

UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y
HUMANAS**

ESCUELA PROFESIONAL PSICOLOGÍA



**“NIVELES DE ANSIEDAD ENTRE LOS ESTUDIANTES DE 9 Y 12
AÑOS CON APEGO SEGURO E INSEGURO DE DOS COLEGIOS
DE AREQUIPA”**

Tesis presentada por las bachilleres:

ANA LUCIA BUSTAMANTE IQUIRA

ANNA KAREN CONCHA MONJARÁS

Para optar el Título Profesional de

LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

Asesora: María Elena Ortiz Ramírez

AREQUIPA – PERÚ, 2019

Dedicatoria

Principalmente a Dios, por su guía en este arduo camino de formación personal y profesional. A nuestras familias por ser nuestro apoyo incondicional y constante motivación en este proceso; nunca será suficiente para agradecerles todo aquello que hicieron, hacen y harán por nosotras.

Ana Lucía y

Anna Karen

Agradecimientos

A Dios porque Él fue, es y será nuestro principal motor de vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia y en momentos de dificultad y debilidad.

A nuestros padres Rosa y Luis, Ada María y Edgard Armando por confiar en nosotras, ser los principales promotores de nuestros sueños y por haber hecho de nosotras personas con valores y principios para el servicio del prójimo.

De igual manera nuestro agradecimiento a la Universidad Católica San Pablo, a nuestra asesora y docentes, y a todos aquellos quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

Las autoras

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar si los estudiantes varones y mujeres de 9 a 12 años con apego seguro tienen menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que los varones y mujeres con apego inseguro. La muestra fue de 219 estudiantes de 9 a 12 años, 123 mujeres y 96 varones. El estudio es descriptivo y correlacional.

Se utilizaron los: Cuestionarios: Clasificación de Estilos de Apego de Finzi y cols., el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado /Rasgo en niños de Spielberger (adaptación española) y una Ficha Demográfica. Se encontró que efectivamente los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego seguro, presentan menos ansiedad rasgo y estado que los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego inseguro.

No se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en: tipo de apego seguro e inseguro; ansiedad estado/rasgo; apego inseguro respecto a la ansiedad estado y ansiedad rasgo y en apego inseguro ansioso y ansiedad rasgo. Pero si, tanto varones como mujeres con apego inseguro ansioso presentan mayor ansiedad estado que los varones y mujeres con apego inseguro evitativo.

Palabras clave: Estilos de Apego, Ansiedad Estado/Rasgo, niñez, adolescencia.

Abstract

The objective of the present research was to establish to determine if students' men and women from 9 to 12 years old with secure attachment will have less anxiety state and less anxiety trait than men and women from 9 to 12 years with insecure attachment. The sample consisted in 219 students 123 females and 96 males. The study was descriptive correlational.

The instruments used were the Questionnaire of Classification of Styles of Attachment (Finzi and cols, 1996), the Questionnaire of Self-Assessment of Anxiety State/Trait in Children (Spielberger, Spanish adaptation 2017), and the Demographic Card. Was verified that students' females and males with secure attachment present less state-trait and state anxiety than students' females and males with insecure attachment.

Was not found significative differences between females and males on: Attachment secure and insecure type; state/trait anxiety; insecure attachment respect to state and trait anxiety, and insecure anxious attachment and trait anxiety. But, females and males with insecure anxious attachment present more state anxiety than females and men with insecure avoidant attachment.

Keywords: Attachment Styles, Anxiety State/Trait,

Índice General

Introducción.....	8
--------------------------	----------

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Planteamiento del problema.....	12
Justificación del problema.....	12
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	13
Limitaciones del estudio.....	14
Definición de las variables.....	14
Operacionalización de variables.....	16

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes investigativos.....	17
Antecedentes Internacionales.....	17
Antecedentes Nacionales.....	17
Bases Teóricas.....	20
Etapas de la Niñez.....	21
Etapas de la Adolescencia.....	22
Apego.....	25
Apego y Salud Psicológica.....	37
Ansiedad Infantil.....	38
Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.....	46
Apego y Ansiedad.....	47

Capítulo III

Metodología

Diseño de Investigación.....	51
Población y muestra.....	51
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	52
Instrumentos para la Recolección de Datos.....	52
Procedimiento para la Obtención de datos.....	56

Capítulo IV

Resultados.....	55
------------------------	-----------

Capítulo V

Discusión.....	68
-----------------------	-----------

Capítulo VI

Conclusiones.....	75
Sugerencias.....	76

Índice de Tablas

Tabla 1: Descripción de la muestra y descripción del sexo.....	57
Tabla 2: Descripción de tipo de familia.....	58
Tabla 3: Descripción de los tipos de Apego.....	58
Tabla 4: Descripción de los Subtipos de Apego Inseguro.....	59
Tabla 5: Apego Seguro e Inseguro y Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado de la Muestra General.....	60
Tabla 6: Apego Seguro e Inseguro y Sexo de los Participantes.....	61
Tabla 7: Prueba T para Muestras Independientes, Sexo y Ansiedad Rasgo y Estado.....	62
Tabla 8: Apego Inseguro en Hombres y Mujeres y Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado.....	63
Tabla 9: Contraste Helmert para el tipo de apego y Ansiedad Rasgo.....	64
Tabla 10: Contraste Helmert para el tipo de apego y Ansiedad Estado.....	66

Introducción

Cuando una madre tiene un hijo, este nace dentro de un entorno social, generalmente constituido por su familia, los primeros contactos del recién nacido son con su madre y sus familiares con los cuales vive, con los cuales establece sus primeras experiencias; estas primeras relaciones son las llamadas de apego, las cuales sirven de base para su desarrollo futuro, sobre todo en el área socioemocional (Cassidy y Shaver, 1999). La teoría de apego con orientación evolucionista refiere que las relaciones con la madre o figura materna le brinda protección lo cual favorece su supervivencia como especie (Buss, 2009). La figura inicial más importante de esta teoría fue Bowlby (1964) ya que él afirmó que la falta de apoyo o cuidados maternos generaba efectos negativos en el desarrollo de los niños. Anteriormente se creía que la fuerte relación afectiva entre madre e hijo se debía a que la madre proporcionaba el sustento nutritivo al bebé, pero los etólogos Lorenz (1976) sustentaron que los vínculos emocionales entre madre y niño desarrollan principalmente las sensaciones de seguridad y protección, lo que favorece su supervivencia de acuerdo con la teoría darwiniana. Si bien es en la niñez donde se establece el apego con los padres buscando protección, seguridad y asistencia, este apego continúa y es complementado con otros apegos, con otras figuras importantes de su entorno vivencial, lo que es claro al finalizar la niñez e iniciar la adolescencia (Bowlby, 1988).

Posteriormente una discípula de Bowlby, Ainsworth (1989), establece los tres tipos de apego más importantes mediante la experiencia llamada situación extraña: (a) *apego seguro*

caracterizado por la exploración del ambiente de manera activa, con seguridad y confianza en los encuentros con la figura materna y más tarde con otros seres humanos; (b) *apego inseguro evitativo* caracterizada por aparente indiferencia a la madre y engañosa apertura social a los extraños y (c) *apego inseguro ansioso/ambivalente* (para el presente estudio se usa mayormente el término ansioso) caracterizado por inquietud y angustia cuando la madre se aleja y de manera semejante cuando posteriormente las personas con las cuales se vincula socialmente se distancian. Se ha encontrado que la variedad de calidad de los cuidados que recibe un ser humano en la infancia tiene gran importancia en un futuro saludable.

Cuando un niño tiene calidez continua con sus figuras parentales se desarrollan con mayor fortaleza psicológica y presenta mayor capacidad para enfrentar los problemas de la vida en edades posteriores. Se acepta que la figura más importante es la figura materna, aunque la figura significativa puede ser el padre, un familiar o también una persona que sustituya a la figura materna. La teoría de apego ha logrado proporcionar explicaciones a una serie de manifestaciones de las personas con desajustes que pueden causar dificultades emocionales, como los síntomas de *ansiedad*, depresión, aislamiento social y quejas somáticas que configuran los llamados síntomas internalizados (Lyons-Ruth, Easterbrooks y Cibelli, 1997; Marrone, 2001; Merrel y Walters, 1998).

La ansiedad es un desorden ampliamente aceptado como uno de los más comunes que afecta a los niños y adolescentes, a pesar de ello todavía no es un desorden bien

comprendido. Los temores y cierta ansiedad son considerados como parte normal del desarrollo, sin embargo para ciertos grupos de niños temerosos y ansiosos el nivel de estas manifestaciones, consideradas como normales, pueden estar enmascarando una anomalía o un trastorno de ansiedad. Cuando los niveles de ansiedad son continuos y de cierta intensidad pueden afectar el funcionamiento normal del niño y rechazar, por ejemplo, el colegio, las relaciones con pares y perturbar las diversas tareas del periodo de su desarrollo (Albano, Chorpita y Barlow, 2003).

