en el presente y como se verán en el futuro. Y luego puede elegirse otra carta para crear una historia y conversar sobre ella.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 34: Plan de intervención sesión 7

<p>Objetivo: Fortalecer el sentido de sí mismo y la expresión emocional (rabia).</p>	<p>Actividad: Técnica Proyectiva</p>
<p>Duración: 45 minutos.</p>	<p>Material Utilizado: Papel manila, hojas blancas, pintura dactilar, marcadores, lápices de colores.</p>
<p>Desarrollo: (individual) Saludo inicial Continuando, para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada es esencial brindarles experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo. Por ende, es necesario el fortalecimiento de esos aspectos, se continuará con el elemento de los sentidos mediante pintura y conversación.</p>	<p>Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda.</p> <p>Descripción: Se inicia hablando acerca de las emociones, las emociones opuestas odio-amor, fuerte-débil, posteriormente se le solicita realizar un dibujo libre con la técnica que desee utilizar, referente a los sentimientos de enojo, ira. Y se le explica lo normal de los sentimientos encontrados.</p>

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N° 35: Plan de intervención sesión 8

Objetivo: Fortalecer la regulación y el procesamiento emocional.	Actividad: Técnica de Terapia Cognitiva: “Accediendo a la emoción”
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Hojas blancas, bolígrafos o lápices.
Desarrollo: (individual) Saludo inicial Continuando, para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada, el terapeuta debe hacer énfasis en la importancia de aprender a identificar y diferenciar las emociones.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Se le pide al paciente que se enfoque en una situación que le preocupe o le ocasione malestar y que trate de identificar ¿qué siente? incluso si hay cambios a nivel fisiológico, se pueden hacer anotaciones. Tarea para el hogar: Hacer registro de las emociones experimentadas durante la semana.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N°36: Plan de intervención sesión 9

Objetivo: Fortalecer la regulación y el procesamiento emocional.	Actividad: Técnica de Terapia Cognitiva: “Escritura Expresiva”
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Hojas blancas, bolígrafos o lápices.
Desarrollo: (individual) Saludo inicial Continuando, para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada, el terapeuta debe hacer énfasis en la importancia de aprender a identificar y diferenciar las emociones.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Se le pide al paciente que piense en una situación que le afectó que lo recuerde lo más claro posible. Y durante 20 minutos escriba los pensamientos y sentimientos relacionados con el escenario. Tarea para el hogar: Se repite la técnica utilizada en sesión, durante la semana en casa.

Fuente: Pittí, 2020

Cuadro N°37: Plan de intervención sesión 10

Objetivo: Fortalecer la regulación y el procesamiento emocional.	Actividad: Técnica de Terapia Cognitiva: “Modificando los esquemas emocionales”
Duración: 45 minutos.	Material Utilizado: Hojas blancas, bolígrafos o lápices.
Desarrollo: (individual) Saludo inicial Continuando, para ayudar al paciente a construir su sentido del yo y que logre reconocer sus emociones y expresarlas de manera apropiada, el terapeuta debe hacer énfasis en la importancia de aprender a identificar y diferenciar y modificar las emociones.	Ambiente Físico: Una oficina o sala cómoda. Descripción: Se le pide al paciente que piense en una emoción y qué piensa al respecto de ella ¿Cuánto va a durar?, ¿los demás las sentirán? ¿Se siente desorientada? Tarea para el hogar: Identificar las emociones que considera problemáticas, crear un registro.

Fuente: Pittí, 2020

- Fase de seguimiento

Esta etapa del programa implica un seguimiento de sesiones psicoterapéuticas, aunado a psicoeducación en el reconocimiento y la regulación de emociones en lo posible a progenitores y familiares de los adolescentes.

- Enfoque

Se utilizará un enfoque relacional, integrativo, con base en la psicología clínica, de acuerdo a las necesidades de cada niño y/o adolescente y sus familias.

- Técnicas e instrumento

Psicoeducación mediante técnicas de terapia de juego (masillas, dibujo, títeres).

- Metodología

La fase de seguimiento se llevará en sesiones cada 15 días (4 sesiones) y dos sesiones adicionales 1 cada mes.

BIBLIOGRAFÍA

Leahy, R. (2018). **Técnicas de Terapia Cognitiva**. Buenos Aires: AKADIA Editorial.

Oaklander, Violet. (2008). **El Tesoro Escondido: La vida interior de niños y adolescentes Terapia infanto-juvenil**. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

ANEXO No. 2
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN
DE DATOS

CUESTIONARIO CAMIR-R*

Nombre:

.....

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy:

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales.

