



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO

**“TIPOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LAS
MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO
ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA, PERIODO DICIEMBRE
2015 - MAYO 2016”**

Autor:

Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Tutor

Dra. Alexandra Pilco MSc.

Riobamba-Ecuador

2015-2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA

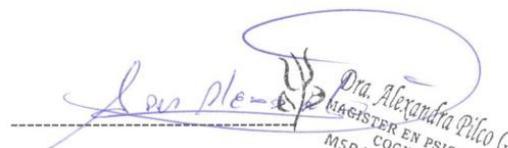
ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Culminando el trabajo de investigación por parte del señor **PEDRO DANIEL QUINTANILLA PAZMIÑO** con el tema: **TIPOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA, PERIODO DICIEMBRE 2015 - MAYO 2016**

Para optar por el **TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

Acepto que el mencionado es auténtico y original, cumple con las normas de la “**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**”, contiene todos los aspectos descritos en el proyecto, los elementos técnicos y metodológicos de investigación.

En consecuencia autorizo su presentación para el trámite previo de sustentación corresponsable.


Dra. Alexandra Pilco G.
MAGISTER EN PSICOLOGÍA
COGNITIVA
MSP L:1 F:183 N°:547

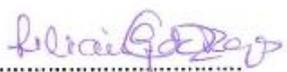
Dra. Alexandra Pilco MSc.

ACEPTACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto investigación escrito en el cual se ha conestado el cumplimiento de las observaciones realizadas, los miembros del Tribunal del proyecto de investigación de título: "TIPOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LAS MADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA, PERIODO DICIEMBRE 2015- MAYO 2016". Dirigida por la Dra. Alexandra Pilco Msc. Se certifica que el Sr. Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño con CI 0603274846 se encuentra apto para rendir la defensa pública.

Para constancia de lo expuesto firman:

Presidente del tribunal
Ps. Cl. Lilian Granizo


.....
Firma

Miembro del tribunal
Dra. Alexandra Pilco

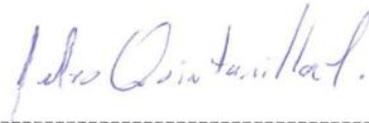

.....
Firma

Miembro del tribunal
Ps. Cl. César Ponce


.....
Firma

DERECHO DE AUTORÍA

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación corresponde exclusivamente a: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño y a la directora del proyecto Dra. Alexandra Pilco Guadalupe MsC; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo”.



Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño
CI. 0603274846

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la vida por haber situado en mi camino la carrera más noble, sacrificada y bonita como lo es la Psicología Clínica, a mi madre por haberme brindado su apoyo incondicional y su ejemplo de perseverancia, a la gloriosa Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme las puertas y permitirme ser uno más de sus buenos estudiantes, a todos mis profesores que a más de ser excelentes profesionales son verdaderos maestros de vida, un agradecimiento especial a la Dra. Alexandra Pilco quien con su conocimiento y experiencia ha sido la guía ideal en la parte final de mi carrera y finalmente agradezco a Dios por todas las bendiciones recibidas a lo largo de mi formación profesional.

Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

DEDICATORIA

Única y exclusivamente a mi madre cuyo sueño más importante y anhelado es ver a su hijo más querido todo un profesional.

Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	i
ACEPTACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	ii
DERECHO DE AUTORÍA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
MARCO REFERENCIAL	3
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS	6
1.5. OBJETIVOS	7
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.6. JUSTIFICACIÓN	8
CAPÍTULO III	
MARCO TEÓRICO	10
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS CON RESPECTO AL PROBLEMA.	11
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
2.2.1. APEGO	12
2.2.1.1. Orígenes del apego	12
2.2.1.2. Conceptos relevantes del apego	14
2.2.1.3. Los tipos de apego.	14
2.2.1.4. Principales características del apego. Molina & Sepúlveda (2015):	15
2.2.1.5. Bases neuronales del apego.	15
2.2.1.6. Apego en la infancia.	16
2.2.1.6.1. Clasificación del apego infantil.	18
2.2.1.6.2. Sensibilidad en el adulto que cuida al niño.	20
2.2.1.7. Apego en la adolescencia.	21
2.2.1.7.1. Continuidad desde la infancia hasta la adolescencia.	21
2.2.1.7.2. Distanciamiento de los padres en la adolescencia.	22
2.2.1.7.3. Apego en las relaciones con pares en la adolescencia.	23
2.2.1.7.4. Apego y relaciones de pareja en la adolescencia.	23
2.2.1.7.5. Estilos de apego en la adolescencia.	24
2.2.1.8. Apego en la adultez.	26
2.2.1.8.1. Clasificación del apego adulto.	26
2.2.1.9. Apego y autoestima.	27

2.2.2.	LA AUTOESTIMA.	28
2.2.2.1.	Conceptos relevantes de autoestima.	28
2.2.2.2.	Importancia de la autoestima.	30
2.2.2.3.	Niveles de autoestima.	31
2.2.2.3.1.	Autoestima alta	31
2.2.2.3.2.	Autoestima Media.	32
2.2.2.3.3.	Autoestima baja.	33
2.2.2.4.	Autoestima en la infancia.	35
2.2.2.5.	Autoestima, adolescencia y sexualidad.	36
2.2.2.6.	Autoestima en la adultez.	38
2.2.2.7.	Los seis pilares de la autoestima.	39
2.2.2.8.	Autoconcepto.	40
2.2.2.9.	Autoimagen.	41
2.2.2.10.	Autoestima en la mujer.	41
2.3.	HIPÓTESIS	42
2.4.	VARIABLES	42
2.4.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE	42
2.4.2.	VARIABLE DEPENDIENTE	42
2.5.	DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	42
CAPÍTULO III		
MARCO METODOLÓGICO		45
3.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.1.1.	NO EXPERIMENTAL.	46
3.1.2.	TRANSVERSAL.	46
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
3.2.1.	DE CAMPO.	46
3.2.2.	DOCUMENTAL.	47
3.3.	DEL NIVEL DE INVESTIGACIÓN	47
3.3.1.	DESCRIPTIVA	47
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA	47
3.5.	PROCEDIMIENTOS	47
3.5.1.	TÉCNICA	47
3.5.2.	INSTRUMENTOS	48
3.6.	PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
CAPÍTULO IV		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		51
4.1.	ANÁLISIS DE EL CUESTIONARIO CAMIR PARA EVALUACIÓN DE APEGO ADOLESCENTE EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE RIOBAMBA.	52
4.2.	ANÁLISIS DE LA ESCALA DE ROSENBERG PARA DETERMINAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA APLICADA MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE RIOBAMBA.	54

4.3.	RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y LA AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE RIOBAMBA.	56
4.4.	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	58
CAPÍTULO V		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		59
5.1.	CONCLUSIONES	60
5.2.	RECOMENDACIONES	61
	BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS		66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Cuestionario CaMir para evaluación de apego adolescente.	52
Tabla N° 2: Escala de Rosenberg para autoestima.	54
Tabla N° 3: Relación entre Tipo de apego y autoestima.	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Cuestionario CaMir para evaluación de apego adolescente.	52
Gráfico N° 2: Escala de autoestima de Rosenberg	54
Gráfico N° 3: Relación entre Tipo de apego y autoestima.	57

RESUMEN

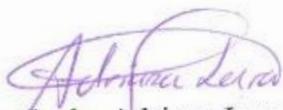
La presente investigación titulada: “Tipos de apego y su incidencia en la autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba, periodo Diciembre 2015-Mayo 2016”, tiene por objetivo general determinar la incidencia del tipo de apego en la autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba. La población investigada fueron todas las madres adolescentes que acudieron al hospital en el periodo de investigación, siendo un total de 30 personas.

El diseño de la investigación es transversal, el tipo de investigación es de campo y el nivel de investigación es descriptivo. Se utilizaron cuestionarios psicológicos como técnica de recolección de datos, los instrumentos para dicho compendio fueron: Cuestionario CaMir para determinar el tipo de apego adolescente y la escala de Rosenberg para definir el nivel de autoestima. Luego de realizado el proceso investigativo se obtuvieron los siguientes resultados: Del 100% de la población se observa una relación directamente proporcional entre el tipo de apego y el nivel de autoestima; es por lo que los resultados corresponden al 50% de las adolescentes presentan apego desorganizado proporcional al 53.33% que tienen autoestima baja. El 40% presenta apego preocupado distributivo al 36.66% que presenta autoestima media, finalmente el 6.66% tiene apego evitativo y el 3.33% presenta apego seguro, proporcionales al 10% de la población que presenta autoestima elevada. Podemos notar que el apego y la autoestima van de la mano en lo referente a las relaciones afectivas. Al finalizar la investigación, se realizó un modelo de intervención para mejorar el nivel de autoestima, dirigida a las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, con un enfoque cognitivo basado en el tipo de apego y a través de estrategias para mejorar la autoestima en beneficio de la salud mental y la calidad de vida de las madres adolescentes.

ABSTRACT

The title of this research is: "Types of attachment and its impact on self-esteem of adolescent mothers who attend the Pediatric Hospital Alfonso Villagomez Roman of Riobamba city, in the period December 2015-May 2016," . The general objective is to determine the incidence of the type of attachment esteem of teenage mothers who attend the Pediatric Hospital Alfonso Villagomez Roman in Riobamba city. The population that was studied were all adolescent mothers who attended the hospital in the period of investigation who were in total 30 people.

The research design is transversal. It is a field research and the level of research is descriptive. There were used psychological questionnaires as data collection technique, the instruments used were: Questionnaire CaMir to determine the type of adolescent attachment and Rosenberg scale to define the level of self-esteem. After it was conducted the research process the following results were obtained: From the 100% of the population it is observed that there is a direct relationship between the type of attachment and self-esteem for this reason the results that correspond to the 50% of adolescents that have proportional disorganized attachment to 53.33% with low self-esteem; the 40% shows preoccupied attachment that correspond to the 36.66% who have an average of self-esteem; finally the 6.66% has an avoidant 6.66% and the 3.33% have insurance, proportional to the 10% of the population with high self-esteem attachment. It is possible to observe that attachment and self-esteem go together in regard to relationships. At the end of the investigation, it was performed an intervention model to improve the level of self-esteem, addressed to teenage mothers who attend the Pediatric Hospital Alfonso Villagomez city of Riobamba. It was performed with a cognitive approach based on the type of attachment and through strategies to improve self-esteem for the benefit of mental health and quality of life of adolescent mothers.



Lcda. Adriana Lara V.,
ENGLISH TEACHER FCS.



INTRODUCCIÓN

La conducta de apego fue definida por Bowlby (1969) como la búsqueda de protección ante amenazas externas; en el niño, se concreta de forma principal en buscar la protección de la madre. El ser humano desde sus inicios siente la necesidad de ser protegido y amado, para esto los cuidadores deberán realizar las labores necesarias para que el niño pueda crecer sano tanto física como mentalmente; estas relaciones con sus cuidadores se denomina apego.

Jhon Bowlby (1980) dice que si bien se sostiene que las necesidades de apego son universales, las conductas de apego presentan claras diferencias individuales que pueden ser explicadas en términos de los modelos operativos internos. (Guzmán & Contreras, 2012, pág. 70). Las personas que en su infancia mantuvieron relaciones nutritivas con sus cuidadores presentarán en edades posteriores un apego seguro, mientras que quienes han sido abandonados o maltratados en su infancia presentarán apego inseguro.

La percepción de sí mismo es una clave que predispondrá al éxito o a su vez al fracaso al ser humano, es por esta razón que la autoestima es de vital importancia en la vida; a esto afirman que Tradicionalmente, se concibe la autoestima como una experiencia individual, íntima o personal de la propia estimación de valía. Entonces, con independencia de una validación externa o social, se entiende que la persona se considera con una alta autoestima si hace una alta valoración de sí misma. (Cogollo, Campo & Herazo, 2015)

Jhon Bowlby afirma que la imagen de sí mismo está relacionada con el grado en el cual se experimenta ansiedad acerca de ser rechazado o abandonado, de modo tal que las personas que poseen una visión positiva de sí mismas tenderían a experimentar baja ansiedad respecto de esta posibilidad, dado que se consideran dignas de ser amadas y cuidadas. Por el contrario, aquellas personas que poseen una visión negativa de sí mismas tenderían a manifestar preocupación y temor frente al abandono de quien es la figura de apego. Es por esto que el tipo apego incide en la autoestima de las personas y en las relaciones interpersonales. (Guzmán & Contreras, 2012)

Se eligió el presente tema de investigación debido a que en las prácticas pre profesionales se dieron varios casos de adolescente embarazadas con signos de baja autoestima las cuales en su mayoría vivían en familias disfuncionales, además en la casa de salud donde se realiza la tesina no existen datos acerca de este importante tema, por lo que es necesario investigar acerca del mismo para buscar soluciones al problema.

La presente investigación cumplió con el objetivo de determinar la incidencia del tipo de apego en la autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba, además está contenida en cinco capítulos, los mismos que se detallan a continuación:

Capítulo I: Contiene el problema de investigación, problematización del problema, formulación del problema, los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir esta investigación y la justificación.

Capítulo II: Aquí se detalla el marco teórico relacionado a las dos variables de la investigación, antecedentes de la investigación, fundamentación teórica, hipótesis, variables, definición de términos básicos.

Capítulo III: Abarca el marco metodológico, diseño, tipo, nivel de la investigación, población, muestra escogida, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV: Comprende el análisis de interpretación de datos.

Capítulo V: Se describen las conclusiones, recomendaciones, bibliografía utilizada y se adjunta los anexos que incluyen los instrumentos utilizados para la investigación además del respectivo protocolo de intervención psicológica.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema a investigar surgió tras la experiencia vivida durante las prácticas pre profesionales realizadas en diferentes casas de salud, gracias a la observación clínica se pudo determinar la existencia de numerosos casos de madres adolescentes que presentaban síntomas de baja autoestima como frustración, miedo, actitud negativa, descuido en la apariencia física, entre otros. Esto se debe a que varias de ellas fueron abandonadas por sus parejas y dejado solas al cuidado de sus hijos, otras sufren debido a que carecen de los medios económicos suficientes para mantener una familia y sus aspiraciones profesionales se han visto frustradas, además de eso el prejuicio social afecta la autoestima de estas personas.

Generalmente la familia de origen de las adolescentes es disfuncional, en algunos casos el padre o la madre abandonaron la casa y en otros existe violencia intrafamiliar, notándose un tipo de apego inseguro en estos hogares el mismo que se caracteriza por agresividad, incapacidad de auto-calmarse cuando se enfrenta con tormentas emocionales o pérdidas, además de incapacidad de apartarse de relaciones que provocan dolor.