Donnelly (1998) refiere que los temores y la ansiedad son experiencias comunes en los periodos de niñez y adolescencia y pueden ser consideradas como manifestaciones adaptativas en el desarrollo de estrategias de enfrentamiento que favorecen la autonomía y adquisición de habilidades en la maduración cognitiva. La evaluación clínica de los diversos profesionales tiene el objetivo de diferenciar la ansiedad normal como parte del desarrollo y la ansiedad patológica que afectará negativamente el desarrollo. El curso evolutivo de la ansiedad y su frecuencia en la niñez son de amplio interés en la investigación, sin embargo son escasos los datos empíricos de su presencia y manifestaciones en la niñez (Donnelly, Maletic y March, 1998).

Se acepta que los varones presentan con mayor frecuencia síntomas externalizados como problemas de conducta y desorden de la atención con o sin hiperactividad y las mujeres

síntomas internalizados como la ansiedad y depresión (Albano y cols., 2003), aunque hay investigadores que no han encontrado estas diferencias (Donnelly y cols., 1998).

Si bien se considera como grupo primario a la familia, en la actualidad tanto la familia como la escuela tienen características de grupos primarios muy importantes en el desarrollo del apego y en el desarrollo socioemocional, sobre todo en la niñez.

En el presente estudio se pretende encontrar la relación entre el apego seguro/inseguro y la ansiedad en la niñez. Con la investigación se espera profundizar en la posible relación y fomentar el desarrollo de programas a los padres o figuras parentales, sobre todo a las madres o figuras maternas, para que mejoren el desarrollo de apego seguro y así contribuir al desarrollo socioemocional de los niños, favoreciendo un desarrollo saludable psicológicamente.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Formulación del Problema

¿Tendrán los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego seguro menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego inseguro?

Justificación de Problema

Actualmente uno de los focos de la psicopatología del desarrollo es el estudio de los factores protectores y los factores asociados a los problemas de ansiedad en la niñez y desarrollo posterior. Existe consenso de que los problemas de ansiedad están relacionados con factores múltiples y uno de los potenciales factores aparte de los factores temperamentales y genéticos comprende al apego inseguro.

De acuerdo con Madigan, Atkinson, Laurin y Benoit (2013) algunos estudios han presentado asociación significativa entre apego inseguro y problemas de ansiedad, otros estudios no han podido comprobarlo. Niños con apego inseguro-ansioso adoptan dos estrategias para enfrentar el inadecuado cuidado parental, se retrae o exagera las expresiones de necesidad de apoyo. La presencia de apego inseguro decrece la habilidad para enfrentar el estrés e incrementa las posibilidades de tener conductas erradas que a su vez aumenten las experiencias adversas.

Objetivos

Principal:

Determinar si los estudiantes varones y mujeres de 9 a 12 años con apego seguro tienen menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego inseguro.

Secundarios:

- Comprobar si existirá diferencia en el tipo de apego seguro e inseguro entre los varones y las mujeres.
- Demostrar si hay diferencias en la ansiedad estado y ansiedad rasgo entre los varones y las mujeres.
- Determinar si los varones con apego seguro presentan menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que las mujeres con apego inseguro.

Hipótesis General.

Se planteó la hipótesis “Es probable que los estudiantes varones y mujeres con apego seguro tendrán menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que los estudiantes varones y mujeres con apego inseguro”

Limitaciones del Estudio

La investigación presento las siguientes limitaciones:

- Fue largo el proceso de conseguir las respectivas autorizaciones de la Instituciones Educativas.
- Dificultad para la coordinación con la dirección y personal docente en la asignación de los horarios disponibles sin interferencias para la aplicación de los instrumentos.
- Demandó mucho tiempo y esfuerzo el proceso de conseguir los instrumentos adecuados a la investigación.

Definición de Variables

Estilos de apego seguro/inseguro. Apego seguro/inseguro es una variable continua, en un extremo apego seguro y en el otro inseguro.

Apego seguro: conducta de explorar el ambiente activamente, con seguridad y confianza cuando se encuentra junto a su figura de apego, cuando la figura de apego se aleja los niños se sienten intranquilos y frecuentemente abandonan la exploración y cuando nuevamente se reúnen se acercan a la figura de apego cálidamente tratando de volver a establecer contacto físico o alguna forma de interacción con ella (Ainsworth, 1989).

Apego inseguro: conducta aparente de mostrar poco malestar o ansiedad cuando es separado de su figura materna, frecuentemente parece autosuficiente y sociable con

extraños (evitativo) o conducta caracterizada por buscar la proximidad de la madre y al mismo tiempo se resiste a ser tranquilizado por ella, mostrando angustia y enfado cuando es separado de la misma (ansioso/ambivalente) (Ainsworth, 1989; Santelices y Olhaberry, 2009).

Ansiedad

Se denomina ansiedad al estado de ánimo caracterizado por un intenso estado emocional negativo y síntomas somáticos de tensión por lo que los niños de manera aprehensiva creen que le pasará infortunios o que hay peligro (Barlow y Durand, 2001).

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Medición
Estilos de Apego	Apego Seguro	Explora el ambiente activamente, con seguridad y confianza cuando se encuentra junto a su figura de apego	Cuestionario de clasificación de Estilos de Apego	Ítems: 1, 3, 7, 10, 15
	Apego Inseguro Evitativo	Conducta aparente de mostrar poco malestar o ansiedad cuando es separado de su figura materna, parece autosuficiente y sociable con extraños		Ítems; 2, 4, 8, 12, 13
	Apego Inseguro Ansioso (Ambivalente)	Conducta de buscar la proximidad de la madre y al mismo tiempo se resiste a ser tranquilizado por ella, mostrando angustia y enfado cuando es separado de la misma		Ítems: 5, 6, 9, 11, 14
Ansiedad	Ansiedad-estado	Estado transitorio de ansiedad. Cómo se siente en periodo determinado	Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (Spielberger y cols.)	Ítems: 1-20
	Ansiedad-rasgo	Propensión estable hacia la ansiedad. Cómo se siente en general		Ítems: 21-40

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes Investigativos:

Antecedentes internacionales. Lyons-Ruth y cols., (1997) encontraron que el interés por estudiar el apego y los problemas externalizados ha sido mayor que el interés por los problemas de conducta internalizados. Las conductas agresivas que se inician a los tres años han sido relacionadas con apego inseguro temprano y que los problemas internalizados están más relacionados con apego inseguro evitativo y madres depresivas. Madigan y cols. (2013) hallaron que las mujeres reaccionan con mayor frecuencia con ansiedad que los varones cuando experimentan apego inseguro, aunque concluyeron que todavía no está claro, ya que cuando hay apego inseguro y las madres, a su vez son ansiosas, las niñas tiene mayor probabilidad de presentar ansiedad; y que niños con apego inseguro, típicamente con cuidadores inconsistentes puede desarrollar ansiedad crónica y dependencia de sus cuidadores, lo que a su vez engendra ansiedad sobre las posibilidades que pueda satisfacer sus necesidades en ambientes fuera de su entorno familiar.

Antecedentes nacionales. En Arequipa-Perú, Carrillo y Gonzáles (2008) realizaron la investigación de Apego en Infantes con Madres que No Trabajan y con Madres que Trabajan, encontraron que los infantes con madres que no trabajan presentan con mayor frecuencia un estilo de apego seguro que los infantes con madres que trabajan. La muestra

estuvo conformada por 50 infantes entre los 12 a 37 meses, 26 infantes con madres que no trabajan y 24 infantes con madres que trabajan, de las salas de estimulación temprana de los distritos de Paucarpata y José Luis Bustamante y Rivero. La técnica utilizada fue registro de la “Situación Extraña de Ainsworth.” Los resultados más significativos indican que los infantes con madres que no trabajan presentan un apego seguro con mayor frecuencia (61.5%) que los infantes con madres que trabajan, en quienes predomina el apego inseguro evitativo – indiferente (50%); existiendo diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos, por lo tanto, la hipótesis planteada se comprueba. Además se informó a las madres y a las futuras madres acerca de la gran importancia de tener la presencia emocional de la misma para el adecuado desarrollo de apego.

Salinas y Bueno (2005) estudiaron el apego infantil entre la figura materna y el infante no-institucionalizado e institucionalizado; los participantes no-institucionalizados asistían a Wawa Wasis y los institucionalizados pertenecían al Puericultorio Chávez de la Rosa y las Aldeas Infantiles Sor Ana de los Ángeles y Sagrada Familia. Participaron 42 infantes de 06 a 24 meses de edad, 16 no-institucionalizados (Wawa Wasis) y 26 institucionalizados (16 del Chávez de la Rosa y 10 de las aldeas infantiles). Las autoras usaron la Situación Extraña diseñada por Ainsworth para observar el apego de los infantes. Los resultados confirmaron las investigaciones previas en otras culturas; 75% de los

infantes no-institucionalizados presentaron apego seguro versus sólo 25% de los infantes institucionalizados. El apego inseguro más común fue el evitativo. Fue recomendado, empoderamiento y apoyo a los Wawa Wasis y Aldeas infantiles y se sugirieron cambios en el Puericultorio Chávez de la Rosa.