Opciones de respuesta:

- 1.- Muy en desacuerdo
- 2.- En desacuerdo
- 3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4.- De acuerdo
- 5.- Muy de acuerdo

1-Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles

2- Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario

3 -En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo

4- Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido

5 -En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante

6- Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos

7- Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas

8 -Detesto el sentimiento de depender de los demás

9 -Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas

- 10 -Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables
- 11- Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos
- 12 -No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas
- 13 -Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte
- 14- Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos
- 15- Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer
- 16 -De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones
- 17 -Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia
- 18- Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos
- 19 -Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia
- 20 -Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia
- 21- Siento confianza en mis seres queridos
- 22 -Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería
- 23- Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos
- 24 -A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres
- 25- Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)
- 26 -Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo

27- Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos

28- Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa

29- Es importante que el niño aprenda a obedecer

30 -Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo

31- La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud

32- A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos

*Lacasa, F. y Muela, A. (2014). **Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CAMIR-R. En Revista Dialnet. Recuperado el 24 de octubre de 2019.**
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4887514>

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (QPAD)*

Opciones de respuesta:

A: Falsa B: Parcialmente falsa C: Parcialmente verdadera D: Verdadera

1. Me gusta mi cuerpo
2. A menudo me siento nervioso o nerviosa
3. Hay mucha gente que me enfada, me enoja o me irrita
4. Voy con mucha frecuencia a discotecas, fiestas y locales nocturnos
5. Me gusta como soy
6. Evito hablar con mis padres (prefiero no hablar con ellos)
7. Creo que estoy demasiado gordo o demasiado gorda
8. Cuando estoy nervioso o nerviosa me cuesta respirar
9. Creo que soy diferente a la mayoría de mis compañeros y compañeras
10. Me canso haciendo hasta la tarea más sencilla
11. Creo que no voy a encontrar una carrera o unos estudios adecuados para mí.
12. Gasto bastante dinero en alcohol u otras sustancias
13. Siento que mi vida va igual de bien que la de la mayoría
14. Mi familia no me entiende
15. Casi siempre estoy preocupado o preocupada por algo
16. Últimamente me siento triste o con muy poca energía la mayor parte del tiempo
17. Para poder elegir una profesión, necesitaría conocerme mucho mejor
18. Alguna vez me he saltado mis obligaciones escolares o laborales por haber salido hasta muy tarde la noche anterior
19. Confío en mi propia opinión a la hora de hacer las cosas
20. El ambiente en mi casa es realmente inestable, un día las cosas están bien y al siguiente mal, nunca se sabe
21. A menudo me dan ganas de pegarle a alguien
22. Creo que tengo demasiada barriga
23. En general, suelo estar en desacuerdo con los demás.
24. He perdido el interés en las cosas con las que antes me divertía
25. Me preocupa no conseguir encontrar una profesión que me interese
26. A veces me arrepiento de cosas que he hecho por culpa del alcohol u otras sustancias
27. Mi familia intenta controlar mi vida
28. Me da mucho miedo engordar
29. Últimamente me cuesta mucho concentrarme

30. Cada vez que confié en alguien me suele fallar
31. Me preocupa el no saber todavía a que quiero dedicarme en el futuro (qué profesión, estudios...)
32. Me he metido en problemas por causa del alcohol
33. Últimamente casi siempre estoy nervioso o nerviosa
34. La gente no entiende como soy realmente
35. Las cosas van de mal en peor
36. Me preocupa no encontrar unos estudios o una carrera adecuados para mí.
37. A veces tomar alcohol u otras sustancias me ayuda a superar mis problemas
38. Mis padres no quieren que crezca
39. Si aumento de peso, tengo miedo de seguir engordando
40. A menudo estoy tan nervioso o nerviosa que puedo notar cómo me late el corazón con fuerza
41. Me meto en discusiones a menudo
42. Últimamente parece que el tiempo no pasa (todo se me hace muy largo)
43. No sé qué cosas tener en cuenta para elegir una profesión u otra
44. Pienso que no tengo ninguna habilidad o talento en particular
45. Mis padres me agobian
46. Me siento en forma
47. Me preocupo por cosas que no le preocupan a la mayoría de la gente
48. Me paso parte de la noche sin dormir pensando en cosas tristes
49. Creo que todavía no estoy preparado o preparada para elegir qué estudios o profesión hacer en mi futuro
50. Algunas personas me han dicho que me paso con mi consumo de alcohol o de otras sustancias
51. Me siento menos capaz que la mayoría de las personas
52. Me encuentro a gusto en mi familia
53. Tengo confianza en mí mismo o en mí misma
54. Le doy demasiada importancia al peso
55. Creo que se me nota con mucho estrés
56. Me llevo mal con los profesores y demás figuras de autoridad
57. Antes me lo pasaba mejor con las cosas que ahora
58. Siento que me están obligando a elegir unos estudios o una profesión que no quiero
59. Algunas personas se han aprovechado de mí mientras estaba borracho o borracha
60. Con frecuencia hago cosas de las que luego me arrepiento
61. Disfruto realmente de la vida
62. Me obsesiona la idea de estar más delgado o delgada
63. Últimamente me cuesta dormirme por las preocupaciones que tengo