Mediante el presente estudio se propone conocer la incidencia de los tipos de apego en la autoestima de las madres adolescentes, ya que es posible que las relaciones nocivas experimentadas en la infancia afecten la autoestima de estas personas y además que el tipo de apego influya en las relaciones afectivas en la adolescencia y en la adultez, debido a que el patrón conductual relacional puede repetirse. En la adolescencia se produce una transición desde un sistema de apego centrado principalmente en la familia, a un sistema de apego centrado en el grupo de iguales y en las relaciones de pareja. (Muela, Balluerka, Torres & Gorostiaga, 2016)

Cabe destacar que en la cultura Ecuatoriana es evidente la dependencia emocional, el machismo en los hombres y el carácter dependiente de las mujeres, observándose de esa manera vínculos afectivos patológicos, así como también se debe tomar en consideración que las mujeres son más propensas a tener problemas de autoestima. Desde el inicio de las construcciones sociales de poder, las mujeres han sido víctimas de

maltratos y agresiones, ocupando una posición secundaria dentro de la sociedad, continuamente opacadas y limitadas por la figura masculina. (Valdez, 2016)

1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

Cada año dan a luz unos 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años, lo que representa aproximadamente un 11% de los partos a nivel mundial. El 95% de esos partos se produce en países de ingresos bajos y medios. La tasa media de natalidad entre las adolescentes en los países de ingresos medios supera en más del doble a la de los países de ingresos altos, y la correspondiente a los países de ingresos bajos es cinco veces más elevada. (OMS, 2016).

La proporción de partos que tienen lugar durante la adolescencia se sitúa en alrededor del 2% en China, el 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana. La mitad de todos los partos en adolescentes se concentra en tan solo siete países: Bangladesh, el Brasil, los Estados Unidos, Etiopía, la India, Nigeria y la República Democrática del Congo. (OMS, 2016).

En los países de ingresos bajos y medios, cerca del 10% de las niñas se convierten en madres antes de cumplir los 16 años; las tasas más altas corresponden al África subsahariana y a Asia centromeridional y sudoriental. La proporción de mujeres que se quedan embarazadas antes de cumplir los 15 años varía enormemente incluso dentro de las regiones: en el África subsahariana, por ejemplo, la tasa de embarazos es de un 0,3% en Rwanda, mientras que en Mozambique asciende al 12,2%. (OMS, 2016).

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América. (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes. Uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad. (UNFPA, 2016).

En Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años), frente a 105.405 madres del 2001. El 24 % de las madres se ubican entre los 30 y 39 años. El 5,2% de las madres afroecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos. (INEC, 2010).

En la provincia de Chimborazo (Riobamba) existen los siguientes datos de madres solteras: 12 madres de 12 años de edad, 9 madres de 13 años de edad, 29 madres de 14 años de edad, 77 madres de 15 años de edad, 216 madres de 16 años de edad, 470 madres de 17 años de edad, 883 madres de 18 años de edad, 1177 madres adolescentes de 19 años de edad. (INEC, 2010)

En el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba no existen datos acerca del tema; lo cual justifica la realización del estudio del mismo.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo inciden los tipos de apego en la autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba?

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Qué tipo de apego presentan las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba?

- ¿Cuál es el nivel de autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba?
- ¿Cómo se relaciona el tipo de apego y el nivel de autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba?
- ¿Podrá implementarse un plan terapéutico con la finalidad de brindar información sobre el tipo de apego y el nivel de autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de los tipos de apego en el nivel la autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba, periodo Diciembre 2015-Mayo 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el tipo de apego de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.
- Identificar el nivel de autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.
- Relacionar el tipo de apego con el nivel de autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.
- Proponer un plan terapéutico respecto al tipo de apego y el nivel de autoestima, dirigidos a las de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.

1.6. JUSTIFICACIÓN

Es de gran importancia investigar acerca del tema planteado debido a que en Ecuador existe un gran número de madres adolescentes, las mismas que en ocasiones son poco comprendidas y discriminadas por la sociedad, en ocasiones la falta de afecto en el hogar hace que las chicas busquen cariño fuera de su casa y compensen equivocadamente el amor paternal con relaciones sexuales. Fruto de estas relaciones, de la falta de información y de la irresponsabilidad nacen nuevos seres que generalmente no son deseados y por ende en vez de traer alegría se convierten en un problema para sus progenitores, especialmente para sus madres.

Las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, refieren que en general provienen de familias disfuncionales donde existen padres maltratadores, madres descuidadas, violencia intrafamiliar o abandono; esto hace que las chicas adopten conductas como agresividad, incapacidad de apartarse de relaciones de pareja insanas, además de incapacidad de tranquilizarse cuando se enfrentan con problemas emocionales o pérdidas afectivas; mostrándose la evolución de un apego desorganizado.

Las adolescentes al adquirir este nuevo rol de la maternidad suelen abandonar sus estudios para cuidar a la criatura, deben conseguir trabajo a pesar de la crisis existente en el país, generalmente los nuevos padres de familia son adolescentes irresponsables o adultos aprovechadores que no reconocen a sus hijos, además las chicas son fácil presa del prejuicio social, el mismo que influye en la autoestima de las jóvenes madres. Las adolescentes lo que necesitan es apoyo directo de sus familiares y pareja, a fin de que su autoestima se fortalezca y logre afrontar de forma saludable la situación que experimenta.

Se puede mencionar también que varias adolescentes de la ciudad de Riobamba son madres solteras y viven realidades muy difíciles, como el abandono de sus parejas, la falta de apoyo de los padres, y el prejuicio social; estas situaciones y con antecedentes de relaciones de apego disfuncional de sus hogares de origen crean inseguridad y poca asertividad en la elección de pareja y crianza de sus hijos.

Con esta investigación se pretende lograr que estas mujeres que son madres adolescentes, mejoren su nivel de autoestima y calidad de vida promoviendo en sus familias equilibrio emocional, al proporcionar a los hijos apegos seguros y funcionales que fortalezcan el vínculo materno filial y la autoestima de estos menores de edad.

Cabe destacar que en Ecuador a pesar de que existen muchas familias que viven este tipo de situaciones existen pocos estudios acerca de este importante tema también existe el campo donde realizar la investigación la población, hay importancia.

Al concluir el estudio se entregará al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez los resultados obtenidos a fin de que el departamento de Psicología Clínica cuente con herramientas para el abordaje terapéuticos de las madres adolescentes que acuden a esta casa de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS CON RESPECTO AL PROBLEMA.

-Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente, investigación realizada por: Irene Delgado Gallego, Alfredo Oliva Delgado e Inmaculada Sánchez Queija.

El presente estudio analiza la evolución del apego a los iguales en la adolescencia en función del sexo y del recuerdo de la relación afectiva establecida en la infancia con el padre y la madre. Utilizando una metodología longitudinal, se entrevistó a una muestra de 90 adolescentes cuando tenían 13, 15, 18 y 22 años. A los 13 años cumplimentaron el Parental Bonding Instrument de Parker, Tuplin y Brown (1979) que evalúa el recuerdo de la historia de apego, así como el cuestionario de apego al grupo de iguales de Armsden y Greenberg (1987), que también fue cumplimentado en las posteriores recogidas de datos. Los resultados mostraron un aumento en el apego a iguales asociado al paso del tiempo. Por otra parte, aquellos adolescentes que recordaban un alto afecto parental obtuvieron puntuaciones superiores en apego a iguales.

Conclusiones: Las diferencias más significativas se encontraron en la adolescencia inicial y media, apoyando así la continuidad entre relaciones afectivas en estos momentos temporales. Asimismo, la influencia materna en las relaciones de apego con los iguales resultó superior a la paterna. Por otra parte, las chicas obtuvieron mayores puntuaciones en apego a iguales que los chicos, aunque las diferencias se diluyeron a medida que aumentaba la edad de los sujetos. (Delgado, Oliva, & Sánchez, 2011)

-Estilo de Apego, Empatía y Autoestima en Agresores de Pareja, realizado por Ismael Loinaz, Enrique Echuburúa y María Ullate en la ciudad de San Sebastián-España en el año 2012.

El presente estudio compara las puntuaciones en apego adulto, empatía y autoestima de 90 agresores de pareja en prisión con un grupo de control de la población general (N=94). Ambas muestras fueron evaluadas con el Cuestionario de Apego Adulto, el Índice de Reactividad Interpersonal y la Escala de Autoestima. Los agresores fueron clasificados en dos conglomerados para valorar la posible existencia de un subtipo patológico y otro parecido a la población general. Pese a no confirmarse las hipótesis

predominantes a nivel académico, los resultados son congruentes con estudios recientes que señalan la ausencia de diferencias entre agresores y grupos normativos. Se discute el efecto de los instrumentos de evaluación en los resultados y su utilidad para las intervenciones.

Los resultados obtenidos no han permitido confirmar las hipótesis de las que se partía. Así pues, se esperaba un estilo afectivo diferente en los agresores respecto al grupo de control, con una menor empatía, una autoestima más baja y estilos de apego problemáticos, como el inseguro o el ansioso. Junto a ello, se esperaba poder diferenciar distintos tipos de agresores a partir de estas variables. Pese a que el establecimiento de dos grupos ha sido posible, las diferencias respecto al grupo de control no han sido las esperadas.

Respecto al variable apego adulto, los resultados no han permitido establecer diferencias congruentes con investigaciones previas entre agresores y controles. Con las puntuaciones obtenidas no se ha podido clasificar al grupo de control en ningún tipo de apego y los agresores se ubicarían en puntuaciones propias del apego seguro (para dos dimensiones) y el apego preocupado o alejado (para cuatro dimensiones).

Los resultados obtenidos en autoestima van en contra de la hipótesis predominante a nivel académico de que la conducta violenta se relaciona con una baja autoestima. Sin embargo, son congruentes con las propuestas más recientes que ponen en entredicho esta afirmación y señalan que la autoestima no tiene un efecto independiente sobre la violencia.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. APEGO

2.2.1.1. Orígenes del apego

El psiquiatra y psicoanalista inglés Jhon Bowlby fue el investigador más relevante en lo referente al apego, él fue quien tomó como base para formular su teoría las aportaciones del psicoanálisis. Su teoría se realiza a través de la observación directa de la conducta del niño, a partir de ella pretende extraer inferencias sobre su posible conducta futura, en un enfoque prospectivo, para formular su teoría ha tomado en consideración los denominados factores etológicos con el fin de determinar si ejercen o no el efecto que se

les atribuye, finalmente se consideraron datos provenientes del reino animal en relación con la lactancia, reproducción y excreción, argumentando que las características anatómicas y fisiológicas humanas son similares a las especies inferiores, en la primera infancia al reproducirse de forma más instintiva, coinciden en gran parte con las pautas de conducta de dichas especies. (Becerril & Álvarez, 2012)

Los psicoanalistas son los pioneros en el estudio del apego, es conocido que las teorías Freudianas están basadas en lo referente a la sexualidad, la teoría del apego no es la excepción. Dentro de los aportes del psicoanálisis, en primer lugar está la teoría pulsional propuesta y desarrollada por Freud, la cual formula que el vínculo que une a la madre y al hijo es la lívido o energía psíquica. (Molina & Sepúlveda, 2013)

Bowlby (1944) centra sus estudios en un grupo de 44 jóvenes delincuentes. Tras examinar sus biografías, concluye que las relaciones tempranas inadecuadas estaban vinculadas en el origen y desarrollo de las patologías mentales. (Molina & Sepúlveda, 2013). Antes de culminar sus estudios en medicina Jhon Bowlby trabajó en un hogar para niños y adolescentes desamparados, ya que le interesaba mucho investigar el tipo de comportamiento que tenían las personas que nacían y crecían sin un cuidador de terminado o figura de apego.

Además Jhon Bowlby se interesó por las investigaciones provenientes de la etología. En primera instancia, una investigación realizada por Lorenz (1952), donde polluelos recién nacidos siguen a su madre o madre sustituta y presentan ansiedad ante la separación independientemente si son ellas quienes le proporcionan el alimento. (Molina & Sepúlveda, 2013).

En los orígenes de la teoría del apego también se considera importante la teoría de los modelos operativos internos. Específicamente, estos modelos son un sistema de expectativas y creencias acerca de uno mismo, como una persona que merece afecto y cuidado de los otros, estas personas pueden estar disponibles o no en momentos de necesidad. (Guzmán, Maragaño, Rojas & Tordoya, 2015, pág. 227).

Con todos los estudios y los hallazgos mencionados se desarrolla la teoría del apego; Bowlby en dicha teoría sostiene que todo ser humano desde que está en el vientre materno tiene una propensión para crear vínculos afectivos. La naturaleza de dichos

vínculos permanece durante toda la vida, incluso cuando la misma figura de apego es causante de estrés en el niño. La calidad del vínculo dependerá de diversos factores como el hereditario y principalmente la relación con los padres. (Molina & Sepúlveda, 2013).

2.2.1.2. Conceptos relevantes del apego

A continuación serán citados varios conceptos que dan realce a la importancia del estudio del apego:

Dentro de su teoría Bowlby (1969) sostiene que el apego es una conducta propia del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores. (Guzmán, Maragaño, Rojas & Tordoya, 2015). Él define al apego como: “La tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato, y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez”. (Molina & Sepúlveda, 2013, pág. 13).

“El apego es un vínculo afectivo de naturaleza social que se establece entre personas”. (López, 2015, pág. 36). El ser humano es un ente social y el apego de cada persona siempre estará influenciado por la sociedad, principalmente por la familia, grupos sociales y pareja.

Por su parte Mary Ainsworth lo define como ese algo interior que engloba sentimientos, memorias, deseos y expectativas que sirven como filtro para la recepción e interpretación, como molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable”. (Molina & Sepúlveda, 2013).

2.2.1.3. Los tipos de apego.

Son vínculos afectivos primarios que se forman en el vientre materno y que perduran toda la vida, estos lazos influyen en las relaciones sociales y afectivas; se clasifican en: seguro, preocupado, evitativo y desorganizado.

2.2.1.4. Principales características del apego. Molina & Sepúlveda (2015):

1. Proximidad. “Los niños tienen una propensión a seguir a sus figuras de apego donde quiera que vayan, buscan sentirse seguros y para ello necesitan estar cerca de la figura quien les daría protección y seguridad”. (Molina & Sepúlveda, 2013, pág. 14).

2. El efecto de la base segura. La madre es la base segura para impulsar la curiosidad, exploración y juego. El niño siempre buscará principalmente a la madre como figura principal de apego, ya que ella sería la persona más indicada para proporcionar los cuidados y la estimulación que el menor debe recibir. (Molina & Sepúlveda, 2013).