Yaya (2008) estudió el estilo de apego de adolescentes con sus padres, pares nivel socioeconómico y género, dentro de sus hallazgos se señala que los adolescentes de nivel socioeconómico alto presentaban con mayor frecuencia apego seguro hacia los padres y pares que los adolescentes de bajo nivel socioeconómico. Además, los adolescentes varones presentaban con mayor frecuencia apego seguro hacia padres y pares que adolescentes de género femenino. A su vez, Santillana y Zeballos (2000) encontraron que los adolescentes universitarios con apego seguro con padres y pares tienen mejor autocontrol positivo que los adolescentes universitarios con apego inseguro. No se han encontrado estudios similares al que se propone en la presente investigación.

En Lima-Perú, Céspedes (2015) investigó las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAIC) de Spielberger entre 2600 niños y adolescentes de 8 y 15 años que asisten a instituciones educativas públicas y privadas correspondientes de la UGEL 1 y UGEL 7. En la prueba de validez por análisis de ítems para las dos escalas se encontró altos índices de discriminación a nivel de $p < .01$; en la

validez externa se obtuvieron correlaciones significativas con la Escala de ansiedad de Ida Alarcón, tanto para ansiedad estado ($r=0.708$) como para ansiedad rasgo ($r=0.746$) y, con el componente de neuroticismo de la escala de Eysenck para niños se obtuvo resultados positivos tanto con la escala de ansiedad rasgo ($r=0.685$) como con la escala de ansiedad estado ($r=0.497$), para una $p<.01$ en la validez de constructo por el método de análisis factorial se obtuvo 3 factores correspondientes a cada escala; en la prueba de confiabilidad test-retest se obtuvo una “r” de 0.703 para Ansiedad Estado y 0.794 para Ansiedad rasgo; así mismo, los valores de Alfa de Cronbach son significativos 0.855 y 0.816 respectivamente y por método de mitades de Gutman se halló una confiabilidad de 0.855 y 0.839 con ambos con una $p<.01$ Se elaboraron normas percentilares para la muestra total y, según género y edad para ambas escala de ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Bases Teóricas

El desarrollo de la infancia y adolescencia es un periodo continuo y las divisiones en diversas etapas es sólo un intento que presenta la información de manera más didáctica. A continuación se presentan las etapas del desarrollo vital señaladas por Papalia, Olds y Feldman (2001) quienes presentan el desarrollo dividido en ocho períodos: Periodo prenatal-concepción al nacimiento; infancia y etapa de los primeros pasos: del nacimiento a los 3 años; niñez temprana de los 3 a los 6 años; niñez intermedia de los 6 a los 11 años;

adolescencia, de los 11 a los 18 (20) años; adultez temprana de 20 a 40 años; adultez intermedia de 40 a 65 años y; adultez tardía de 65 años o más. Seguidamente se ahonda en las etapas de niñez y adolescencia periodos en los cuales se hace la investigación.

Etapas de la Niñez

Los estudios sobre el desarrollo del ser humano se extienden ahora desde antes del nacimiento hasta la muerte, por lo que se le denomina el desarrollo del ciclo vital. Es de nuestro interés el periodo de la niñez que suele subdividirse para estudiarlo mejor en la infancia, los 3 primeros años donde ya se han establecido o están en proceso de establecer las formas de apego hacia las figuras que los cuidan; luego está la niñez temprana y niñez intermedia a la que le sigue la llamada adolescencia iniciada con la adolescencia inicial o temprana que es mayormente caracterizada por la pubertad (Papalia y cols., 2001).

En la niñez temprana, de 3 a 6 años, los niños aumentan estatura, ya hablan casi todo y con adecuada articulación, que les permite ser entendidos por las personas de su entorno; mejoran en sus habilidades para correr, saltar y lanzar objetos, la mayoría se viste y comen solos, así como van al baño por su propia iniciativa. Están atendiendo a educación inicial y reciben fundamentalmente aprestamiento para lectura, escritura y matemáticas.

En la niñez intermedia, de los 6 a los 11 años, en esta etapa el aumento de estatura y peso disminuye, han ampliado su mundo familiar y establecen y participan en relaciones sociales

sobre todo por medio de actividades físicas, inician de manera más clara sus procesos de identificación de género, en las edades finales se separan en grupos, algunos estarán más dedicados al juego e interacción social y otros a los deberes escolares, es claro su desarrollo cognitivo que les permite comprenderse cada vez más y comprender a los demás para ajustar su conducta. El desarrollo de su autoconcepto, su interacción social y desarrollo emocional estará relacionado con el tipo de apego establecido con las figuras parentales o quienes los cuidan.

Etapas de la Adolescencia

La adolescencia, de los 12 a los 19 o 20 años, es periodo que en el pasado no era reconocido, en la actualidad es de particular importancia. Inicialmente se presentan los cambios biológicos de la pubertad que impactan en todas las áreas del desarrollo, desde el cognitivo hasta el socioemocional. En esta etapa son claros los efectos del tipo de apego establecido en la niñez. En las diversas culturas, el paso de la niñez al futuro periodo de la adultez joven, era precedido de diversos rituales, uno de esos rituales en nuestra sociedad actual está representado por la fiesta de los 15 años en las adolescentes mujeres (Shaffer, 2000).

Los cambios biológicos y físicos de la pubertad, el inicio de la adolescencia, transforman a un niño en un joven adulto física y sexualmente. Los cambios puberales de la adolescencia se presentan entre todos los adolescentes, estos cambios tardan algunos en ser

completados.

Todos los adolescentes enfrentan el paso de una identidad estable y alcanzar una sensación de sí mismos que supere los numerosos cambios en sus experiencias y roles. Sólo de esa manera será capaz de cruzar el puente de la niñez a la adultez.

La tarea surge naturalmente de tres fuerzas: (a) *biológica*, que imprime una serie de cambios corporales acompañados por el (b) *desarrollo cognitivo* que permite un nuevo conocimiento de sí mismo y; (c) *el desarrollo social* que tiene relación con las reacciones de los demás hacia ellos. La convergencia de la maduración física, los cambios personales y las expectativas sociales confrontan a los adolescentes con nuevas tareas del desarrollo.

Havighurst (1972, citado por Papalia y cols., 2001) presenta ocho tareas del desarrollo que deben emprender los adolescentes:

- *Nuevas y más maduras relaciones con compañeros de su edad y de ambos sexos*, la aprobación de los miembros del grupo es muy importante para el adolescente.
- *Alcanzar un rol social de acuerdo con el género que desarrolle*, la definición de los roles de acuerdo con sus propias inclinaciones y las expectativas sociales son importantes. Nuestra cultura tiene diferentes expectativas que en la actualidad están cambiando profunda y rápidamente.
- *Aceptación de la propia estructura física y usar el cuerpo efectivamente*.

Nuevamente

la pubertad sienta las bases biológicas para pasar a un cuerpo adulto. En que el adolescente logre una estructura física de acuerdo con sus deseos o estereotipos influenciará en su desarrollo.

- *Independencia emocional de padres y otros adultos.* Se suele lograr internalizando algunos de los valores y actitudes de sus padres y entorno social, pero a su vez desarrollando nuevas formas de pensar de acuerdo con su generación que enfrenta diferentes experiencias.
- *Preparación para la vida familiar.* A pesar de que la mayoría de adolescente en el futuro se casarán y tendrán hijos, los adolescentes lo perciben como una lejana opción futura. La preparación se da principalmente en el hogar y generalmente las mujeres son mejor preparadas para ello.
- *Elección de una ocupación y entrenarse para desempeñarla.* La adultez generalmente se logra cuando la persona es capaz de sostenerse a sí mismo. Esta tarea cada vez es más difícil para los adolescentes porque en el presente se requiere cada vez más años de educación para desempeñar un trabajo.
- *Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.* El desarrollo del pensamiento abstracto permite el desarrollo de principios de creencias y valores como parte de una visión del mundo que ellos puedan considerar en términos de nuevos principios.

- *Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.* Los adolescentes dejan de ver el mundo a través de su familia y con sus nuevos roles sociales definen el lugar que ocupen en el mundo social y laboral.

Apego

Uno de los focos centrales de la psicopatología del desarrollo son los factores de riesgo de presentar anormalidades pero también los factores protectores. Hay consenso de que los factores que se relacionan con anormalidades en la niñez son múltiples. Uno de los potenciales factores que contribuyen a las anormalidades del desarrollo son los factores biológicos y los ambientales negativos pero también en los últimos años se están considerados factores mixtos como el apego, el apego inseguro como factor relacionado con anormalidades y el apego seguro como factor protector (Madigan y cols., 2013).