64. Estoy cansado o cansada de cómo me trata la gente
65. Da igual lo que haga, las cosas no van a mejorar
66. Estoy nervioso o nerviosa porque en breve tendré que elegir qué estudios o qué profesión seguir
67. Tengo una opinión muy buena de mí mismo o de mí misma
68. Procuero pasar poco tiempo en mi casa porque siempre hay discusiones y peleas
69. A menudo me siento inquieto o inquieta sin saber por qué
70. Casi siempre me equivoco con los amigos o las amigas que elijo
71. Parece que no me puedo quitar de encima mi tristeza
72. Mis amigos y amigas tienen una idea mucho más clara de lo que harán en su futuro que yo
73. A alguno de mis amigos o amigas le parece mal el uso que hago del alcohol o de otras sustancias
74. Los demás me dicen que me falta confianza en mí mismo o en mí misma
75. Hay cosas que me preocupan y que no consigo quitarme de la cabeza
76. Desconfió de la mayoría de las personas
77. Tengo muchas dudas sobre qué hacer en mi futuro
78. A veces me he metido en líos o en situaciones peligrosas por haber bebido o consumido otras sustancias
79. A menudo no me gusta como soy
80. Me da miedo discutir con mis padres
81. Tengo mucha resistencia al cansancio (tardo en cansarme y aguanto bien la fatiga y el esfuerzo)

* Sica, C., Rocco, L., Favili, R. y Marchetti, I. (2016). **Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes**. Madrid: Tea Ediciones

ANEXO No. 3
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS
VARIABLES

Cuadro N°98: Estilos de apego asociado a conductas de riesgo psicosocial en adolescentes del Centro de Rehabilitación Arturo Miró

Objetivo general	Objetivo específico	Variab le	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos
Descubrir la relación existente entre los estilos de apego y conductas de riesgo psicosocial en adolescentes	Identificar los estilos de apego existentes en los adolescentes del Centro de Rehabilitación de Menores Arturo Miró.	Estilos de apego	Estilo seguro	Disponibilidad	9 preguntas	Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ)
	Estilo inseguro/evitante		Cooperación			
	Describir las conductas de riesgo psicosocial manifestadas en los adolescentes del Centro de Rehabilitación Arturo Miró.		Estilo ambivalente	Señales de enojo y angustia	32 preguntas	Cuestionario CaMir - R
			Estilo desorganizado/desorientado	Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego		
				Preocupación familiar		
				Interferencia de los padres		
				Permisividad Parental		
				Autosuficiencia y rencor hacia los padres		
				Traumatismo Infantil		
		Conductas de riesgo psicosocial	Conductas de riesgo suicida	Abuso de sustancias	81 preguntas	Cuestionario QPAD
			Riesgo en el comportamiento sexual	Riesgo psicosocial		
			Consumo de sustancias adictivas	Depresión		
			Conducta antisocial	Ansiedad		
				Problemas familiares		
				Problemas interpersonales		

Fuente: Pittí, 2020

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Descripción	Página
Cuadro N°1:	Factores que conforman las necesidades básicas de Afecto en los niños	26
Cuadro N°2:	Aportes Teoría Del Apego	32
Cuadro N°3:	Estilos de apego y características conductuales en la infancia	34
Cuadro N°4:	Características de los padres según estilo de apego	41
Cuadro N°5:	Características de la adolescencia	43
Cuadro N°6:	Manifestaciones conductuales de los estilos de apego en la adolescencia	47
Cuadro N°7:	Conductas de riesgo psicosocial en la adolescencia	52
Cuadro N°8:	Definición de las variables	59
Cuadro N°9:	Análisis de Confiabilidad del Instrumento Aaq	65
Cuadro N°10:	Análisis de Confiabilidad del Instrumento Camir-R	65
Cuadro N°11:	Análisis de Confiabilidad de Instrumento Q-Pad	65
Cuadro N°12:	Estimación estilo de apego adolescente 1 según cuestionario Camir	69
Cuadro N°13:	Estimación estilo de Apego adolescente 2 según cuestionario Camir	71

Cuadro N°14:	Estimación estilo de Apego adolescente 3 según cuestionario Camir	72
Cuadro N°15:	Estimación estilo de Apego adolescente 4 según cuestionario Camir	74
Cuadro N°16:	Estimación estilo de Apego adolescente 5 según cuestionario Camir	75
Cuadro N°17:	Estimación estilo de Apego adolescente 6 según cuestionario Camir	76
Cuadro N°18:	Estimación estilo de Apego adolescente 7 según cuestionario Camir	77
Cuadro N°19:	Estimación estilo de Apego adolescente 8 según cuestionario Camir	78
Cuadro N°20:	Estimación estilo de Apego adolescente 9 según cuestionario Camir	79
Cuadro N°21:	Estimación estilo de Apego adolescente 10 según cuestionario Camir	80
Cuadro N°22:	Estilos de apego Identificados en adolescentes Centro Arturo Miró	81
Cuadro N°23:	Escalas de problemas internalizantes clínicamente afectadas en adolescentes Centro Arturo Miró	82
Cuadro N°24:	Escalas de problemas externalizantes en adolescentes Centro Arturo Miró	84
Cuadro N°25:	Análisis Cualitativo Triangulación	86

Cuadro N°26:	Pruebas del Chi cuadrado	89
Cuadro N°27:	Resumen del procesamiento de los casos	90

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.	Descripción	Página
Gráfica N°1:	Principales causas de muerte en adolescentes en Las Américas. Según estadísticas de OPS.	49