3. Protesta ante la separación. Cuando los niños se separan de sus cuidadores se puede observar conductas como gritar, llorar, morder, patear. Dichas conductas muchas veces catalogadas como mal comportamiento tienen como meta restaurar el vínculo afectivo o castigar al cuidador para prevenir su separación. Los niños al separarse de su cuidador siempre van a reaccionar ya que sentirán ansiedad al sentirse indefensos, esta ansiedad calmará cuando nuevamente se haga presente la figura de apego. (Molina & Sepúlveda, 2013)

2.2.1.5. Bases neuronales del apego.

El sistema nervioso autónomo de nuestro organismo está compuesto de dos subsistemas que actúan simultáneamente, prevaleciendo uno u otro en función de si la situación en la que se encuentra la persona es una reacción de alarma o si por el contrario se encuentra tranquilo y sosegado. Estos sistemas son el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático, los cuales adquieren un marcado interés en la teoría del apego, pues la activación de las conductas de apego surge en situaciones que la persona considere seguras, e inspire confianza y se sienta relajada. (Becerril & Álvarez, 2012, pág. 11). Dentro del apego si la persona se siente amenazada por el abandono de su figura de apego se pone en acción el sistema nervioso simpático notándose un aumento en los latidos del corazón, sudoración, contracción de esfínteres. Ante la amenaza el organismo se predispone a la supervivencia individual.

Por el otro lado tenemos el nervio vago (X par craneal) el cual está regulado por el sistema nervioso parasimpático, responsable de las respuestas experimentadas como seguridad, armonía y tranquilidad, y entre sus funciones se encuentran la relajación del organismo y ralentización de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria del cuerpo. (Becerril & Álvarez, 2012, pág. 11). Dentro del apego el sistema nervioso parasimpático es el encargado de regular las emociones en las distintas situaciones de ansiedad que ocurren en las relaciones de apego.

2.2.1.6. Apego en la infancia.

Durante los tres primeros años de vida, el cerebro desarrolla un 90% de su tamaño adulto y coloca en su lugar la mayor parte de los sistemas y estructuras que serán responsables de todo el funcionamiento emocional, conductual y fisiológico para el resto de la vida, de allí que las experiencias de vinculación conducen a un apego y capacidades de apego saludables cuando ocurren en los primeros años. (Segura & Silva, 2015, pág. 79). Desde el nacimiento el ser humano necesita de cuidados para empezar una vida saludable, en el campo de la salud mental es muy importante el afecto que reciba el niño por parte de sus familiares.

En los primeros años de vida el ser humano tiene la capacidad de absorber los estímulos emocionales que se presentan a su alrededor, sean positivos o negativos; es importante que el niño reciba estímulos positivos por parte del cuidador para que pueda establecerse un apego saludable. “Los niños son capaces de percibir las emociones de los padres, un niño de ocho meses es capaz de diferenciar las emociones de sus padres, aunque por limitaciones del lenguaje no consiga expresarlas”. (Segura & Silva, 2015, pág. 79).

Si las experiencias en los infantes no son agradables y al contrario son traumatizantes o experimentan abandono por parte de quien los cuida los niños tendrán apego inseguro. Estos niños presentan comportamientos controladores, punitivos y agresivos y a veces con reversión de roles, siendo pacientes y paternaes con sus madres, a menudo enfermas. (Moneta, 2014).

Es muy importante considerar que a lo largo de la infancia siempre existirá una persona en especial que se dedique principalmente a los cuidados del niño, este ser es muy

importante para su desarrollo emocional. “La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre, padre o cuidador primario, esto es así, ya que esta primera relación determina el molde biológico y emocional para todas sus relaciones futuras”. (Segura & Silva, 2015, pág. 79). Por tanto quien vaya a tomar el importante rol de cuidador del niño debe asegurarse que las relaciones sean sanas y agradables para que nutran al niño con emociones positivas que ayuden a su formación integral.

En el tiempo actual se impone la igualdad de género; es decir, padre y madre comparten derechos y obligaciones en los diversos aspectos de la vida, en el campo laboral en general padre y madre trabajan y por las obligaciones laborales le dan menor atención a la crianza de los hijos. “Las madres trabajadoras deben dejar a sus hijos de meses en otras manos, con la angustia que esto conlleva”. (Moneta, 2014, pág. 267).

La angustia se presenta no solo en las madres sino también en los hijos y esto trae problemas a largo plazo en la salud de los niños; en relación a esto, Cicchetti (et al, 2002, 2010) explica que los niños se adaptan a variadas situaciones, pero esto no quiere decir que ciertas circunstancias poco favorables del ambiente y de las relaciones de proximidad no dejen huellas duraderas que se pueden manifestar a largo plazo en su salud mental y física. (Moneta, 2014, pág. 267). Un niño crece a imagen y semejanza de sus padres, brindar un cuidado constante y de calidad en la infancia puede ayudar para que los hijos crezcan seguros y tengan una vida más plena.

Se debe tomar en consideración que el apego es muy importante y trascendental a lo largo de la vida del ser humano. El apego es un proceso que no termina con el parto o la lactancia. Es un proceso que sirve de base a todas las relaciones afectivas en la vida y, en general, a todas las relaciones entre miembros de la misma especie. (Moneta, 2014, pág. 266). Es por eso que los cuidados y la afectividad por parte de los cuidadores y la familia debe ser constante.

2.2.1.6.1. Clasificación del apego infantil.

Mary Ainsworth (1978) diseñó un instrumento de observación denominado situación extraña, logrando definir los tipos de apego que se conocen en la actualidad. (Díez & Hernández, 2016). Según la mencionada autora a continuación se detallan los pasos de la situación extraña:

Resumen de la situación extraña.

Episodios	Sujetos	Explicación de la situación extraña
1	Cuidador principal madre y niño.	Se introduce al cuidador principal (madre) y al niño en la sala.
2	Cuidador principal madre y niño.	Mientras el niño tiene activada las conductas de exploración (en este caso jugar), el cuidador principal (madre) no participa en ellas.
3	Persona extraña, cuidador principal (madre) y niño.	Entra a la habitación la persona extraña. En unos minutos el cuidador principal (madre) sale discretamente dejando al niño allí.
4	Persona extraña y niño.	Se produce la primera separación entre el niño y la madre. El niño activa las conductas de apego, dejando de lado (anulando) las conductas de exploración.
5	Cuidador principal (madre), niño y persona extraña	La madre entra de nuevo a la sala pero vuelve a salir acompañado de la persona extraña.
6	Niño	El niño se encuentra solo en la sala.
7	Persona extraña y niño.	El desconocido entra e intenta relacionarse con el niño.
8	Cuidador principal (madre) y niño.	La madre vuelve a entrar y atiende al niño (le sostiene en brazos). El desconocido sale de la habitación.

A través de su inmenso trabajo, Mary Ainsworth concluyó los tres patrones conductuales del niño, estableciéndose así los tres tipos de apego que existen en la actualidad. (Díez & Hernández, 2016) :

Resumen de los tipos de apego en la infancia.

Tipos de apego	Conducta del niño	Conducta del cuidador principal
Inseguro evitativo	-Evita al cuidador – Independiente	-No proporciona respuesta de apego.
Seguro	-Afectado por la separación pero al regreso se muestra contento y vuelve a jugar	-Disponibilidad y respuesta activa de apego.
Inseguro ambivalente	-Angustia -Tarda en calmarse	-Fría o cálida inconscientemente.
Desorganizado	-Mixta de los dos apegos inseguros	-No se estudió.

Como se puede notar en el cuadro anterior también es considerado el apego desorganizado; otra de las autoras que fue determinante para establecer este tipo de apego fue Mary Main (1943) con la ayuda de Judith Solomon en 1986. Ellas lo definieron de la siguiente manera:

Desorganizado/Desorientado (tipo D): Este grupo es para aquellos niños que no se podían clasificar en ninguno de los tres tipos de apegos citados anteriormente. Es la mezcla del evitativo y del ambivalente porque presentan comportamientos y características de los dos estilos, en este tipo de apego el niño desea una búsqueda de proximidad hacia el cuidador, pero a la vez lo hace con sentimientos de tristeza. (Díez & Hernández, 2016).

Este estilo de apego es característico en niños que son maltratados o abandonados por sus padres. La madre traspasa al niño sus miedos sin resolver y sus propios problemas de apego en la infancia. De esta forma, la figura de apego del niño se convierte en una fuente de miedo y al mismo tiempo una fuente de resguardo, creando diversas contradicciones entre recurrir o no al cuidador en búsqueda de protección. (Molina & Sepúlveda, 2013).

2.2.1.6.2. Sensibilidad en el adulto que cuida al niño.

El niño siempre debe estar protegido por un cuidador, generalmente quien lo cuida es su madre, el rol del adulto es muy importante en la crianza del niño ya que de él dependerá mucho el tipo de vínculo afectivo que se forme entre los dos. Bowlby, (1969) menciona que en este contexto entenderemos por adulto a aquellos adultos significativos con quienes los niños pequeños interactúan diariamente la mayor parte del tiempo. (Santelices, et al., 2012).

El rol que cumple el adulto en los vínculos afectivos y el apego con sus hijos es de vital importancia, ya que de él depende la buena formación y la calidad de las relaciones afectivas, para que se dé un apego seguro el adulto cuidador debe ser muy sensible a las reacciones del niño. Bowlby (1969) sugiere que una de las condiciones que podría influir en el desarrollo del apego correspondería a la sensibilidad del adulto a las necesidades y señales del bebé, pues la confianza del niño en el acceso, disponibilidad y responsividad del adulto a sus comunicaciones, así como su capacidad para sostener su experiencia afectiva, son indispensable en la experiencia vincular. (Santelices, et al., 2012, pág. 20).

La sensibilidad es la habilidad de la madre para tomar conciencia, interpretar adecuadamente y responder de forma adecuada a las señales y comunicaciones del niño. Este comportamiento se manifiesta de diferentes maneras, en distintas situaciones y tipos de interacción, refleja una tendencia general de la madre a interactuar con el niño de acuerdo a sus necesidades. (Santelices, et al., 2012).

Ainsworth y Witing correlacionan la conducta de la madre en su hogar y los estilos de apego de sus respectivos hijos. Se evaluaron tanto conductas específicas de la madre como características generales de ésta en términos de sensibilidad materna. (Santelices, et al., 2012). Los resultados dan cuenta que las madres de niños seguros tienden a ser más sensibles, es decir, muestran una sensibilidad a las señales y comunicaciones de sus hijos(as), una actitud cooperativa aceptando la autonomía de éstos, se aprecian accesibles y disponibles y emocionalmente expresivas.

Por otra parte, los padres de niños inseguros ambivalentes son más insensibles y los padres de niños inseguros evitativos tienden a ser más rechazantes, poco expresivos,

poco intrusivos y rígidos en el contacto. Bowlby recalcó que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continúa entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría. (Moneta, 2014). La madre es la encargada de dar el afecto y los cuidados necesarios al niño estos deben ser brindados constantemente para que se pueda formar un buen vínculo afectivo.

2.2.1.7. Apego en la adolescencia.

Al terminar la infancia empieza la adolescencia que es la etapa de la vida en la que el ser humano experimenta cambios físicos y emocionales, en este tiempo la atracción sexual aumenta y el apego se presenta como un aspecto muy importante en las relaciones con amigos y de pareja. “La teoría del apego proporciona una base conceptual que permite establecer los nexos de unión que existen entre las relaciones familiares y las que se establecen con el grupo de los pares o iguales”. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 155)

En la adolescencia, además de las relaciones de pareja el apego cumple un rol muy importante en las relaciones sociales; es decir, con amigos y familia. “Es en este periodo cuando el sistema de apego podrá ser considerado como una organización global, única e integrada surgida a partir de la reflexión sobre las experiencias relacionales previas, que mostrará estabilidad y que predecirá el comportamiento del adolescente dentro y fuera de la familia”. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 56). Los adolescentes tanto hombres como mujeres tienen la necesidad de compartir con sus pares y familia sus vivencias, expectativas y metas en todo aspecto de la vida, estos seres deben ser comprendidos y guiados adecuadamente para que puedan tener éxito y ser felices, las relaciones sociales y de pareja son importantes en la formación del adolescente, dichas relaciones estarán influidas por el tipo de apego.

2.2.1.7.1. Continuidad desde la infancia hasta la adolescencia.

Al revisar la teoría del apego podemos darnos cuenta que los modelos establecidos en la infancia tienen una continuidad en la adolescencia y en la edad adulta; es decir, quienes en la infancia tuvieron un apego seguro, también repetirán este tipo de apego en edades posteriores, lo mismo sucede con los tres tipos de apego restantes; no obstante, hay

factores que pueden determinar una variación en la continuidad del tipo de apego. Las circunstancias contextuales como la calidad de crianza que brinden los padres o las experiencias amorosas son muy importantes y pueden favorecer a la mejora del apego; ya sea que exista continuidad o, varíe cuando se producen cambios importantes en las condiciones de crianza. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011)

2.2.1.7.2. Distanciamiento de los padres en la adolescencia.

Algunos estudios que han analizado los procesos de apego durante la adolescencia también han encontrado indicadores claros de este distanciamiento, aumentando con la edad el número de adolescentes que expresan más sentimientos de rechazo y menos manifestaciones de afecto positivo cuando hablan acerca de las relaciones con sus padres. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 57). En esta etapa de la vida el ser humano empieza a buscar su identidad y al mismo tiempo su independencia, empieza a tener otras expectativas de la vida, intenta resolver sus problemas solo; por tanto, surge un distanciamiento de sus padres; los padres por el bien de la familia deben introducir reglas en la hogar para que este marche de la mejor manera; sin embargo los adolescentes están en una etapa en la que quieren volar y si es posible imponer sus propias reglas; es por esto, que se muestran renuentes a las imposiciones de sus padres y por lo tanto surgen problemas entre padres e hijos; aquí se presenta una lucha entre el apego y la exploración de nuevas vivencias.

Aunque lo muchachos aumentan sus conductas exploratorias y reducen las manifestaciones de apego en su tránsito a la adolescencia, la mayoría disfrutan de relaciones cálidas y estrechas con sus padres, necesitan su respeto y aprecio, y en condiciones de estrés retornan a sus padres, que continuarán siendo importantes figuras de apego. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 57). A pesar de las ganas de autonomía y exploración que por naturaleza tienen los adolescentes, también pueden disfrutar de buenas relaciones con sus padres; la comprensión, el respeto y el cariño mutuo son los valores esenciales para una relación padre-hijo saludable.