La formulación original de la teoría del apego fue por Bowlby (1964, 1976) quien presentó una teoría muy importante en la psicopatología del desarrollo, basado en las ideas evolucionistas de Lorenz (1976) y Harlow y Zimmermann (1959) y el gran aporte de una de sus discípulas quien diferenció los tipos de apego seguro e inseguro.

Bowlby (1983) caracterizó la conducta del apego como cualquier forma de conducta tendiente a buscar la proximidad con relación con otra persona preferida, mientras haya la relación con figura de apego el niño se siente seguro y explora su ambiente, sabe que cuando necesite a la persona de apego ella estará a su disposición. Al inicio esta conducta

de apego esta principalmente relacionado con la madre o figura materna pero con el devenir del tiempo con otros compañeros y posteriormente con adultos. Las formas de conducta iniciales se mantienen activas durante toda la vida; las relaciones intensamente emocionales hacia otra persona son parte básica de la naturaleza humana, que está presente de manera general en el recién nacido y continúa a través de toda la vida del ser humano (Bowlby 1988).

Las relaciones de apego como toda otra conducta pueden ser modificadas por las circunstancias de la vida pero de acuerdo a Bowlby (1988) siempre estarán influenciadas por el esquema mental desarrollado inicialmente en sus relaciones con la madre o figura materna, también afirma que muchas de las emociones o sentimientos más intensos se desarrollan mientras las relaciones de apego están en un proceso de formación, por ejemplo el estar ligado a una persona y después perderla, inclusive solo la amenaza de perderla genera ansiedad y aflicción, por lo tanto el mantenimiento de un vínculo relacional produce seguridad y satisfacción, caso contrario el mantenimiento alterado de las relaciones afectivas genera inseguridad y desdicha (Bowlby, 1983).

Para Bowlby (1982) la conducta del apego se presenta en las diferentes especies porque para su supervivencia fue necesario estar cerca de quienes le brindan protección, reduciendo el riesgo de que sufran algún daño. Comúnmente la figura que da apego, en la

niñez es un progenitor u otra figura adulta y posteriormente serán otras figuras como pares, amigos o pareja.

Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para la adquisición de las capacidades de regulación afectiva, de control atencional, mentalización, y del sentido de autonomía del infante (Fonagy, y cols., 2010).

Desarrollo del apego. Las conductas emitidas por la madre y el infante contribuyen a la formación del apego, cuando un bebé succiona, sonríe o llora y la madre o figura materna lo atiende, responde manera cálida, expresa satisfacción y brinda contacto físico, el bebé explora su alrededor teniendo como base a su madre con la cual se está formando dicho apego. La interacción entre el bebé y su madre permite que el infante construya un modelo de relación en la que el infante sabe que esperar de ella y los diversos patrones de conducta emocional representan distintas percepciones cognitivas que resultan en expectativas diferentes y el modelo se va estableciendo en la medida que la madre continúa respondiendo de la misma forma (Bowlby 1988). Las relaciones de apego se desarrollan paulatinamente en los primeros meses de vida, a medida que se desarrolla la habilidad cognoscitiva. Inicialmente el infante distingue a las personas de los objetos reaccionando de diferente manera, a veces alerta a veces desatento y los cuidadores aprenden a responder a los diversos estados y ajustan su manera de responder, si el bebé está despierto es probable que la madre le hable y le sonría (Kail y Cavanaugh, 2004).

Alrededor de los 6 a los 7 meses los niños ya han identificado a la figura de apego, normalmente la madre, quien le sonríe y abraza con más frecuencia que las demás personas de su entorno. Esta figura de apego se va constituyendo en la base socioemocional del infante, el bebé de 8 meses explorará un ambiente novedoso pero siempre dirigiendo la mirada a la madre quien le corresponde, ello lo tranquiliza, le transmite seguridad y lo alienta a seguir explorando, la relación de apego ha sido establecida. Después de establecer el apego con la figura materna el infante muestra una relación semejante con otros miembros de la familia.

Por ello cuando no están presentes las figuras con las cuales ha establecido la relación siente zozobra, alarma ante las situaciones imprevistas y dirige su conducta a buscar con ansiedad a la figura de apego (Bowlby, 1982).

A partir de la relación con la madre o figura materna, su proximidad física, su disponibilidad y sensibilidad, los modos particulares en que ella se comunica y se comporta con su hijo y un modelo comparable de la figura de su padre, junto con los modelos complementarios de sí mismo en interacción con cada uno, el niño se construye modelos operativos de estas relaciones durante sus primeros años de vida. Pronto se establecen como estructuras cognitivas influyentes, que permiten la generalización de las experiencias pasadas al presente.

Estos esquemas cognitivos están asociados al afecto que los acompaña y se convierten en los llamados *internal working models* de las relaciones de apego. También conocidos como *modelos operativos internos* o *modelos internos de trabajo*; se trata de mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones interiores que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Constituyen una abstracción organizada mediante la cual se transmite la información más importante del apego. Pueden presentar distintos grados de complejidad (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Marrone, 2001).

El infante al año trata de buscar la cercanía o contacto físico con la madre para sentirse bien, pero a los dos años se quejan menos que los de un año cuando durante periodos breves las madres los dejan solos; es que a los dos años los niños ya poseen estrategias cognitivas más perfeccionadas para mantener el contacto con la madre como el lenguaje y la elaboración de imágenes mentales de ella (Bowlby, 1976).

Cuando se compara la reacción de los niños de tres años ante la breve ausencia de la madre con los niños de dos años, se advierte que disminuyen notoriamente conductas tales como el llanto y los movimientos en dirección a la puerta cerrada. Los pequeños de tres años que han sido dejados solos son capaces de recuperar la tranquilidad e incluso cuando se encuentran ante la presencia de una persona desconocida (Maccoby y Feldman, 1972).

Se pueden presentar diferentes patrones en las relaciones, una de ellas el aburrimiento en la cual no se presenta la comunicación (figura de apego no responsiva), un segundo patrón

caracterizado por las respuestas de enojo de la figura materna (la figura materna responde mal ante los requerimientos del niño) y un tercer patrón mixto negativo en la que no hay sincronía entre el niño y la figura materna (Osofsky y Eberhart-Wright, 1988).

Esta relación que existe entre padres e hijos puede ser asumida como predictiva de las relaciones cercanas, las cuales pueden ser evaluadas en términos de amistad y de pares en grupos grandes, observándose así una competencia social en términos de constructos que pertenecen más a grupos grandes de interacción tales como popularidad o rechazo. Estas interacciones con amigos cercanos durante la infancia y la adolescencia ofrecen la mejor forma de satisfacción en las relaciones que se tengan durante la adultez (Schneider, Atkinson y Tardif, 2001).

Fonagy y cols. (2010) explican la asociación entre historia de apego de los padres y el tipo de relación de apego con sus hijos, a través de una capacidad llamada *función reflexiva*, que da cuenta de la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros, en términos de estados mentales. La función reflexiva o mentalización es definida por Fonagy como una capacidad cognitiva que permite leer o inferir estados mentales en sí mismo y en los otros, contando con un componente autorreflexivo y otro interpersonal. Los padres con mayor capacidad de mentalización o función reflexiva brindarán a sus hijos probablemente apegos seguros, ya que logran comprender sus propios estados emocionales y regularlos adecuadamente, así como los de sus hijos. Además, promueven un diálogo reflexivo al

interior de su grupo familiar y no presentan distorsiones significativas en sus comunicaciones.

Tipos de apego. La investigación realizada por Ainsworth (1989) con la experiencia de laboratorio llamada Situación Extraña, permitió la identificación de tres diferentes tipos de apego: el apego seguro y el apego inseguro constituido por el inseguro evitativo-indiferente e inseguro ansioso/ambivalente.

Apego seguro. Las personas con apego seguro pueden confiadamente alejarse de la persona o personas con las cuales se siente segura, usando a las personas de apego como base segura para explorar su ambiente, manifiestan abiertamente sus emociones y sentimientos hacia otros y buscan ayuda si perciben que es necesario. Su apertura hacia sus emociones internas y respuestas hacia las expresiones o conductas que brindan los demás y le permiten responder bien adaptándose de manera positiva a las circunstancias ambientales (Carlson y Sroufe, 1995).