También existen casos en los que los hijos no tienen una buena relación y no se distancian correctamente de sus padres, en estos casos se dan discusiones que no llevan a encontrar soluciones a los problemas sino más bien más dificultades; el

distanciamiento emocional de los padres puede resultar especialmente estresante en aquellas familias con adolescentes inseguros, en estos casos la búsqueda de autonomía puede ser experimentada como una amenaza para la autoridad paterna o materna, y tanto los adolescentes como sus padres pueden verse abrumados por la fuerte carga afectiva suscitada por sus conflictos y desacuerdos. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011).

2.2.1.7.3. Apego en las relaciones con pares en la adolescencia.

Al iniciar la pubertad los amigos empiezan a ser el principal apoyo emocional, el mismo que en años anteriores realizaban sus padres; los chicos empiezan a distanciarse de sus padres y empiezan a encontrar nuevas figuras de apego. A partir de la pubertad los iguales desempeñan un importante papel a la hora de proporcionar sentimientos de seguridad y de ayudar a regular el estrés en situaciones de dificultad. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011). En ocasiones los amigos están presentes más tiempo que sus propios padres, en los momentos que pasan juntos comparten los sucesos de sus vidas, se acompañan y se comprenden ya que viven situaciones y enfrentan problemas similares en esa etapa de la vida, es por eso que empieza a darse el apego entre pares.

Los esfuerzos que el niño realizaba para conseguir la aprobación de sus padres serán sustituidos tras la pubertad por los intentos de agradar a los amigos, ya que las necesidades de apoyo no cambian, sólo lo hacen las figuras que brindan dicho apoyo. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011). El ser humano al llegar a esta etapa busca una autonomía emocional y siente la necesidad de socializar y conocer personas de su misma edad con quienes pueden compartir pensamientos, ideas y curiosidades que probablemente no pueden compartir con sus padres; de esta manera los amigos se convierten en el principal apoyo emocional, no obstante los padres siguen siendo la base segura para su desarrollo.

2.2.1.7.4. Apego y relaciones de pareja en la adolescencia.

En la adolescencia el ser humano empieza a sentir una fuerte atracción hacia sus similares, cuando el adolescente conoce amigos y amigas ellos empiezan a tener sus primeros encuentros de tipo romántico. Los cambios hormonales y psicológicos naturales de la pubertad promueven al adolescente a buscar una relación con un igual,

generalmente de su mismo sexo y edad, en la que estarán implicados los sistemas, biológicos y afectivos. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011).

El ser humano por naturaleza busca una pareja no solo para mantener relaciones sexuales sino también para vincularse de manera afectiva, las relaciones de pareja durante la adolescencia pueden servir para satisfacer cuatro tipos de necesidades: sexuales, de afiliación, de apego y de dar y recibir cuidados. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011). Tanto para lo sentimental como para lo sexual el tipo de apego de cada persona predispondrá para que las relaciones sean satisfactorias o insatisfactorias.

La creación de un vínculo estable con una pareja sexual, que reemplace para siempre a los padres a la cabeza de la jerarquía de figuras de apego, sería la meta final del curso evolutivo del sistema de apego. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011). En la niñez y en la adolescencia los padres son muy importantes para la formación afectiva de sus hijos, sin embargo en la adolescencia los chicos empiezan a darle mayor importancia a las relaciones con amigos y a la pareja, que finalmente será quien reemplace a la figura de apego de la infancia.

Se conoce que los modelos de apego no son modelos de relación definitivos, estos pueden variar; estas variaciones dependen de las relaciones de amistad y sobre todo de las experiencias que cada uno tiene en su vida amorosa. Aunque una persona tenga una relación de apego seguro con sus padres, si es rechazado repetidamente en sus relaciones de pareja, se le hará difícil mantener la seguridad en los vínculos. Lo contrario también será posible, una muchacha que haya construido un apego inseguro a partir de sus experiencias infantiles podrá ir hacia un modelo seguro si encuentra en sus relaciones de pareja el apoyo emocional ausente en la relación con sus padres. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011).

2.2.1.7.5. Estilos de apego en la adolescencia.

1. Estilo de Apego Seguro. Al respecto de este tipo de apego Cassidy y Berlin (1999) consideran que los padres y las madres de los niños seguros facilitan las relaciones positivas de sus hijos con otros de una forma directa: proporcionando a sus hijos más

experiencias sociales; dirigiendo y aconsejando a sus hijos; actuando como modelos de sensibilidad y apoyo hacia los demás; y facilitando la exploración social. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 156)

Según lo estudiado anteriormente el apego seguro adquirido en la infancia ayudará para que en lo posterior las personas mantengan relaciones de amistad y de pareja saludables, y que todo lo contrario sucederá si en la infancia se formó un tipo de apego inseguro; a esto. El apego seguro implica una idea positiva de sí mismo y de los demás, lo que se expresaría en baja ansiedad y evitación. (Guzmán, Maragaño, Rojas & Tordoya, 2015, pág. 227).

2. Estilo de Apego Inseguro Ansioso Evitativo. Existen muchos rasgos para poder definir o identificar a un adolescente con apego evitativo. Las personas que desarrollan un alto nivel de evitación, tienen miedo a la intimidad, son inestables afectivamente, por la desconfianza que tienen en los otros y desestiman la importancia de las relaciones afectivas; es decir, estas personas tendrían una idea positiva de sí mismos y negativa de los demás, por eso tienden a evitarlos. (Guzmán, Maragaño, Rojas & Tordoya, 2015).

3. Estilo de Apego Inseguro, Resistente Ambivalente o Preocupado. Gavin y Furman (1996) explican: la propuesta de que la organización de apego inseguro co-ocurre con relaciones problemáticas con los padres; esta relación problemática dificulta el que los chicos y chicas puedan moverse libremente más allá de estas relaciones conflictivas para establecer nuevas relaciones con los iguales. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 156). Las personas con estilos de apego preocupado tienen una idea negativa de sí mismo y positiva de los demás, manifestado en alta ansiedad y baja evitación. (Guzmán, Maragaño, Rojas & Tordoya, 2015)

4. Estilo de Apego Inseguro Desorganizado. Quienes poseen apego temeroso, tendría una idea negativa tanto de sí mismo como de los demás, por lo tanto se asocia a alta ansiedad y alta evitación. (Guzmán, Maragaño, Rojas & Tordoya, 2015). Para estas personas es más difícil mantener relaciones de pareja estables y saludables puesto que muchos prefieren evitar las relaciones al tiempo que si las tienen la inseguridad está presente la mayoría del tiempo.

2.2.1.8. Apego en la adultez.

El apego formado en la infancia es muy importante para el ser humano, posteriormente en la edad adulta sigue teniendo gran importancia en las relaciones. Las relaciones vinculares en la adultez son similares en su naturaleza a las formadas en la infancia. Al igual que los niños, el adulto muestra deseo de proximidad de las figuras de apego, malestar y ansiedad si ésta es inaccesible y aflicción ante la pérdida. (Molina & Sepúlveda, 2013).

Esta función de regulación emocional de los vínculos con las figuras de apego se mantiene en la adultez, de forma que cuando falta el apoyo emocional que proporcionan los demás aumenta la vulnerabilidad del sujeto, incluso ante la enfermedad y la muerte. (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011, pág. 62). El adulto también necesita tener una figura de apego para sentirse querido y protegido, el hecho de ser mayor de edad no significa que deje de necesitar apoyo y comprensión de una persona.

Las experiencias en la niñez temprana, de la adolescencia y principios de la edad adulta pueden determinar la naturaleza de las relaciones vinculares de apego en las siguientes etapas de la vida través de los modelos operantes internos, ya que los pensamientos, sentimientos formados en la infancia pueden perdurar durante toda la vida. (Molina & Sepúlveda, 2013)

2.2.1.8.1. Clasificación del apego adulto.

(Molina & Sepúlveda, 2013) describe cuatro categorías de apego adulto:

Tipo de apego adulto

Tipo de apego	Características
1.Estilo seguro-autónomo	Este grupo de adultos valoran las relaciones de apego y las consideran importante para su personalidad, además les otorgan valor a las experiencias y recuerdos de la infancia, y finalmente existe una aparente objetividad. Este grupo de adultos develó situaciones difíciles con sus padres pero coincidían en el discurso del perdón, compasión y aceptación.

2.Estilo evitativo	Este grupo de adultos durante la entrevista tiende a normalizar y no reconocer ni discutir experiencias negativas de su vida, mientras que los que sí lo hacen cuentan historias con poca emoción sin atribuirles gran importancia. En un principio idealizan a las figuras de apego, utilizando términos positivos o frases como “excelente, muy normal, muy cariñoso, alegre, generoso”. Luego dichos objetivos son incompatibles o contradictorios con el relato de experiencias y recuerdos.
3.Estilo preocupado	El grupo de adultos que correspondieron a este estilo de apego exhibían gran preocupación por las relaciones tempranas con sus padres. Por lo general la entrevista con este grupo de padres es prolongada y difícil de seguir, ya que predomina la confusión, vaguedades, fuga de ideas, incoherencia y falta de objetividad al describir la relación con sus padres. Muchos de los entrevistados parecen estar preocupados e irritados por los defectos de sus padres, además muestran excesiva preocupación por sus relaciones del pasado, por la autoestima o la apariencia física.
4.Estilo desorganizado	Los adultos que pertenecen a este grupo expresan narraciones incoherentes y con grandes lapsus de pensamiento para contestar. Se evidencia que no se han logrado elaborar experiencias traumáticas o negativas de manera adecuada. Además durante el relato presentan grandes cambios abruptos en cuanto a las emociones que manifiestan, especialmente cuando se alude a la pérdida de figuras de apego. Cuando hablan de sus recuerdos de infancia existen componentes de desamparo, imprevisibilidad y conflicto.

2.2.1.9. Apego y autoestima.

Noller y Callan, (1991). A edades tempranas parece obvia la relación entre la autoestima y la formación de los vínculos de apego, al principio en el entorno familiar y posteriormente a nivel escolar y social. No en vano, una de las funciones psicológicas más importantes que se ha considerado que desarrolla la familia es la formación de la autoestima o identidad de sus miembros (Serrano, Mérida & Taberner, 2015, pág. 102).

“Es posible señalar que el nivel de autoestima de las madres, unido a los recuerdos que éstas tengan de su infancia se encuentra en estrecha relación con la seguridad que presentarán posteriormente sus hijos”. (Molina & Sepúlveda, 2013, pág. 41). La principal imagen de apego o el cuidador tiene la importante tarea de brindar los cuidados necesarios y la afectividad al niño, para eso es ideal que la madre tenga seguridad y buena autoestima, con la finalidad que el niño también adopte un apego seguro y un buen nivel de autoestima.

Se han realizado varios estudios para determinar la influencia de la autoestima de las madres en sus hijos donde se ha encontrado que las madres que tienen un mayor nivel de autoestima y reportan buenos recuerdos de su relación con madres, padres y pares durante su infancia, además mantienen mayor conexión con sus hijos que aquellas madres de hijos que presentaron un apego ansioso. (Molina & Sepúlveda, 2013). Existe una relación importante entre el apego y la autoestima ya que son bases fundamentales para las buenas relaciones y para el buen vivir.

2.2.2. LA AUTOESTIMA.

2.2.2.1. Conceptos relevantes de autoestima.

“Considerada una importante variable psicológica ha sido definida por diversos autores desde hace décadas. Definiciones sobre autoestima hay tantas como autores y autoras se han ocupado de ella”. (Serrano, Mérida & Taberner, 2015, pág. 99). La autoestima es muy importante en la vida del ser humano, al pensar que tiene una gran valía personal puede tener una mejor calidad de vida y podrá alcanzar sus metas más fácilmente.

A continuación cito a varios autores quienes han definido a la autoestima y han contribuido a su estudio:

“La autoestima es una experiencia íntima: es lo que pienso y lo que siento sobre mí mismo, no lo que piensa o siente alguna otra persona acerca de mí”. (Hornstein, 2011, pág. 15). No importa lo que piensen los demás, en la sociedad siempre existirán prejuicios, una autoestima alta se definirá por pensamientos propios hacia sí mismo.

Rosenberg (1965) Sentimiento de valía personal y de respeto hacia la propia persona. (Serrano et al., 2015, pág. 99). Respetarse es querer el respeto hacia sí mismo es muy importante en la formación de la autoestima, además de respetarse a sí mismo el ser humano debe predicar el respeto principalmente en su hogar y con sus semejantes.

Burns (1979) Descripción que cada persona hace de sí misma cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas. (Serrano.,2015). La descripción propia es muy importante para poder denotar una autoestima buena o mala, hacer una consideración valiosa de las cualidades propias mejora la calidad de las relaciones interpersonales.

Oñate (1989) Satisfacción que posee el individuo consigo mismo a partir de la evaluación que realiza sobre la eficacia de su propio funcionamiento, provocando una actitud de aprobación o rechazo hacia su persona. (Serrano et al., 2015). El ser humano con mentalidad sana, será propenso al éxito en la vida, funciona de manera eficaz y alcanza sus objetivos de manera más fácil, debido a que confía en sí mismo.

Barroso (2000). Energía que existe en el organismo vivo, cualitativamente diferente que organiza, integra, cohesiona, unifica y direcciona todo el sistema de contactos que se realizan en el sí mismo. (Serrano et al., 2015). Las cualidades innatas humanas deben estar apuntaladas al éxito en todos los ámbitos de la vida, la energía psíquica positiva debe ayudar al ser humano a lograr objetivos y a mejorar como persona.

“Se entiende como autoestima a la percepción valorativa de nuestro ser, de nuestra manera de ser. En lo individual, la percepción de quién soy yo, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran mi personalidad”. (Segura, 2015, pág. 77). La perfección no existe, la persona debe aceptarse tal como es, valorarse y demostrar que con una actitud positiva y una autoestima alta puede lograr sus objetivos por más dificultades que se presenten, una persona con buena autoestima puede tener una buena calidad de vida.

Se define la autoestima como un conjunto organizado y cambiante de percepciones que el sujeto señala y reconoce como descriptivo de sí; es la traducción del término inglés self-esteem, que indica el valor que una persona se da a sí misma. (Ventura, Pacheco & De Luca, 2015, pág. 22). Las percepciones hacia uno mismo tienden a variar, a veces pueden haber pensamientos erróneos de minusvalía que desmejoran la autoestima, en

otras ocasiones puede haber sobrevaloración; lo mejor es mantener un equilibrio y hacer de la buena autoestima una herramienta valiosa para la vida.

El término de autoestima ha dado lugar a un gran número de definiciones discrepantes que caracterizan diferentes puntos de vista teóricos: Maslow la categorizó como una necesidad, Coopersmith como una actitud y como una condición necesaria para el logro, White' como una consecuencia del nivel de competencia y Fitts¹⁰ como un indicador de salud mental. (Verduzco, 2014, pág. 780). La autoestima alta es la base vital para una buena salud mental, el pensar positivo sobre las capacidades propias, el tener una percepción positiva de los demás, el creer que es posible alcanzar las metas, ayuda a no frustrarse fácilmente y a disfrutar de las cosas buenas de la vida.

2.2.2.2. Importancia de la autoestima.

Una autoestima consolidada permite dar curso, dar alas, a lo que se piensa, a lo que se desea, enfrentar dificultades, no ser demasiado influenciado por la mirada de los otros, tener sentido del humor, “Saber que se puede”, como canta Diego Torres. (Hornstein, 2011, pág. 16).

En el trayecto de la vida el ser humano tiene la oportunidad de aprender y superarse en todos los aspectos de su vida; en el campo estudiantil, laboral, familiar, de pareja. La superación de los problemas siempre será más fácil si se tiene una buena autoestima, a esta se le asocia con la adquisición de nuevos aprendizajes, con la superación de problemas personales, asunción de responsabilidades, mejora de relaciones sociales y autonomía personal. (Pacheco, Luarte, Pérez & Linzmayer, 2015). Cuando la persona va por la vida sin sentir cariño y respeto así mismo, hay posibilidades de que fracase, en cambio sí se valora, se respeta y confía en sí mismo logrará alcanzar sus metas además de la tranquilidad y felicidad anhelada por todos.

En edades primarias es muy importante empezar a cultivar una buena autoestima, ya que en ese momento el ser humano está en formación y necesita tener en él una buena autoestima para poder enfrentar la vida de mejor manera. En la niñez es muy importante empezar a sembrar una buena autoestima para que los cimientos de la vida estén firmes y se puedan reafirmar en la adolescencia. “En escolares y adolescentes, la

autoestima es una característica muy importante relacionada con el bienestar y el comportamiento en salud” (Cogollo, Campo & Herazo, 2015, pág. 63).

Esa mirada-juicio sobre uno mismo es vital. Cuando es positiva, permite actuar con aplomo, sentirse a gusto consigo mismo, enfrentar dificultades. Cuando es negativa, engendra sufrimientos y molestias que afectan la vida cotidiana. Nos dejamos llevar más por el deseo de ahorrarnos dolor que por el de buscar alegría. (Hornstein, 2011, pág. 17). Es importante para el ser humano mirarse de manera positiva, de este modo se le hará fácil tener felicidad en su vida, ya que si se mira o juzga de manera negativa solo encontrará infelicidad en sus días.

“La importancia de la autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos”. (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 60). El ser humano debe tener objetivos y metas claras para darle un sentido a su vida, estos pueden a veces ser difíciles de alcanzar, sin embargo con mucho trabajo y con una buena autoestima las metas propuestas son alcanzables.

“La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia sí mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal”. (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 60). Una persona que se acepta y se quiere a sí misma será capaz de adaptarse mejor en la sociedad; será más productiva en su trabajo y por lo tanto podrá gozar de una mejor calidad de vida.

2.2.2.3. Niveles de autoestima.

2.2.2.3.1. Autoestima alta

“Los individuos que presentan una alta autoestima se aceptan y se respetan tal y como son, siendo conscientes de sus virtudes y de sus limitaciones, y muestran una elevada auto-confianza en poder mejorar y madurar psicológicamente”. (González, Fernández, Souto, González & Freire, 2016). Una buena autoestima permite enfrentar dificultades, no ser demasiado influenciado por la mirada de los otros, sobrevivir a los fracasos y desilusiones, y sentirse digno de ser amado; también permite pedir ayuda, cambiar de opinión y aceptar las limitaciones". (de Biase, 2011)

“Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal”. (Segura, Tzhoecoen, 2015, pág. 77) . El ser humano no es perfecto y es propenso a equivocarse sin embargo también tiene la posibilidad de guiar su vida por un buen camino, para esto siempre necesitará tener una buen nivel de autoestima.

“Se entiende que la persona se considera con una alta autoestima si hace una alta valoración de sí misma”. (Cogollo, Campo & Herazo, 2015, pág. 62). Cuando la persona cree en sí misma, piensa que es capaz de alcanzar sus ideales y metas y además sabe que puede obtener lo que anhela es porque tiene autoestima alta.

Hornstein (2015) subdivide la autoestima alta en:

a. Alta y estable. Las situaciones exteriores y los acontecimientos de vida normales tienen poca influencia sobre la autoestima. Las personas con este tipo de autoestima, no necesitan obedecer ni polemizar con los demás, no consagran mucho tiempo a la defensa o la promoción de su imagen. Pero la excesiva confianza en el propio valor y eficacia podría hacerlos más vulnerables a los peligros por cierta omnipotencia que les impide reconocer sus limitaciones. Las personas con una buena autoestima no vacilan en pedir ayuda a los demás. Están seguras de que la ayuda es un préstamo que podrán devolver.

b. Alta e inestable. Los sujetos de autoestima inestable siempre están pendientes de desafíos o del reconocimiento de los otros. Las personas con autoestima elevada pero inestable luchan osadamente. Siempre buscan destacarse, dominar, hacerse querer o admirar. La imagen les reluce pero cuando se empaña aparece la inseguridad.

2.2.2.3.2. Autoestima Media.

La mayoría de las personas tiene una autoestima media. La persona con autoestima media varía su percepción y valoración de sí misma dependiendo de muchos factores pero, sobre todo, de la opinión de los demás. Una crítica mal encajada puede hacer que la persona con autoestima media se venga abajo y empiece a valorarse de forma más negativa. (Velez, 2014)

2.2.2.3.3. Autoestima baja.

Una baja autoestima, el no creer en sí mismos, en las capacidades propias ni en la posibilidad de ser amados hace que el mundo se convierta en un lugar espantoso. Quienes tienen una autoestima desvalorizada hacen siempre una lectura de la realidad en donde terminan deshonrados y hablan de sí mismos con poco orgullo, como si ellos mismos fueran sus enemigos. (de Biase, 2011)

“Una autoestima baja, se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad, la rigidez, el miedo a lo nuevo, la conformidad, la sumisión o el comportamiento reprimido y la hostilidad a los demás”. (Ventura, Pacheco & De Luca, 2015, pág. 22). Cuando la persona se conforma con lo poco que tiene y es sumisa ante las circunstancias de la vida padece de autoestima baja, pues no ve más allá, no quiere trascender no quiere superarse, solo se consuela con lo básico y no sale de su zona de confort.

“Una baja autoestima suele propiciar el auto-rechazo, la insatisfacción y el desajuste personal”. (González, Fernández, Souto, González & Freire, 2016, pág. 98). Una baja autoestima es cómplice del fracaso, el mismo conlleva a la insatisfacción y al no sentirse bien como persona.

Una persona con un buen nivel de autoestima se respeta a sí misma, además confía en sí misma y confía en los demás, todo lo contrario sucede con quienes tienen autoestima deficiente. “De manera contraria la baja autoestima influye en la falta de confianza y el respeto por sí mismo Pardo y cols. (2004) ya que sobre generalizan los fracasos”. (Pacheco, Luarte, Pérez & Linzmayer, 2015, pág. 80).

“Una baja autoestima nos torna vulnerables ante los problemas de la vida. Si no creemos en nosotros mismos, en nuestra eficacia, ni en nuestra capacidad de ser amados, el mundo es un lugar aterrador”. (Hornstein, Intramed, 2015).

Según Hornstein (2015) la autoestima baja se subdivide en:

a. Baja e inestable. Su autoestima es vulnerable. Debido a éxitos o satisfacciones puede subir un poco. Sin embargo, ese sentimiento es frágil y su autoestima se resiente cuando amagan las dificultades. Las personas con baja autoestima pagan tributo al juicio de los otros. Su temor a engañarse o engañar a los demás los expone a dudas, a sentirse tráfugas, impostores. La vivencia de impostura transforma los aplausos en dudas constantes acerca del mérito real. Son indecisos por temor a equivocarse. Con el pretexto de desensillar hasta que aclare (prudencia), terminan montando poco y nada el caballo (pusilanimidad). El síndrome del impostor puede ser crónico en sujetos con baja autoestima que suelen pensar que no están a la altura del reconocimiento logrado. Padecen de una ansiedad permanente en el cumplimiento de sus tareas. Esta ansiedad los expone a estados depresivos a pesar de “éxitos” notables. Su incomodidad ante el éxito se basa en que éste les produce “disonancia cognitiva” producto de la contradicción entre la idea que tienen de sí mismos y la mirada de los otros. Si bien necesitan los logros, los temen porque los colocan ante una enorme exigencia.

b. Baja y estable. En este caso, la autoestima se ve poco afectada por los acontecimientos exteriores favorables. Están resignados y hacen pocos esfuerzos para valorarse a sus propios ojos o a los de los demás. Si no se sienten queridos tenderán a replegarse en lugar de renovar vínculos satisfactorios. Si creen haber fracasado, tenderán al auto-reproche y a paralizarse sin darse otras oportunidades. Se ilusionan con fantasías de éxito y gloria, pero el temor a las decepciones los paraliza. Dependen excesivamente del reconocimiento de los otros.

En personas con baja autoestima predominan las emociones negativas (vergüenza, cólera, inquietud, tristeza, envidia) y padecen de un sentimiento de vulnerabilidad al sentirse amenazadas por las vicisitudes de la vida cotidiana. Cualquier riesgo es una amenaza. Se dedican más a la protección de su autoestima que a su despliegue, más a la prevención de los fracasos que al asumir riesgos. Evitar arriesgarse a la crítica o al rechazo. Permanecen en la sombra, porque no están dispuestas a exponerse.

Cuando la autoestima es baja disminuye la resistencia frente a las adversidades y las personas encallan frente a vicisitudes superables. El déficit en la autoestima no supone incapacidad para logros ya que se puede tener el talento y empuje necesarios para

lograrlos. Sin embargo disminuye la eficiencia y la capacidad de alegrarse con sus logros que serán vivenciados como insuficientes.

2.2.2.4. Autoestima en la infancia.

Hornstein dice que los cimientos de la autoestima se construyen durante los primeros años, además define algunas condiciones en la constitución del amor hacia sí mismo: una crianza con afecto y respeto, reglas estables y razonables sin recurrir al ridículo, la humillación o maltrato físico, además argumenta que debe existir confianza por parte de los adultos en las capacidades del niño. (de Biase, 2011)

La autoestima está estrechamente ligada a cómo el niño es tratado en su familia y no a aspectos como la inteligencia o el nivel socioeconómico. Sabemos que los niños conforme se desarrollan van adquiriendo experiencias de vida y formando conceptos acerca de sí mismos; como si son capaces o no, buenos o malos, listos o tontos, y si son susceptibles de ser queridos. (Verduzco, 2014)

Los principales factores que Coopersmith encontró como aspectos importantes y determinantes entre las familias con niños que habían desarrollado una alta autoestima fueron: 1) aceptación del niño con sus cualidades y defectos, 2) respeto hacia el niño y a sus intereses, y 3) límites muy claros y consistentes en la familia. Además es muy importante un cuarto aspecto de suma importancia para el desarrollo de la autoestima es darle apoyo en sus decisiones para que llegue a conseguir sus metas. (Verduzco, 2014)

Los niños con una adecuada autoestima experimentan sentimientos agradables de valía personal, de conocerse y saberse importantes y especiales para alguien, están más seguros y satisfechos porque saben cómo actuar. Caso contrario sucede con los niños que tienen baja autoestima, evidenciando sentimientos de minusvalía, incapacidad e inseguridad en todo el desenvolvimiento general, y muestran sentimientos de descontento para consigo mismos. (Segura, 2015, pág. 77). Cuando un niño está triste, callado, alejado de sus amigos probablemente se esté desarrollando en él una autoestima baja, a este niño se le debe incentivar y apoyar para que su nivel de autoestima mejore y pueda disfrutar de su niñez.

“La autoestima evoluciona como parte importante de la personalidad durante toda la vida y es producto de la experiencia del niño y de la niña con su medio, ya sea familiar, educativo o social”. (Serrano, Mérida & Tabernero, 2015, pág. 102). Es importante que en la infancia se empiece a cultivar una buena autoestima, ya que esta será preponderante para el futuro de la persona, sí desde niño tuvo un buen nivel de autoestima y vivió situaciones favorables, en lo posterior será un adulto productivo y feliz.

En la escuela, los sentimientos de buena o mala relación con los compañeros y compañeras parecen influir directamente sobre la autoestima, y ésta desempeña un importante efecto protector sobre el rechazo o enfrentamiento entre ambos sexos. (Serrano, Mérida & Tabernero, 2015). La escuela es el segundo hogar del niño y sus maestros y compañeros pasas a ser su segunda familia, es por esto que las relaciones que mantiene con ellos también influyen en la formación de su autoestima.

2.2.2.5. Autoestima, adolescencia y sexualidad.

La sexualidad y la autoestima van de la mano en la vida del ser humano, al respecto.

La sexualidad se intensifica con la pubertad; esta ocupa un lugar central en el desarrollo del adolescente; su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales, por ejemplo, un meta-análisis demostró que adolescentes sin actividad sexual o que inician más tarde, tienden a formar niveles de autoestima más altos que sus pares sexualmente activos, o que inician tempranamente. (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 60).

Existen posibilidades de que una persona que se valora mucho a sí misma respete su cuerpo y no permita que alguien entre a él sin merecerlo. Cuando la autoestima está bien formada desde la infancia es probable que en la adolescencia las chicas tengan mayor seguridad, autorrespeto y esperen a encontrar la pareja adecuada para tener sus primeros contactos sexuales, por ejemplo, se sabe que niñas adolescentes con autoestima alta inician más tarde las relaciones sexuales. (Cogollo, Campo & Herazo, 2015, pág. 63)

La edad de la mujer a la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por lo tanto tiene un efecto importante

sobre la fecundidad, en el sentido que entre más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida reproductiva. (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 60). Si es verdad que en la pubertad y en la adolescencia se dan cambios físicos y psicológicos en los seres humanos acompañados de cargas hormonales que invitan a tener relaciones sexuales, también es importante saber los riesgos que corren las personas al iniciar y mantener una vida sexual.

Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, se ha demostrado que los embarazos en adolescentes son en gran parte consecuencia de una autoestima baja, de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva intervención en educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva. (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 60). Todos debemos estar conscientes que el placer puede venir acompañado de embarazos prematuros y de enfermedades de transmisión sexual. La abstinencia sexual es un método que ayuda a bajar los niveles de embarazos prematuros. Las buenas relaciones entre miembros del hogar son muy importantes para que los adolescentes tengan buena autoestima y una vida sexual activa a su debido tiempo; en un hogar deben existir reglas las mismas que se deben cumplir para el buen funcionamiento del mismo, pero así como las reglas son importantes también se deben practicar valores y sobre todo debe existir mucho amor para que los lazos afectivos se fortalezcan, con la finalidad de mantener una cohesión familiar.