Laible y Thompson (1998) afirman que los niños en etapa preescolar que tienen apego seguro les permiten desarrollar mejor la comprensión de sus emociones negativas y positivas, y facilitan la expresión de sus emociones y resisten mejor las situaciones adversas. La experiencia de nacimiento, el temperamento del niño y los estilos de crianza ayudan a desarrollar vínculos o uniones perdurables entre la figura de apego y el niño.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) refieren que los niños con apego seguro, exploran su entorno de manera activa cuando están al lado o cerca de su figura de apego, la madre sabe descifrar sus señales, la responsividad permanente y atenta les da confianza y reaccionan mejor ante los requerimientos del ambiente. Relaciones de apego de buena calidad son el elemento crítico en el desarrollo del apego seguro. A su vez, el apego seguro emocional más que la estimulación intelectual, es crucial para el desarrollo de una personalidad saludable (Braun y Bock, 2011). No es sorprendente entonces, que exista una alta prevalencia de trauma infantil tanto en individuos con apego inseguro como en pacientes con trastornos de la personalidad. Traumas durante la infancia se correlacionan especialmente con el estilo adulto de apego desorganizado (Barone, 2003; Drew, Ora, Cannon y Rebekah, 2006).

Apego inseguro. Se ha denominado genéricamente apego inseguro cuando las personas no tienen una representación mental de una figura de apego accesible cuando se le necesita, no cuentan con una base segura para explorar su entorno. El tipo de apego inseguro se asocia a dificultades para identificar las emociones de los demás y aún poder describirlas verbalmente. En el apego inseguro las personas muestran deficiencias para identificar y describir las propias emociones, desarrollando una baja inteligencia emocional, también presentan dificultades para desarrollar intimidad con los demás tanto por la desconfianza en su propia valía como la valía de los demás, se sienten incómodos en

la posible intimidad con otras personas. Presentan una regulación afectiva negativa, temen enfrentar las relaciones con los demás y frente a situaciones estresantes no usan afrontamiento adaptativo.

El apego inseguro está subdividido en apego ansioso/ambivalente y al apego evitativo.

- *Apego inseguro evitativo.* Las personas con apego evitativo frecuentemente presentan conductas o respuestas confusas, ya que expresan conductas contradictorias, quieren estar al lado de la madre y por otro, estar alejados de ella. Suelen mostrar enojo o poca expresión de la atención y emociones. Si tiene problemas no busca alejarse de las personas que lo cuidan pero tampoco aceptan que los atiendan y fácilmente reaccionan con patrones de conductas disruptivas: irritabilidad, impulsividad y conductas explosivas (Waters, Posada, Crowell y Lay, 1993). Con el tiempo las emociones de estrés y enojo tienen la posibilidad de expresarse de manera negativa. En la etapa que van a la escuela es posible que tengan dificultad para expresarse adaptativamente en especial frente a sus compañeros de clase e incrementan los riesgos de tener sobre todo problemas externalizados pero también problemas internalizados, que se manifiestan en las situaciones sociales con sus compañeros (Carlson y Sroufe, 1995).

Con frecuencia estos niños parecen autosuficientes emocionalmente, muestran habilidad social, inclusive con extraños, pero en ocasiones pueden no parecer sociables, porque se alejan de sus compañeros y evitan su contacto sin razón aparente, parece ser que estos niños fueron maltratados física o verbalmente, o recibieron indiferencia de las madres o ellas no mostraron habilidad psicológica para criar a sus hijos (Papalia y cols., 2001).

- *Apego inseguro ansioso (también llamado ambivalente)*. Las personas con apego inseguro ansioso muestran ansiedad cuando se alejan de las personas con las que tiene apego y no manifiestan consuelo cuando se acercan, tiene una mezcla de reacciones, se muestran enojados, pero a la vez adhesivos con sus figuras de apego, aceptan un contacto físico, pero reaccionan con resistencia pasiva al acercamiento, en edades posterior pueden mostrar angustia de separación (Bowlby, 1982). Como hay inconsistencia en las relaciones, en las edades iniciales tendrán temores de explorar su ambiente, pero si no son diferentes de su ambiente familiar, muestran desconfianza al buscar la atención de su cuidadora o de los demás compañeros en el futuro y tendrán más riesgo de presentar quejas psicósomáticas (Carlson y Sroufe, 1995). Las personas con apego ansioso han tenido padres quienes consideraban una carga pesada el tener y criar hijos, actuando frecuentemente con irritación o indiferencia, como

consecuencia los niños o personas que desean ser amados y atendidos reaccionan con ansiedad y temor a no ser queridos, atendidos o ser abandonados, aumentando su exigencia de manifestaciones de afecto y cuidado (Bowlby, 1976). Posteriormente Main y Solomon en 1990 (citados por George y Solomon 1999) desarrollaron el tipo *inseguro desorganizado*, considerado uno de los de mayor riesgo ya que muestran con frecuencia estrés y cierta forma de combinación de apego ambivalente y evitativo. Muestran alegría de que la persona de apego se acerque pero a su vez se alejan de ella o si se aproximan casi ni la miran. Es posible que el niño o persona haya tenido frecuentes experiencias de separación (George y Solomon 1999). Infantes, inclusive con bajo riesgo, los niños y personas con apego desorganizado presentan una variedad de conductas contradictorias, movimientos extraños y desorientación (Schuengel, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn y Blom, 1999); los niños y personas con este apego según Grennberg (1999) pueden estar en gran riesgo de presentar anormalidades psicológicas. Después de nacido en un ser humano pueden ocurrir muchas cosas que pueden generar rupturas o cambios con las figuras de apego, como por ejemplo fallecimiento, adopciones, maltrato, negligencia, enfermedades y otros, que se relacionen con cambios o distorsiones en los tipos de apego.

Apego y continuidad. Existe bastante discusión sobre el tipo de apego desarrollado (Main y cols., 1985; Marrone, 2001) inicialmente y la posibilidad de que se presenten cambios. Hay posturas de que el apego inicial predice las características del desarrollo, sin gran influencia de las experiencias que experimente la persona. Shaw y Bell (1993) y Shaw y Vondra (1995) refieren que los problemas externalizados son consecuencia de algún tipo de apego inseguro desarrollado inicialmente. Las personas con apego inseguro incrementan la probabilidad de menor participación en sus relaciones con los demás, ya que según Schneider y cols. (2001) el tipo de apego crea un modelo mental interno que sirve de guía para la conducta futura, y a pesar de que las experiencias de vida pueden cambiar este modelo mental es difícil de ser modificado. Estos investigadores estuvieron interesados entre el apego seguro y las relaciones con los amigos de colegio, según ellos parece ser que el apego seguro temprano tiene una relación fuerte con la interacción positiva con pares amigos.

Apego y discontinuidad. Se ha puesto en duda la continuidad del apego y su influencia en el desarrollo posterior de las personas. Lamb (1987) encontró que el apoyo empírico para la continuidad del apego era inconsistente y que la asociación de apego infantil inicial y su desarrollo futuro es posible hallarlo solo en los casos en los que el apego temprano fue estable a través del tiempo. Lewis, Feiring y Rosenthal (2000) afirman que no hay continuidad en el tipo de apego clasificado al año y el seguimiento hasta los 18

años, la representación mental del apego depende mucho de las experiencias de vida posteriores, por ejemplo divorcio de los padres. Por tanto se puede afirmar que si bien el apego temprano puede influenciar la percepción e interpretación de los eventos o cambios en el ambiente, no necesariamente inmuniza a los infantes de todas las diversas condiciones que se presenten en su ambiente en el futuro (NICHD, 2006).

Apego y salud psicológica. La teoría del apego sostiene que la especie humana, por supervivencia, tiende a establecer vínculos selectivos, fuertes y duraderos desde el nacimiento y la pérdida o posible alteración de estos vínculos puede influenciar en el surgimiento de emociones negativas y quizá la presencia de anomalías psicológicas (Marrone, 2001). En la actualidad las anomalías de las emociones parecen estar relacionadas con el desarrollo de un apego seguro o inseguro. La calidad de atenciones de los padres en la infancia es muy importante para el desarrollo de los niños, adolescentes y adultos sobre todo en sus relaciones emocionales con los pares de su entorno. Los infantes que tuvieron relaciones cálidas y permanentes con sus figuras parentales a lo largo del tiempo influenciarán en las relaciones de apego en la vida escolar con los compañeros de su entorno y tendrán menos posibilidades de presentar desórdenes internalizados como la ansiedad (Marrone, 2001). Las personas con estilos de apego ansioso tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros, y de los otros como poco confiables y resistentes a

comprometerse, lo que se refleja en una preocupación frecuente por el abandono y los que poseen un estilo de apego inseguro evitativo desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como poco confiables o demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita a confiar y depender de otros (Simpson, 1999). El apego seguro entre madre e hijo parece ser una importante fuente de resiliencia para los niños que viven en familias donde la madre experimenta síntomas depresivos (Heibron, 2003). Las experiencias tempranas de apego tienen un rol importante en el desarrollo de problemas psicopatológicos porque son capaces de internalizar las formas de expresiones emocionales y conductuales que se desarrollan dentro de las relaciones padres hijos, sobre todo en cómo interpretan las conductas emocionales cuando están bajo presión o estrés (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Paso, 2012).