La baja autoestima es sin duda el factor más estudiado y comprobado como agente fundamental, y de éste nace la inseguridad, el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el nivel de control de emociones. De aquí derivan la mayoría de conductas de riesgo para un embarazo temprano. (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 61). Una persona con autoestima alta se valorará mucho más que una persona con autoestima baja; es decir, alguien que se respeta y se quiere a si misma sabrá seleccionar de manera adecuada a su pareja y mantendrá relaciones sexuales a su debido tiempo; el conocer la diversidad y el modo de uso de los métodos anticonceptivos es algo muy importante pero igual importancia tiene el saber cómo cuándo y dónde mantener dichas relaciones. Si por el contrario una chica tiene baja

autoestima, no se respeta así misma podrá más fácilmente mantener relaciones sexuales a tempranas edades y sin utilizar los métodos de prevención adecuados y con esto el peligro de embarazarse prematuramente o contraer enfermedades venéreas.

La admiración de los demás no crea autoestima, ni tampoco una inteligencia superior, o las posesiones materiales, las conquistas sexuales o la cirugía plástica, peor aún las la maternidad. A veces, estas cosas pueden ayudar a sentirse mejor o a sentirse más cómodos en situaciones concretas o estresantes pero nada más. Los cimientos necesarios para una autoestima equilibrada implican que la familia lo hayan criado con amor y respeto, que le hayan ofrecido reglas estables y razonables que contribuyeron a generar expectativas adecuadas, sin recurrir a la ridiculización, la humillación o maltrato físico y sobre todo confiaron en sus capacidades. (Hornstein, Intramed, 2015)

2.2.2.6. Autoestima en la adultez.

"Dado que la autoestima se asocia con el bienestar psicológico y la salud física, aumentar la autoestima sería un modo ideal para ayudar a prevenir problemas de salud en un momento posterior de la vida". (Preidt, 2014). La persona adulta necesita mantener o mejorar su autoestima, a veces la vida golpea, pero esos golpes ayudan a la persona a crecer, además es muy cierto que una autoestima alta a ayudará a sobreponerse más rápido de las situaciones negativas de la vida.

“Los niveles altos de autoestima podrían llevar a una mejor salud en las personas mayores, según un estudio reciente”. (Preidt, 2014). En edades avanzadas el sistema inmunológico humano ya no es el mismo, por lo tanto as personas tienden a enfermar, cuando en la persona existe baja autoestima es probable que haya desvalorización y una tendencia natural a enfermar, pero en cambio sí hay una buena autoestima habrán mayores cuidado, mayor disfrute de la vida y menos enfermedades.

2.2.2.7. Los seis pilares de la autoestima.

Branden (2013) explica:

1. Vivir conscientemente: Es respetar la realidad sin evadirse no negarla, estar presente en lo que hacemos mientras lo hacemos. “Donde está mi cuerpo, está mi mente”. Ser consciente del mundo interno como el externo.

Una persona consciente, reflexiona, analiza, pondera y juzga los acontecimientos, ve sus causas y sus consecuencias. Es decir, sabe tomar decisiones libremente y acepta las consecuencias de sus actos.

2. Autoaceptarse: No negar ni rechazar nuestros pensamientos, sentimientos y acciones, no podemos superar los sentimientos indeseables si no aceptamos que los tenemos. Cuando hay autoaceptación, no hay enfrentamientos con nosotros mismos, no me convierto en mi propio enemigo.

3. Ser autoresponsable. Hay que reconocer que somos los autores de:

- Nuestras decisiones y nuestras acciones.
- La realización de nuestros deseos.
- La elección de nuestras compañías.
- De cómo tratamos a los demás en la familia, el trabajo, amistadas.
- Cómo tratamos nuestro cuerpo.
- Nuestra felicidad.

4. Tener autoafirmación: Es respetar nuestros deseos y necesidades y buscar la manera de expresarlos. Tratarlos a nosotros mismo con dignidad en nuestras relaciones con los demás. Ser auténticos y defender nuestras convicciones, valores y sentimientos. Es comunicarnos asertivamente con nosotros mismos y con los que nos rodean.

5. Vivir con determinación o propósito en la vida. Significa asumir la responsabilidad de identificar nuestras metas y llevar a cabo las acciones que nos permitan alcanzarlas y mantenernos firmes hasta llegar a ellas. Al poseer buena autoestima nosotros tenemos el control de nuestra vida y no el exterior que nos rodea.

6. Vivir con integridad es:

- Tener principios de conducta a los que nos mantengamos fieles en nuestras acciones
- Ser congruentes con lo que pensamos, decimos y actuamos.
- Respetar nuestros compromisos y mantener nuestras promesas.

La importancia de una autoestima saludable reside en que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presentan en el trabajo, en el amor, en la diversión. Es también la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida.

2.2.2.8. Autoconcepto.

En la adolescencia se presentan cambios físicos y psicológicos, los mismos que influyen en la formación del autoconcepto. “Al hacer referencia a estos cambios psicológicos, emerge el término autoconcepto, en especial en la etapa adolescente por la importancia que cobra el mismo, entendiéndose éste como conjunto de percepciones que el ser humano desarrolla sobre sí mismo”. (Borrego, López & Díaz, 2013, pág. 57).

El concepto que se tiene de sí mismo o autoconcepto, no es algo heredado si no aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás (Cataño, Restrepo, Portilla & Ramírez, 2015, pág. 60). En esta etapa el ser humano empieza a formar criterios, a mirar al mundo de una manera más autónoma, ya no necesita la aprobación de papá o mamá para emitir un criterio; es la edad donde empieza una evaluación personal, es ahí cuando se empieza a formar el autoconcepto.

Es en esta etapa cuando aparecen multitud de problemas de autoestima derivados de la gran cantidad de cambios que experimenta el cuerpo en esa edad. Esto combinado con el deseo natural de ser aceptados hace que constantemente estén realizando comparaciones con los demás. (Borrego, López, & Díaz, 2013, pág. 57). La parte social es muy importante a la hora de formar el autoconcepto; en esa etapa de la vida los jóvenes quieren identificarse y necesitan ser aceptados por un determinado grupo social.

El auto concepto designa la suma total de las percepciones de uno mismo, sobre las propias características. La autoestima es emocional y el auto concepto tiene más de cognitivo, incide en la percepción de sí mismo. (Segura, 2015, pág. 77). Una persona debe tener una percepción clara de sí mismo, debe considerar sus capacidades cognitivas, sus atributos físicos y sobre todo sus valores para formar un concepto propio, incomparable y representativo.

2.2.2.9. Autoimagen.

La percepción que tenemos acerca de nuestro cuerpo y de cómo nos vemos es también un factor importante para nuestra autoestima. A veces las personas se miran al espejo y ven una imagen devaluada, triste y pobre de sí mismos: la inestabilidad, es decir, a veces se ven bien realmente como son, pero en otras ocasiones su autoimagen se distorsiona por juicios propios. La imagen que estas personas tienen de sí mismas no es sólida, sino precaria y confusa. Y tienden a la polarización sin grises, especialmente en cuanto a la valorización: la estima oscila entre juicios de perfección y juicios de denigración. (de Biase, 2011). Lo importante al mirarse al espejo es ver a una persona ganadora, luchadora, con defectos pero perfectamente feliz.

2.2.2.10. Autoestima en la mujer.

La autoestima aumenta a medida que las personas envejecen, y los hombres tienden a tener unos niveles más altos que las mujeres, esto se debe a factores sociales como el machismo que han colocado a la mujer en un papel secundario en la vida, la diferencia sexual en la autoestima se encontró a nivel mundial, en los países occidentales es donde la diferencia en la autoestima según el sexo es mayor, probablemente eso sea el resultado de unas influencias culturales y sociales que orientan el desarrollo de la autoestima en hombres y mujeres" (Preidt, 2016).

Es importante conseguir nuevas fuentes de autoestima para la mujer, en ellas es más habitual centrar la autovaloración en lo afectivo, debería también ser un afluente principal de autoestima la parte social y laboral. La mujer debe tener en cuenta siempre que su autoestima puede construirse o reconstruirse en cualquier momento de la vida; para mejorar el nivel de autoestima es cuestión de actitud y de ganas de mejorar. (de Biase, 2011)

“El desarrollo de la autoestima es posible para cualquier persona, en cualquier momento, en cualquier entorno y a cualquier edad”. (Segura, 2015, pág. 77). El machismo ha causado que las mujeres tomen un papel secundario en la vida, y eso ha causado que tengan una autoestima más baja; sin embargo, ellas pueden levantarse y mejorar su autoestima y su calidad de vida, si su autoestima baja está afectando su calidad de vida es recomendable asistir a un profesional de la salud mental.

2.3. HIPÓTESIS

Los tipos de apego inciden en la autoestima de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Tipos de apego

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Autoestima

2.5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

El Diccionario de términos psicológicos psicoactiva (2013) expone:

Adolescencia. La adolescencia es una etapa, por la cual todas las personas alguna vez pasan, los sentimientos y algunos rasgos humanos cambian,,, es una de las etapas de la evolución del hombre más importantes para el comienzo de una persona en su vida propia.

Ansiedad. Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

Apego. El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad.

Autoestima. La autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.

Cognición. Procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.

Conciencia. Estructura de la personalidad en que los fenómenos psíquicos son plenamente percibidos y comprendidos por la persona.

Conducta. Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales.

Emoción. Estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

Etología. Ciencia que estudia el comportamiento animal.

Homeostasis. Término que designa la regulación del equilibrio del medio interno y en general de toda la actividad del organismo.

Prejuicio. Actitud, creencia u opinión que no se basa en una información o experiencia suficiente como para alcanzar una conclusión rotunda. Literalmente se define como un "juicio previo".

Psicoanálisis. Método psicoterapéutico para el tratamiento de trastornos psíquicos, que utiliza técnicas de asociación libre y la interpretación de los sueños. Es una teoría de la personalidad basada en conceptos como la motivación inconsciente, el *yo*, el *ello* y el *superyo*.

Psicoterapia. Conjunto de medios terapéuticos basados en la relación interpersonal; a través del diálogo, y las intervenciones del terapeuta, se posibilita la superación del conflicto psíquico.

Pubertad. Etapa de la vida en que se realizan un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales; marca el paso de la infancia a la adolescencia.

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. NO EXPERIMENTAL.

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (Hernández, 1991)

En esta investigación se realizó una recolección de datos en un determinado tiempo para luego describir las variables y analizar su interrelación.

3.1.2. TRANSVERSAL.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (Hernández, 1991, págs. 191-192)

Esta investigación fue realizada en el lapso de tiempo determinado para la recolección de datos en el proceso de tesis, para describir las variables propuestas y su relación.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. DE CAMPO.

La investigación se realizará en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba, en las diversas áreas de atención, ya que es el sitio donde se encuentra el objeto de estudio; permitiéndonos un conocimiento más a fondo, manejar datos con seguridad y crear situaciones de control de las variables, para obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad.

3.2.2. DOCUMENTAL.

Baena (1985): “La investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información” (eumed.net, 2006).

3.3. DEL NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. DESCRIPTIVA

La investigación describe cada una de las variables, no se limita a la recolección de datos, sino a la predilección e identificación de la incidencia que existen entre los tipos de apego y la autoestima. (Hernández, 1991)

Para la descripción de los Tipos de apego y la autoestima, se recogen los datos sobre la base de la teoría de Bowlby y Hornstein, respectivamente; para posteriormente analizar detenidamente los resultados, con el fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Debido a que existe una cantidad minoritaria de madres adolescentes se trabajó con el total de la población; con edades comprendidas entre 10 y 19 años, las mismas que acompañan a sus hijos al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba en el periodo de tiempo determinado para la investigación, En total 30 madres adolescentes que acudieron al hospital en el periodo de evaluación.

3.5. PROCEDIMIENTOS

3.5.1. TÉCNICA

Reactivo psicológico. Es un conjunto de reactivos seleccionados y organizados, destinados a medir una variable específica del comportamiento. Son auxiliares en la

toma de decisiones para la selección, clasificación, diagnóstico, comprobación de hipótesis, así como evaluación.

3.5.2. INSTRUMENTOS

a. Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. (Anexo 1).

El CaMir es un cuestionario que mide las representaciones de apego. Se fundamenta en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar. Es un instrumento ampliamente utilizado tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico.

La elaboración de una versión reducida con un formato de respuesta sencillo permitiría aplicarlo de forma colectiva en unos 20 minutos, lo que facilitaría su utilización como instrumento de screening o en diferentes contextos, como el de la psicología clínica o educativa. Además, el hecho de disponer de un instrumento de rápida aplicación con adecuadas propiedades psicométricas podría resultar muy útil para impulsar la investigación en torno al apego en la adolescencia.

A continuación se explica la estructura del test: Luego de realizado el estudio de validación el análisis mostró una estructura de 7 factores:

- El factor 1, denominado «Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego», incluye 7 ítems. Hace referencia a la percepción de haberse sentido y sentirse querido por las figuras de apego, poder confiar en ellas y saber que están disponibles cuando se las necesita.
- El factor 2, denominado «Preocupación familiar», está compuesto por 6 ítems. Tales ítems aluden a la percepción de una intensa ansiedad de separación de los seres queridos y de una excesiva preocupación actual por las figuras de apego.
- El factor 3 incluye 4 ítems. Se ha denominado «Interferencia de los padres» por tratarse de una dimensión centrada en el recuerdo de haber sido sobreprotegido en la infancia, haber sido un niño/a miedoso y haber sentido preocupación por ser abandonado.

- Los factores 4 y 5, compuestos por 3 ítems cada uno, han sido denominados «Valor de la autoridad de los padres» y «Permisividad parental», respectivamente. El primero de ellos se refiere a la evaluación positiva que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía, mientras que el segundo alude a los recuerdos de haber padecido falta de límites y de guía parental en la infancia.
- El factor 6, al que hemos llamado «Autosuficiencia y rencor contra los padres», incluye 4 ítems que describen el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos.
- Por último, el factor 7 está compuesto por 5 ítems. Lo hemos llamado «Traumatismo infantil» porque se refiere a los recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de las figuras de apego durante la infancia.