Ansiedad Infantil

Se denomina ansiedad al estado de ánimo caracterizado por un intenso estado emocional negativo y síntomas somáticos de tensión por lo que los niños, de manera aprehensiva, creen que les pasarán infortunios o que hay peligro (Barlow y Durand, 2001). Los desórdenes de la ansiedad son ampliamente reconocidos como uno de los problemas más

frecuentes en la niñez y adolescencia, así como los que más cambios han presentado en cuanto a criterios diagnósticos. Durante los últimos 20 años las investigaciones sobre los factores biológicos, conductuales y cognoscitivos han alterado la concepción de estos desórdenes dejando un poco de lado la concepción dinámica. La ansiedad o temor y aprehensión son emociones que experimentan los seres humanos, posiblemente tengan función de supervivencia adaptativa, ya que puede actuar como salvavidas al servir de aviso ante el peligro. Se considera como trastorno cuando la ansiedad impide o dificulta seriamente la habilidad para funcionar en su entorno y causa una angustia significativa. En general se cree que los trastornos internalizados y sobre todo la ansiedad es más frecuente en mujeres (Sue, Sue y Sue, 2010).

En la ansiedad se suelen tener ideas pesimistas, preocupaciones leves o con gran angustia con temores relacionados con la pérdida de un ser querido, por ello las personas de cualquier edad pueden tener manifestaciones conductuales, como por ejemplo, cuando un niño no quiere ir a colegio porque le harán preguntas delante de toda la clase. También puede presentar palpitaciones, sequedad de la boca, diarrea, mareos y otros. El niño o adolescente que presenta ansiedad no pierde el contacto real con sus familiares o compañeros por lo que pueden realizar de alguna manera sus actividades cotidianas.

Cuando la ansiedad es intensa se vivencia como *miedo*, que es considerado como una reacción de alarma frente al peligro o supuesto peligro actual por lo que el niño o

adolescente trata de huir o escapar. Cuando no hay algo concreto como causa del miedo se le denomina *ataque de pánico*. Cuando la extrema ansiedad está limitada a ciertos temas se les llama *fobias específicas* y cuando la ansiedad está determinada a ciertos contextos sociales se les llama *fobias sociales* (Davison y Neale, 2000).

Las principales clasificaciones del mundo son la DSM-5 (2014) y la CIE 10 (1992) usan sistemas categóricos para clasificar a los desórdenes mentales. Las categorías dentro de estas clasificaciones se caracterizan porque los elementos asignados a cada desorden no se repiten en otro desorden, pero en la práctica se observa una fusión entre uno y otro diagnóstico, para solucionar ello se ha creado el constructo comorbilidad, que consiste en la coexistencia de dos o más desórdenes al mismo tiempo, pero en los últimos años se ha desarrollado el concepto de dimensiones que plantea que el funcionamiento psicológico y en algunos desordenes se dan a lo largo de una dimensión, por ejemplo extroversión-introversión, no son dos categorías distintas de la personalidad sino son una dimensión que en un extremo está la extroversión y en el otro la introversión, ésta aproximación está siendo más usada en la psicología (Hernandez-Guzmán, del Palacio, y Freyre, 2011). A pesar de que existen diversas dimensiones, es claro que desde el punto de vista estadístico los problemas emocionales de los niños pueden ser divididos en dos grandes dimensiones, el dominio externalizado y el dominio internalizado, la clasificación de síntomas

externalizados e internalizados sigue esta aproximación dimensional (Merrel y Walters, 1988).

Desde el punto de vista clínico, se ve elevada la presencia de manifestaciones internalizadas (ansiedad, aislamiento y *depresión*) y elevada la cantidad de conductas externalizadas (agresión, hostilidad) en la niñez y pubertad frecuentemente se relacionan con pobre rendimiento escolar, *bullying*, sentimientos de victimización y aumento en el uso de alcohol y otras sustancias. Se ha logrado identificar el significativo rol que ejercen el grupo de pares escolares tanto en las conductas internalizadas como las externalizadas por lo que es necesario que los profesionales de la salud analicen y tomen en cuenta estas variables, falta conocer más sobre cómo opera el *nivel de adversidad en la clase* en el ajuste de los niños, sobre todo en la depresión infantil (Abry y cols. 2017).

Dentro de los síntomas internalizados la ansiedad es la manifestación de mayor importancia en la niñez. Evidencias de investigaciones recientes realizadas en Latinoamérica y el Caribe por Maddaleno, Morello e Infante (2003) permiten subrayar la importancia de realizar programas de intervención en niños y adolescentes, reportando que entre 11 y 33% de los adolescentes tienen problemas de ansiedad, depresión e intento de suicidio. Caraveo, Colmenares y Martínez (2002) detectaron que el 16% de niños y adolescentes cuyas edades oscilan entre 4 y 16 años presentaron algún tipo de trastornos, entre los cuales destaca la ansiedad.

Para Molina, Tomas, Sabaté y Baeza (2001) existen bases para establecer dos amplias categorías de caracterización en niños y adolescentes: (a) trastornos o desórdenes de interiorización que se describen como ansiedad, timidez, retraimiento y depresión, y (b) trastornos o desórdenes exteriorizados, que se denominan desobediencia y destructividad.

Después de haber realizado diferentes investigaciones relacionadas con problemas internalizados y externalizados en niños mexicanos, Betancourt (2007) señaló que los problemas internalizados son más difíciles de detectar, ya que, el comportamiento de los sujetos no afecta de manera directa a los padres y maestros, y por lo tanto éstos subestiman la gravedad de dichos problemas.

Los desórdenes de ansiedad tienden a ser poco valorados, como menos problemáticos por padres, profesores y otros profesionales, quizá porque este desorden está frecuentemente caracterizado por quietud y tristeza no manifiesta a diferencia de la conducta disruptiva de los desórdenes externalizados, por lo que son más difíciles de ser identificados (Tandon, Cardeli y Luby, 2009).

Dimensión Externalizada

En la psicopatología infantil la dimensión externalizada son aquellas que incluye las conductas no controladas y dirigidas hacia afuera. Los mayores síndromes o problemas externalizados son los desórdenes de conducta: la conducta antisocial-agresiva y los desórdenes de la atención con o sin hiperactividad. Parece ser que los desórdenes externalizados en los niños son más prevalentes que los problemas internalizados y han sido por tanto más estudiados.

Dimensión Internalizada

Los desórdenes internalizados considerados para la presente investigación: depresión infantil, ansiedad, quejas somáticas y aislamiento social no están agrupados de la misma forma en las clasificaciones de la DSM y han tenido cambios. La última clasificación DSM-5 (2014) considera a los tres primeros desórdenes como inmersos en apartados distintos los cuáles son: desorden bipolar y desórdenes relacionados, desórdenes depresivos, desórdenes de la ansiedad, desórdenes obsesivo-compulsivo y desórdenes relacionados, desórdenes traumáticos y del estrés y desórdenes relacionados (desorden de apego reactivo, desorden social desinhibido, desorden de estrés postraumático, desorden agudo del estrés y desorden de adaptación), no está clara la presencia de aislamiento social. Igualmente, en la DSM-IV (1994), clasificación más relacionada con el enfoque de la investigación que se realiza, los desórdenes internalizados están dentro de:

- Desórdenes Usualmente Diagnosticados en la Infancia, Niñez y Adolescencia

Otros Desórdenes de la Infancia y Niñez y Adolescencia que considera al desorden de Ansiedad de Separación.

- Desórdenes del Estado de Ánimo

Desorden Depresivo: Desorden mayor depresivo y desorden distímico

Desorden Bipolar: Desorden bipolar I, desorden bipolar II y desorden bipolar debido a condición médica.

- Desorden Somatomorfo

- Desorden de Ansiedad

Desorden de pánico con agorafobia y sin agorafobia,

Fobia específica

Fobia social

Desorden obsesivo compulsivo

Desorden de estrés post-traumático

Desorden de estrés agudo

Desorden de ansiedad generalizada

Desorden de ansiedad inducido por sustancias

Trastorno de pánico con y sin agorafobia. Los trastornos de pánico con agorafobia son temores a estar en lugares públicos, sienten angustia a salir de casa, creen que algo les puede suceder a lo que ellos consideran situaciones inseguras; los ataques de pánico con agorafobia son las más frecuentes, sobre todo se presenta en las mujeres (Davison y Neale, 2000). Cuando la crisis de ansiedad no tiene relación con salir a lugares públicos se le llama *trastorno de pánico sin agorafobia*.

Desorden por ansiedad generalizada. El desorden por ansiedad generalizada se caracteriza por preocupaciones ansiosas intensas que no se pueden controlar, permanentes, continuas, que no tiene un foco específico, con estrés improductivo, generalmente acompañada de palpitaciones cardiacas, tensión de los músculos, temblores, cansancio, irritabilidad y dificultad para dormir asociado a las vivencias diarias inclusive las rutinarias (Sue y cols., 2010).