Las dimensiones 2, 4 y 6 se centran en el presente de la persona, las dimensiones 3, 5 y 7 en el pasado y la dimensión 1 incluye ítems que remiten tanto al presente como al pasado. Por otra parte, la dimensión 1 se asocia al apego seguro, las dimensiones 2 y 3 al apego preocupado, la dimensión 6 al apego evitativo y la 7 al apego desorganizado. Las otras dos dimensiones se refieren a representaciones de la estructura familiar (dimensiones 4 y 5). (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela, & Pierrehumbert, 2011)

b. Escala de autoestima de Rosenber (RSE)

La muestra original en la que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió en 5.024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostró una alta fiabilidad: correlaciones test-retest en el rango de 0,82 hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados.

La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa, al objeto de evitar el llamado efecto de “aquiescencia autoadministrada”. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es

posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia. (Psicoactiva, 2013)

3.6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos luego de la aplicación de los reactivos psicológicos fueron analizados mediante la estadística y representados en porcentajes mediante cuadros y gráficos para luego sacar conclusiones y elaborar las recomendaciones pertinentes a la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE EL CUESTIONARIO CAMIR PARA EVALUACIÓN DE APEGO ADOLESCENTE EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE RIOBAMBA.

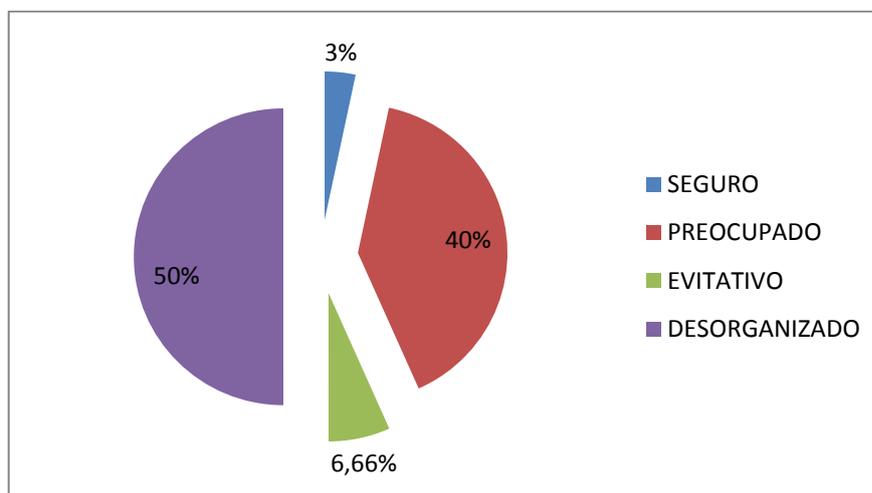
Tabla N° 1: Cuestionario CaMir para evaluación de apego adolescente.

Tipo de apego	Frecuencia absoluta (f)	Frecuencia porcentual (%)
Seguro	1	3.33%
Preocupado	12	40%
Evitativo	2	6.66%
Desorganizado	15	50%

Fuente: Cuestionario CaMir para evaluación de apego adolescente en madres de familia adolescentes que acuden al hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba.

Elaboración: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Gráfico N° 1: Cuestionario CaMir para evaluación de apego adolescente.



Elaboración: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Fuente: Cuestionario CaMir para evaluación de apego adolescente en madres de familia adolescentes que acuden al hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba.

Análisis. El 3.33% de la población presenta apego seguro caracterizado por una buena autoestima, comportamiento social adaptativo, emocionalidad positiva y calidad en las relaciones de pareja. Los estilos de apego seguros se sienten cómodos, sensibles y confiados en la intimidad, no se sienten amenazados, pueden disfrutar de sus relaciones. (Becerril & Álvarez, 2012). El 40% presenta un apego preocupado caracterizado por una relativa baja autoestima, celos, obsesión, fuerte atracción sexual. El 6.66% presenta un tipo de apego evitativo caracterizado por excesiva autoconfianza, dudas sobre sí mismos, no buscan acercarse a otros, desconfían en la pareja, y son renuentes a los afectos de los demás, finalmente el 50% de la población presenta apego desorganizado; podemos notar que el apego desorganizado prevalece en la población investigada, seguido del tipo de Apego preocupado, luego en menor porcentaje el apego evitativo y finalmente el apego seguro.

Interpretación. Según el estudio realizado prevalece el apego desorganizado, que es un tipo de apego disfuncional cuya base etiológica es haber sufrido terror a causa de los malos tratos en la infancia. La desorganización permanece en el nivel de las representaciones mentales mientras que a nivel conductual aparecen nuevas conductas, las de coerción o excesiva acomodación. El adolescente de la población estudiada es controlador, agresivo e incapaz de auto-calmarse cuando se enfrenta con tormentas emocionales o pérdidas, propenso a la disociación e incapaz de apartarse de relaciones que provocan dolor, puede estar mostrándonos la evolución de un apego desorganizado. (Galán, 2010).

4.2. ANÁLISIS DE LA ESCALA DE ROSENBERG PARA DETERMINAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA APLICADA MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE RIOBAMBA.

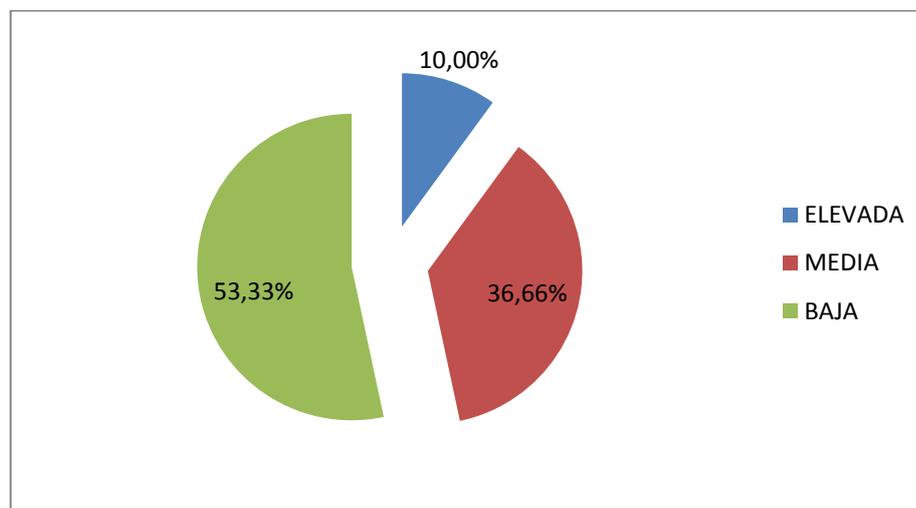
Tabla N° 2: Escala de Rosenberg para autoestima.

Nivel de autoestima	Frecuencia absoluta (f)	Frecuencia porcentual (%)
Elevada	3	10%
Media	11	36.66%
Baja	16	53.33%

Fuente: Escala de Rosenberg para autoestima aplicada en madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de Riobamba.

Elaboración: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Gráfico N° 2: Escala de autoestima de Rosenberg



Fuente: Escala de Rosenberg para autoestima aplicada en madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de Riobamba.

Elaborado por: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Análisis. El 10% de la población presenta autoestima elevada en la que se experimenta un sentido de valor e importancia justificada hacia sí mismo, el 36.66% presenta autoestima media la, el 53.33% presenta autoestima baja donde se experimenta inseguridad y falta de confianza en sí mismo; en la población investigada se presenta

con mayor frecuencia la autoestima baja, seguidamente la autoestima media y un porcentaje menor la autoestima elevada.

Interpretación. En el estudio que presento la autoestima baja es la prevalente en la investigación realizada la misma que se observa características de sentimientos de desdicha o frustración, sentirse incompetente, no creer en su potencial personal profesional o relacional, sentirse inseguro, buscar culpables a sus problemas, estas particularidades son típicas de las mayoría de adolescentes que han vivido un embarazo prematuro, debido a la frustración que sienten al tener mayor dificultad para alcanzar sus metas y debido al prejuicio que la sociedad inescrupulosa acusa sobre ellas. Se debe concientizar la importancia que la autoestima tiene en la vida, cotidiana; acerca de la importancia de la autoestima Ramírez (2015), dice: “La importancia de la autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos”. (p.60)

4.3. RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y LA AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE RIOBAMBA.

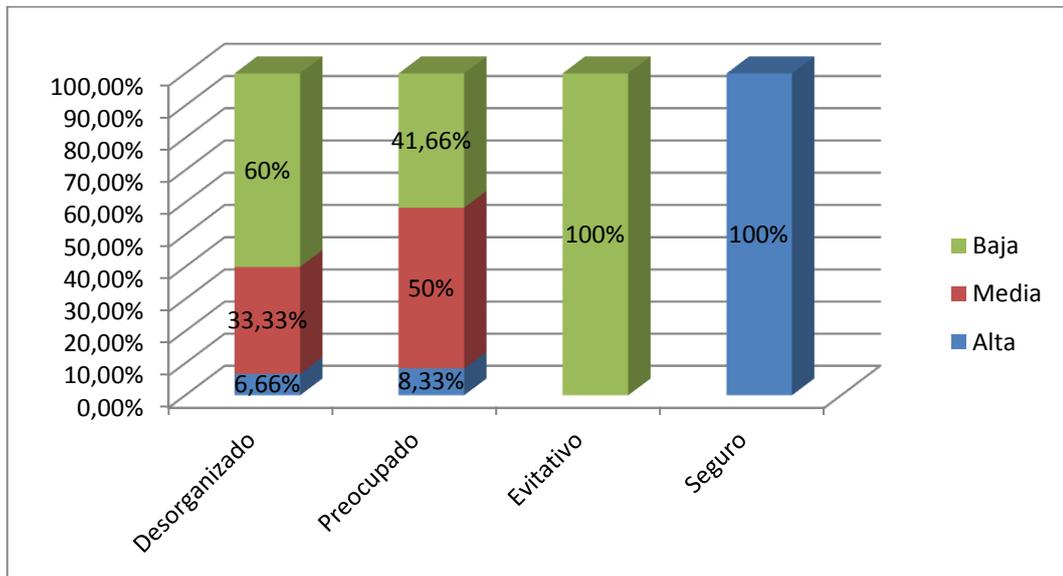
Tabla N° 3: Relación entre Tipo de apego y autoestima.

Tipo de apego	Frecuencia absoluta	Nivel autoestima de	Porcentaje
Seguro	1	Alta	100%
	0	Media	0%
	0	Baja	0%
Preocupado	1	Alta	8.33%
	6	Media	50%
	5	Baja	41.66%
Evitativo	0	Alta	0%
	0	Media	0%
	2	Baja	100%
Desorganizado	1	Alta	6.66%
	5	Media	33.33%
	9	Baja	60%
	Total: 30 personas.		

Fuente: Escala de Rosenberg para autoestima aplicada en madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de Riobamba.

Elaborado por: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Gráfico N° 3: Relación entre Tipo de apego y autoestima.



Fuente: Test de apego CaMir y Escala de Rosenberg para autoestima aplicados en madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de Riobamba.

Elaborado por: Pedro Daniel Quintanilla Pazmiño

Análisis: El 100% de las personas con apego seguro presentan autoestima elevada, las personas con apego preocupado presentan en su mayoría autoestima media con el 50% seguida de autoestima baja con el 41.66% y autoestima elevada con el 8.33%, el 100% de personas con apego evitativo presentan autoestima baja, las personas apego desorganizado presentan en su mayoría autoestima baja con el 60%, seguida de autoestima media con el 33.33% y finalmente autoestima alta con apenas el 6.66%.

Interpretación: Luego de realizada la tabulación respectiva se puede notar que el apego seguro está muy relacionado con la autoestima elevada, debido a que un buen apego en la infancia tendrá como resultado jóvenes seguros de sí mismos y que se aceptan como son y que brindan respeto a sí mismos y a los demás, el apego preocupado se relaciona más con la autoestima media y baja, que el apego evitativo se relaciona totalmente con la autoestima baja ya que a las personas evitan tener relaciones sociales y de pareja y eso crea una autoestima baja en ellos, finalmente el apego desorganizado se relaciona mayormente con la autoestima baja, ya que estas personas sienten mucha ansiedad, desconfianza, inseguridad y celos al momento de tener relaciones de pareja, la desconfianza es una muestra clara de autoestima baja. Las personas con un estilo de

apego no resuelto/desorganizado se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente. (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela & Pierrehumbert, 2011)

4.4. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Luego del estudio realizado se ha comprobado que el tipo de apego desorganizado de las adolescentes evaluadas incide en la autoestima, el mismo que al haberse implantado en la infancia tras un cuidado negligente de sus padres presenta repercusiones en la adolescencia, estas repercusiones se caracterizan por conductas agresivas, de coerción y sobre todo por la incapacidad para apartarse de relaciones que provocan dolor. Este tipo de conductas lleva a las adolescentes a mantener relaciones interpersonales y de pareja inestables, las mismas que predisponen a problemas psíquicos y sociales cuya base es la baja autoestima.

Según los resultados estadísticos el 50% de las adolescentes presentan apego desorganizado proporcional al 53.33% que tienen autoestima baja; es decir, las adolescentes que tienen inestabilidad y ansiedad en sus relaciones de pareja también presentan síntomas de baja autoestima como frustración personal, sentimientos de inferioridad o incapacidad. El 40% presenta apego preocupado proporcional al 36.66% que presenta autoestima media, finalmente el 6.66% tiene apego evitativo, el 3.33% presenta apego seguro proporcional al 10% de la población que presenta autoestima elevada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Luego de haber realizado la investigación pertinente se ha encontrado que los tipos de apego sí inciden en el nivel de autoestima en la población estudiada. El apego desorganizado es el de mayor prevalencia con el 50%, seguido del apego preocupado con el 40%, el apego evitativo y el apego seguro tienen los porcentajes más bajos con el 6.66% y el 3.33% respectivamente, con relación a la autoestima se observan valores significativos, se puede notar que existe autoestima baja en un 53.33% de la población evaluada, seguida por un 36.66% con autoestima media y un 10% presentan autoestima baja.
- Las madres adolescentes evaluadas presentan el 50% de apego desorganizado debido a que han vivido situaciones difíciles en su infancia, estas personas sienten ansiedad, se valoran negativamente a sí mismas y no creen merecer el amor de su pareja, el 40% presenta apego preocupado ya que experimentan ansiedad y sienten celos, además se obsesionan en sus relaciones de pareja, el 6,66% presentan apego evitativo caracterizado principalmente por evitar el cariño de los demás y finalmente el 3.33% de la población estudiada tiene apego seguro caracterizado por seguridad y confianza en sí mismas. Las personas que presentan apego inseguro tienden a tener más dificultades en las relaciones de pareja; las mismas que pueden mejorar la seguridad y levantar la autoestima.
- El nivel de autoestima en el 53.33 % de las población estudiada es baja ya que no se valoran a sí mismas, tienen pensamiento derrotista y se frustran fácilmente, como lo determina el test CaMIR para adolescentes, el 36.66% tiene autoestima media ya que a veces se sienten muy bien, disfrutan del diario vivir y funcionan de manera correcta, pero en otras ocasiones se dejan llevar de críticas y prejuicios sociales que les conducen a decaer en su autoestima, finalmente el 10% e madres adolescentes presenta autoestima elevada; es decir, se tienen autorrespeto, autoconfianza, tienen planes y temas a futuro, tienen mucha seguridad y fuerza para seguir luchando a pesar de las circunstancias difíciles de vida.