Etiología de la ansiedad y el pánico. Se considera que existen múltiples causas como: (a) contribución genética, parece ser que heredamos tendencia a la tensión; (b) contribución neurobiológica, existen neurotransmisores como el ácido gama aminobutírico (GABA), la serotonina y norepinefrina relacionados con los niveles elevados de ansiedad; (c) contribución psicológica, por ejemplo, cuando en la niñez se siente la sensación de que

las vivencias están totalmente fuera de nuestro control o la asociación de señales que sucedieron ante una vivencia peligrosa; (d) contribución social, como los eventos estresantes de la vida, divorcio de los padres, enfermedades, accidentes, presión por rendimiento escolar (Barlow y Durand, 2001; Sarason y Sarason, 2006)

Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo

Cattell y Scheier (1961, citados por Balsamo y cols., 2013) son considerados por ser los primeros en claramente distinguir a la ansiedad estado como una reacción emocional temporal en alguna situación de su vida caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión, nerviosismo, preocupación y activación del sistema nervioso autónomo y la *ansiedad rasgo* como una relativa tendencia de la persona a percibir situaciones estresantes como peligrosas y amenazantes y una disposición a responder a tales situaciones con mayor intensidad y frecuencia de ansiedad. Pero fueron Spielberger, Gorsuch y Lushere (1970, citados por Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) quienes elaboraron un cuestionario para su evaluación. En el cuestionario conceptualizan a la *ansiedad estado* como una condición emocional y transitoria de los seres humanos percibidos conscientemente que se caracteriza por presentar sentimientos subjetivos de tensión y aprehensión que puede cambiar en frecuencia e intensidad con el tiempo, acompañada de activación del sistema nervioso autónomo. Diferentemente la ansiedad rasgo es la propensión ansiosa relativamente estable caracterizada por la tendencia a

percibir las situaciones que le toca vivir como amenazantes lo que aumenta su nivel de ansiedad.

Dado que el apego es una condición relativamente estable es posible relacionar al apego con mayor o menor ansiedad estado y rasgo.

Apego y Ansiedad

La calidad de las primeras experiencias de los niños con sus cuidadores primarios, generalmente los padres, ha sido considerada importante para la futura adaptación a la vida de adultos. Fue Bowlby quien desarrolló la sólida teoría del apego que demostró la importancia del apego temprano en el desarrollo de diversas realizaciones futuras (Cassidy y Shaver, 1999).

La teoría del apego propone que las manifestaciones de ansiedad son originadas por la incertidumbre de los niños acerca de las respuestas de los cuidadores. En línea con el pensamiento de Bowlby las observaciones de síntomas internalizados están asociados con cuidadores no disponibles, sobre todo con apego evitativo, tipo de apego relacionado con inhibición emocional y disconforme con el alejamiento de sus figuras de apego.

A pesar de que los problemas externalizados han recibido considerable atención relacionándolos con el apego inseguro, la investigación (Tandon y cols., 2009) ha comenzado a examinar los desórdenes internalizados y relacionarlos que heterogeneidad y compleja comorbidad, dentro de ella al apego. Trapani (2006) encontró que tanto

profesores como madres reportaron asociación entre problemas internalizados y apego inseguro, Cassidy y Berlin, 1994) encontraron que la condición fundamental para el desarrollo de la ansiedad en los niños es la incertidumbre acerca de la disponibilidad del cuidador del niño y que posiblemente el apego inseguro ansioso sea el más relacionado con la ansiedad, la ansiedad será más predecible si la madre es también ansiosa (Shamir-Essakow, Ungerer y Rappe, 2005). Los estudios sobre ansiedad en la niñez la han relacionado con desórdenes de la ansiedad en miembros de la familia. En adición a los factores hereditarios en la transmisión intergeneracional de la ansiedad se ha encontrado evidencia de la relación entre diversos aspectos de funcionamiento de la familia y dentro de ellos los conflictos maritales, relaciones familiares y el apego, aunque Bogels y Brechman-Toussaint (2006) remarcan que no hay suficiente evidencia de la investigación para afirmar que alguno de estos factores actúe de manera aislada. En la misma línea Williams y cols. (2017) al estudiar niños con migraña hallaron que el apego inseguro hacia los padres puede exacerbar la ansiedad de los niños y adolescentes con migrañas y sugieren que en el tratamiento de estos casos se deben tomar en cuenta a la familia y sus relaciones. Bohlin, Hagekull y Rydell (2000) en un estudio longitudinal con niños desde los 15 meses hasta los 9 años refieren que los niños con apego seguro fueron socialmente más activos socialmente positivos, populares y con menos ansiedad social en la edad escolar y que los niños con

apego inseguro y que no hubo diferencia entre los niños con apego inseguro evitativo y apego inseguro ansioso.

En general las investigaciones revelan una ligazón entre apego inseguro y otros factores con el desarrollo de problemas internalizados y dentro de ellos ansiedad (Brumariu y Kerns, 2010). En la investigación de Lyons-Ruth y cols. (1997) en base a reportes de madres y profesores de niños de 7 años encontraron que los síntomas internalizados, depresión y ansiedad, estuvieron relacionados con depresión de la madre y apego inseguro evitativo vivenciado durante los primeros 5 años de vida de los niños, los investigadores señalaron que el factor de apego inseguro evitativo no fue solo el único factor de riesgo, pero la asociación entre síntomas internalizados es consistente en el desarrollo de la infancia. Ellen, Das y Kenneth (2006) al estudiar a niños de año y medio a tres años con padres alcohólicos que un factor moderador de los efectos es el tipo de apego entre el niño y la madre, los niños con apego seguro muestran menos problemas internalizados, depresión y ansiedad, que los niños con apego inseguro, sobre todo a los 3 años. Madigan y cols. (2013) al revisar la literatura sobre apego y desarrollo infantil encontraron que los niños con apego inseguro tienen doble probabilidad de desarrollar conductas internalizadas, depresión y ansiedad, que los niños con apego seguro y que parece ser que el apego inseguro tiene mayor efecto negativo en los varones que en las mujeres. Cowan, Cohn, Cowan y Pearson (1996) en una muestra no clínica reportaron que la historia de madres con

apego inseguro tuvo cierta relación con problemas internalizados (ansiedad y depresión) de sus hijos y que son las mujeres quienes probablemente se identifiquen con las características de la madre por lo que los problemas internalizados sean transmitidos, en una línea generacional, más directamente a través de madre-hija.

No se han encontrado investigaciones específicas entre apego y ansiedad estado y ansiedad rasgo, por ello creemos que la presente investigación contribuye al conocimiento del aporte del trabajo de Spielberger (2017).

Capítulo III

Metodología

Diseño de Investigación

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) el proyecto de investigación que se presenta es *correlacional descriptivo*; descriptiva porque se aplica una prueba para conocer rasgos o conductas de grupo de personas y *correlacional* porque se pretende encontrar la relación entre la variable apego seguro/inseguro y ansiedad estado/rasgo en estudiantes de 9 a 12 años.

Población y Muestra

Población. La población total fue de 950 estudiantes de la ciudad de Arequipa-Perú; 600 estudiantes procedieron de la Institución Educativa estatal *San Juan Apóstol* y 350 estudiantes de la Institución Educativa Privada *Alexander Von Humboldt*.

Muestra. El tipo de muestreo usado fue no-probalístico o por conveniencia, tratando de tener grupos por edades y por género. De acuerdo con las tablas de Arkin y Colton (1962, citados por León y Montero, 2003, p. 111), para una población de 500 a 1000 personas con un error muestral de $\pm 5\%$ se necesitan entre 222 a 286 participantes en la investigación para una población de 950 alumnos. En la presente investigación se logró una muestra de 219 unidades de análisis. Cuyas edades oscilaron entre los 9 y 12 años, de los cuales 123

(56.2%) fueron mujeres y 96 (43%) fueron varones; el 72.6 % de la Institución Educativa Juan Apóstol y el 27.4% de la Institución Educativa Privada Alexander Von Humboldt.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes que estén entre los 9 a 12 años.
- Que los estudiantes se encuentren atentos y prestos a realizar las evaluaciones
- Que en la ficha de matrícula figure, salud física: normal.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que a pesar de ser de una misma aula no estén entre los rangos de edad de 9 a 12 años
- Estudiantes que no muestren deseos de participar
- Tener registrado en la ficha de matrícula problemas de salud crónicos

Instrumentos para la Recolección de Datos

Si bien los estudios sobre apego usando la situación extraña han sido y son los más aceptados, existen numerosos intentos para medir el apego en edades posteriores y con instrumentos de mayor facilidad en su uso como son los cuestionarios. Para la presente investigación se usaron una *Ficha Demográfica* construida por las investigadoras, el

Cuestionario de Clasificación de Estilos de Apego de Finzi, Har-Even, Weizman, Tyano y Shnit (1996) y el *Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños* de Spielberger, adaptación española (2017).