- En las usuarias evaluadas se puede apreciar todas las personas que presentan apego seguro tienen autoestima elevada, estas personas tienen expectativas positivas en lo referente a su vida y a los demás. Las personas que presentan apego inseguro ya sea desorganizado 50%, preocupado 40%, o evitativo 6,6% son propensos a tener inestabilidad en sus relaciones de pareja e inconvenientes en sus relaciones familiares, el 50% de personas que presentan apego preocupado tienen autoestima media y el restante 41,66% presentan autoestima. El 60% de las adolescentes que tienen apego desorganizado presentan autoestima baja, estas mujeres corren un alto riesgo de mantener relaciones de pareja muy inestables y embarazos prematuros. Finalmente todas las personas que tienen apego evitativo presentan autoestima baja, ya que tienden a desconfiar de otras personas y no llegan a tener una cercanía emocional adecuada. Podemos notar que el apego y la autoestima van de la mano en lo referente a las relaciones afectivas.
- Se debe diseñar un plan guía de intervención psicológica cognitivo a fin de modificar las ideas irracionales para las madres adolescentes que necesiten mejorar su nivel de autoestima y mantener relaciones de pareja saludables.

5.2. RECOMENDACIONES

- Toda madre adolescente conocer acerca del apego y las repercusiones que el mismo tiene en la autoestima y por lo tanto en la calidad de vida de las personas, para sensibilizar a la población acerca de la importancia que tiene el apego en el desarrollo integral de nuestras vidas. El conocer acerca de este tema ayudará a muchas personas a entender la base de sus problemas relacionales y a encaminarlas a encontrar las soluciones adecuadas.
- Las madres adolescentes que tienen inconvenientes con sus pareja y con sus familias por situaciones de apego deben practicar el diálogo reflexivo, además de reestructurar sus cogniciones para que puedan expresar sus pensamientos y emociones a la otra persona pensando detenidamente y haciendo escucha empática para comprender mejor a la pareja y hacerse comprender, de esta

manera se pueden resolver los problemas de manera pacífica. Y puedan brindar a futuras generaciones un apego adecuado.

- Si una persona tiene baja autoestima se irá convirtiendo en una persona negativa y agresiva, por lo tanto es recomendable fomentar el amor propio en las personas, realizando paulatinamente actividades con metas alcanzables, para que puedan empezar a sentir confianza, seguridad y alegría, de este modo llegarán a la autorrealización y por lo tanto a tener un mejor nivel de autoestima.
- Como se ha observado que existe una relación directa entre apego y autoestima se debe trabajar de manera igualitaria y equilibrada estas dos variables debido a la importancia equitativa que tienen dentro de la vida del ser humano, con la finalidad de que los padres de familia comprendan que si fomentan un apego saludable en sus hijos tendrán como resultado una buena autoestima y por lo tanto una mejor calidad de vida.
- Las madres adolescentes que tengan una autoestima deficiente deben asistir a psicoterapia para que cambien sus pensamientos en relación a sí mismas y mejoren su nivel de autoestima y disfruten de relaciones de pareja sean más saludables, además que los equipos multidisciplinarios de salud mental tomen en cuenta las variables del estudio para mejorar la calidad de vida de madres adolescentes y familias de la provincia de Chimborazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). *Psicothema*. Obtenido de Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación de apego: file:///C:/Users/user/Desktop/CAMIR%20PARA%20ADOLESCENTES.pdf
- Becerril, E., & Álvarez, L. (2012). *Repositorio unican*. Obtenido de La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf?sequence=1>
- Borrego, J., López, G., & Díaz, A. (2013). *Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia*. Obtenido de file:///C:/Users/user/Downloads/177771-648841-1-PB.pdf
- Cataño, D., Restrepo, S., Portilla, N., & Ramírez, H. (2015). *Revista Investigaciones Andina*. Recuperado el Marzo de 2016, de Autoestima y sexualidad en adolescentes: <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/article/view/208/224>
- Cogollo, Z., Campo, A., & Herazo, E. (2015). *Psychologia*. Obtenido de Escala de rosenberg para autoestima: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297241658005.pdf>
- de Biase, T. (16 de 07 de 2011). *Intramed*. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71838>
- Delgado, I., Oliva, A., & Sánchez, I. (Enero de 2011). *anales de psicología*. Obtenido de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/113581/107571>
- Díez, D., & Hernández, R. (2016). *uvadoc*. Obtenido de Teoría del apego y su relevancia en trastornos de la alimentación: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17690/1/TFG-H417.pdf>
- eumed.net. (2006). *eumed.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/2c.htm>
- Galán, A. (18 de Abril de 2010). *Dialnet*. Recuperado el Marzo de 2016, de http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2010/Revista-108/108.581-El_apego_mas_alla_de_un_constructo_inspirador.pdf
- González, R., Fernández, R., Souto, A., González, L., & Freire, C. (2016). *Dialnet*. Recuperado el Marzo de 2016, de La autoestima como variable protectora del burnout en estudiantes de fisioterapia: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/40343/1/5.%20A.%20Ram%C3%B3n%20Gonz%C3%A1lez%20Cabanach.pdf>
- Guzmán, M., & Contreras, P. (Mayo de 2012). *Scielo*. Obtenido de Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la satisfacción marital: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v21n1/art05.pdf>

- Hernández, F. y. (1991). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaades/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Hornstein, L. (2011). *Intramed*. Obtenido de Autoestima e identidad: <http://www.intramed.net/userfiles/2011/file/Hornstein%5B1%5D.pdf>
- Hornstein, L. (19 de 05 de 2015). *Intramed*. Obtenido de Autoestima: el sistema inmunológico del psiquismo: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=86906>
- INEC. (2010). Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (Julio de 2011). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100011&script=sci_arttext&tlng=e
- López, F. (2015). *Informació Psicológica*. Obtenido de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/382/330>
- Molina, M., & Sepúlveda, V. (Diciembre de 2013). *dspace utalca*. Obtenido de <http://dspace.otalca.cl:8888/psicologia/69128.pdf>
- Moneta, M. (2014). *Scielo*. Obtenido de Apego y pérdida: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Preidt, R. (20 de 03 de 2014). *Intramed*. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=83403>
- Preidt, R. (07 de 01 de 2016). *Intramed*. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88331>
- Psicoactiva. (2013). Obtenido de <http://www.psicoactiva.com/tests/test-rosenberg.htm>
- Santelices, M., Carvacho, C., Farkas, C., León, F., Galleguillos, F., & Himmel, É. (2012). *Scielo*. Obtenido de Terapia psicológica: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000300003&script=sci_arttext&tlng=en
- Segura, L. (2015). *Tzhoecoen*. Obtenido de <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/tzh/article/view/21/20>

- Segura, L., & Silva, M. (2015). *TZHOECOEN*. Obtenido de Estrategias afectivas para disminuir el apego seguro ambivalente: <http://www.pead.uss.edu.pe/ojs/index.php/tzh/article/view/181/180>
- UNFPA. (2016). *El Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Obtenido de <http://lac.unfpa.org/temas/embarazo-en-adolescentes>
- Valdez, V. (2016). *dspace udla*. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/4922/1/UDLA-EC-TLCP-2016-03.pdf>
- Velez, L. (17 de 03 de 2014). *Diario Femenino*. Recuperado el 04 de 2016, de Autoestima media: en el punto medio no siempre está la virtud: <http://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/autoestima/autoestima-media-en-el-punto-medio-no-siempre-esta-la-virtud/>
- Ventura, J., Pacheco, L., & De Luca, Y. (2015). *Horizonte sanitario*. Obtenido de Evaluación de la autoestima en niños con diagnóstico de diabetes: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/801>
- Verduzco, A. (2014). *Salud Pública de México*. Obtenido de <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/29/29>

ANEXOS

ANEXO 1. MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA.

Misión. Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Visión. Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del MSP y el trabajo en red, en el marco de justicia y equidad.

ANEXO 2. TEST PARA EVALUAR EL TIPO DE APEGO:

Cuestionario (CaMir-R) para la Evaluación del Apego

Instrucciones: Por favor lea cada oración y seleccione la opción de la izquierda que mejor describa el como usted caracteriza sus sentimientos, y apunte el número de la opción escogida en el recuadro a lado derecho de la oración.

1. Totalmente en desacuerdo

2. Bastante en desacuerdo

3. Algo en desacuerdo

4. Algo de acuerdo

5. Totalmente 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 insostenibles 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

ANEXO 3. TEST PARA EVALUAR AUTOESTIMA

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	A	B	C	D
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	A	B	C	D
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A	B	C	D
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	A	B	C	D
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.	A	B	C	D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	A	B	C	D
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	A	B	C	D
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	A	B	C	D
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	A	B	C	D
10. A veces creo que no soy buena persona.	A	B	C	D

ANEXO 4. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

Áreas	Objetivo terapéutico	Técnica cognitiva
Emocional	Regular las respuestas neurovegetativas.	<p>-Autoinstrucciones. Son mensajes o verbalizaciones cortas que nos podemos decir en cuanto detectemos que algo anómalo ocurre. Se trata de utilizar autoinstrucciones o automensajes racionales, positivos, lógicos y realistas. Estas verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) nos ayudarán a conseguir objetivos, dirigir, apoyar, frenar o mantener comportamientos que se estén llevando a cabo o que se deseen modificar o ejecutar.</p> <p>-Inoculación del estrés. La inoculación contra el estrés es como una especie de vacuna que nos enseña cómo afrontar y relajarnos ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación muscular diferencial y rápida, de tal forma que cada vez que se experimente ansiedad, dónde y cuando sea, uno pueda relajar la tensión. El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones estresantes para nosotros y ordenarla desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes. Una vez elaborada aprenderemos a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y a relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora. Cuantas más situaciones mejor y cuantos más pensamientos de afrontamiento de estrés podamos utilizar como alternativa para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos ansiógenos mucho mejor. Por último lo practicaremos en situaciones reales para poco a poco conseguir la total inoculación.</p> <p>-Entrenamiento autógeno de Shultz. El método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los</p>

		estados sugestivos auténticos.
Cognitiva (Ideas irracionales)	Modificar las distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia en situaciones de apego inseguro y baja autoestima.	<p>-Diálogo socrático:</p> <p>Consiste en poner a prueba los pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre lo que piensan los demás.</p> <p>-Registro de pensamientos disfuncionales. Es un formulario que ayuda al paciente a combatir más eficazmente sus pensamientos. El paciente debe demostrar capacidad para identificar sus pensamientos automáticos y emociones antes de utilizar esta técnica. Debe ser capaz de exponer la situación y describir sus emociones y sus respuestas fisiológicas sin confundirlas con pensamientos automáticos.</p> <p>-Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas. Lo primero que tienes que hacer es identificar los Pensamientos Inadecuados.</p> <p>Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es, mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente. Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.</p>
Familiar	Fortalecer estructuras familiares para que la familia de origen se	-Resolución de problemas. Es un proceso consciente, racional, que requiere esfuerzo y de naturaleza cognitivo-conductual por el que

	<p>convierta en el apoyo necesario en el desarrollo de la vida de las usuarias.</p>	<p>un individuo, pareja o grupo trata de identificar soluciones efectivas a problemas específicos que aparecen en la vida cotidiana. El proceso permite encontrar una variedad de soluciones efectivas e incrementar la probabilidad de seleccionar la más eficaz.</p> <p>-Técnica de visualización: Esta técnica la relacionan con la relajación e imaginación vívidamente ante diferentes cosas y situaciones, con aportes de imágenes positivas y agradables que permitan vivir en relajación de experiencias orgánicas, en las cuales se requieren de ejercicios de relajación para comprobar el involucramiento con aspectos de positividad, calma y alegría. esta técnica pudiera ser aplicada por los padres, toda vez que deseen mejorar el sistema de relaciones interpersonales con sus hijos a fin de potenciar los valores de convivencia familiar reconociendo los pensamientos automáticos y las conductas reflexivas reemplazándolas visualmente por alternativas más constructivas y positivas hacia el trato de los miembros familiares.</p>
<p>Pareja</p>	<p>Disminuir el apego emocional en la pareja para un óptimo desarrollo de relaciones afectivas más saludables.</p>	<p>-Juego de roles. Esta técnica es útil para manejar aspectos o temas difíciles en los que es necesario tomar diferentes posiciones para su mejor comprensión.</p> <p>-Empatía. Reunirse con empatía hacia el otro alrededor del problema, para desarrollar un entendimiento del problema comprendiendo y respetando el punto de vista del otro, aunque no justificándolo. Para ello se discuten conjuntamente los problemas con el modelado del terapeuta y se les anima a manifestar sus sentimientos de dolor y vulnerabilidad.</p> <p>-Objetividad. Emplear la objetividad para conseguir ver el problema con un tinte menos emocional. Se promueve el análisis objetivo para quitar la emoción que introduce distorsiones cognitivas.</p> <p>-Tolerancia. Construir la tolerancia con el objetivo de reducir la emoción negativa que causa la conducta o sus resultados del</p>

		<p>cónyuge. Para ello la técnica que más se utiliza es la exposición, es decir, mantener el estímulo aversivo sin dar las respuestas de evitación.</p> <p>-Auto cuidado. Se trata de cambiar la propia conducta para conseguir en otra parte lo que la pareja no da, por ejemplo, consiguiendo nuevos amigos, etc.</p>
Social	Mejorar la interacción social, la asertividad, la toma de decisiones, el autocontrol cognitivo y la adaptabilidad.	<p>Terapia de habilidades sociales: El programa de entrenamiento se centra principalmente en tres repertorios conductuales específicos que parecen ser especialmente relevantes para los individuos deprimidos: la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación.</p> <p>-La aserción negativa implica conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen según sus intereses. -La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas.</p> <p>-El entrenamiento en habilidades de conversación incluye iniciar conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los pacientes deprimidos y se les proporciona también entrenamiento en percepción social. Se anima a los pacientes a que practiquen las habilidades y las conductas a lo largo de diferentes situaciones.</p>