Ficha demográfica. La ficha demográfica fue elaborada por las investigadoras, mediante este instrumento se pretende obtener información relevante sobre el niño y su familia. La ficha consta de cuatro partes: (a) datos del centro de estudios, (b) datos del niño o niña, (c) datos de los padres o apoderados, (d) datos de la estructura y dinámica familiar. Se adjunta la ficha en el Apéndice A.

Cuestionario de Clasificación de Estilos de Apego. Cuestionario desarrollado por Finzi y cols. (1966). Está basado en el conocido Cuestionario de Apego de Hazan y Shaver. Su objetivo principal fue evaluar las relaciones familiares y extra-familiares de los niños y permite generar tres categorías de apego: (a) apego seguro, (b) apego inseguro ansioso/ambivalente y, (c) apego inseguro evitativo. Es un formato de auto-reporte con 15 ítems, aplicable a participantes de 7 a 14 años. Se adjunta la ficha en el Apéndice B

Validez. La validez de constructo está relacionada con la cumulativa evidencia de que la existencia del constructo sobre estilos de apego es apoyada por los investigadores y teóricos de la psicología del desarrollo. Tiene validez convergente y discriminante en

muestras clínicas y no-clínicas. Posee validez teórica aplicable a distintos grupos y validez factorial a muestras no-clínicas. La validez relacionada al criterio es comprobada por su uso en la práctica, ya que predice acertadamente el tipo de apego que presentan los niños. En nuestro medio la prueba ha sido traducida y adecuados al lenguaje de nuestra cultura por experimentados psicólogos de nuestro medio y actualmente la escala es usada por los psicólogos que trabajan en centros educativos de primaria, por psicólogos que ejercen la práctica clínica.

Confiabilidad. El Cuestionario de Estilos de Apego fue analizada a través de dos tipos de confiabilidad: consistencia interna y test re-test. En test re-test. Después de 14 días se obtuvo una calidad aceptable con mínimo de 87 y un máximo de 95. Su consistencia interna es aceptable con un coeficiente alpha mínimo 69 y coeficiente Alpha máximo de 81.

Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC).

Cuestionario creado y desarrollado por Spielberger (2017), está formado por dos escalas independientes de autoevaluación con el propósito de medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo para ello sólo se necesita un nivel adecuado de capacidad lectora. La escala de ansiedad estado contiene 20 elementos mediante los cuales el niño puede expresar cómo se siente en un momento determinado, valora; la escala de ansiedad rasgo también

comprende 20 elementos con los que el niño puede señalar cómo se siente en general, características relativamente estables de propensión a la ansiedad.

Su administración es individual o colectiva; dura de 15 a 20 minutos y se aplica a estudiantes de 9 a 15 años. Cuenta con baremos en percentiles y puntuaciones típicas diferenciados por sexo y año de estudios. Se adjunta la ficha en el Apéndice C.

Validez. Tiene estudios en Lima-Perú. En la prueba de validez para análisis de ítems en las dos escalas se encontró altos índices de discriminación a nivel de $P < .01$. En cuanto a la validez externa se encontró correlación con la prueba de Ida Alarcón ($r = 0.708$ y $r = 0.746$) y, con neuroticismo de Eysenck ($r = 0.685$ y $r = 0.497$) (Céspedes, 2015).

Para obtener su **confiabilidad** en los estudios españoles se ha aplicado la forma de dos mitades, pares e impares, usando la formulación de Spearman-Brown y la fórmula de Kuder-Richardson: en el método de pares impares para varones se obtuvo en ansiedad estado 0,88 y ansiedad rasgo 0,83 y en mujeres 0,90 en ansiedad estado y 0,86 en ansiedad rasgo.

En kuder-Richardson para varones se obtuvo en ansiedad estado 0,93 y en ansiedad rasgo 0,87; para mujeres se obtuvo 0,91 en ansiedad estado y 0,87 en ansiedad rasgo.

Procedimiento para la Obtención de Datos

Al inicio de la investigación se aplicaron los tres instrumentos a manera de prueba piloto a 15 participantes para detectar algún reajuste que sea necesario hacer tanto en la aplicación como en la significación de algunas palabras de uso en el medio.

Como siguiente paso, la aplicación de los instrumentos a ambas Instituciones Educativas, de las secciones de 4to a 6to de primaria, en dos etapas diferentes.

Una vez culminada la recolección, la data se procede a la calificación y valoración de los resultados con la asesoría de un profesional con experiencia en el uso de las pruebas.

Las evaluaciones fueron aplicadas de manera colectivas, por grados y en fechas diferentes.

Criterios de Procesamientos de la Información

Para el análisis se pidió colaboración a un estadístico quien uso el programa del SPSS Statistics 24.0 obteniendo Porcentajes, Medias, T para Muestras Independientes y Contraste Planeado Helmert. Los dos cuestionarios usados fueron de tipo auto- reporte y de aplicación individual o grupal.

Capítulo IV

Resultados

Los resultados son presentados mediante tablas con frecuencias y porcentajes; en los casos que fueron posibles se aplicaron pruebas de significancia. Las primeras seis tablas son descriptivas, las tablas 6 a 9 corresponden a los resultados de la hipótesis y objetivos secundarios; a partir de la tabla 10 son resultados adicionales que se consideraron importantes mencionarlos

TABLA 1 <i>Descripción de la Muestra</i>		
	N	%
Masculino	96	43.8
Femenino	123	56.2
Juan Apóstol	159	72.6
Alexander V.H	60	27.4
Total	219	100.0

En la Tabla 1 se puede observar que el 123 (56.2%) de la muestra fueron mujeres y 96 (43.8%) varones. La mayoría de los participantes 159 (72.6%) provienen del colegio Juan Apóstol y 60 (27.4%) provienen del colegio Alexander Von Humboldt. No se reportaron valores perdidos.

TABLA 2 <i>Descripción de Tipo de Familia</i>		
	N	%
Juntos	186	84.9
Separados	33	15.1
Total	219	100.0

Se observa en la Tabla 2 que la gran mayoría 186 (84.9 %) de los padres de los estudiantes participantes viven juntos, solo 33 (15.1%) viven separados.

TABLA 3 <i>Descripción de los Tipos de Apego</i>		
Tipos de Apego	N	%
Apego Seguro	151	68.9
Apego Inseguro	68	31.1
Total	219	100.0

Como se aprecia en la Tabla 3, la mayoría de los participantes, 151 (68.9%) presentan apego seguro, mientras que el 68 (31.1%) apego inseguro.

TABLA 4 <i>Descripción de los Subtipos de Apego Inseguro</i>		
	N	%
Apego Inseguro Ansioso	33	48.5
Apego Inseguro Evitativo	35	51.5
Total	68	100.0

Si bien es claro (Tabla 4) que las proporciones de frecuencias y porcentajes de ambos subtipos de apego inseguro son semejantes, el apego inseguro evitativo es ligeramente más frecuente (51.5%) que el subtipo de apego inseguro ansioso (48.5%).

TABLA 5*Apego Seguro e Inseguro y Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado de la Muestra General*

	Apego Seguro	Apego Inseguro	P
	M (SD)	M (SD)	
Ansiedad Rasgo	33.67 (6.46)	39.50 (6.80)	< .001 ***
Ansiedad Estado	30.71 (6.14)	34.47 (7.67)	< .001 ***

Se realizó la prueba T para muestras independientes y se halló una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 5) a nivel de <.001 tanto en ansiedad rasgo como en estado. Los participantes con apego inseguro presentan mayor ansiedad rasgo y mayor ansiedad estado que los participantes con apego seguro.

TABLA 6*Apego Seguro e Inseguro y Sexo de los Participantes*

Sexo	Hombres		Mujeres		Total	
	No	%	No	%	No	%
Apego						
Seguro	64	66.7	87	70.7	151	68.9
Inseguro	32	33.3	36	29.3	68	31.1
Total	96	100.0	123	100.0	219	100.0

X² (1) 0.416, P = .519

En la Tabla 6 se aprecia que no existe ningún tipo de asociación entre el sexo y el tipo de apego.

TABLA 7 <i>Prueba T para Muestras Independientes, Sexo y Ansiedad Rasgo y Estado</i>			
	Hombres	Mujeres	p
	M (SD)	M (SD)	
Ansiedad Rasgo	35.92 (7.355)	35.14 (6.887)	.421*
Ansiedad Estado	32.24 (7.086)	31.59 (6.695)	.490*
* $p > .05$			

La Tabla 7 presenta los resultados de la prueba T para muestras independientes, a dos colas, para comparar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo entre hombres y mujeres. Se puede observar que en ambos casos no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la ansiedad estado y a la ansiedad rasgo.

TABLA 8 <i>Apego Inseguro en Hombres y Mujeres y Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado</i>			
	Hombres	Mujeres	P
	M (SD)	M (SD)	
Ansiedad Rasgo	41.00 (5.908)	38.17 (7.335)	.957*
Ansiedad Estado	36.09 (8.279)	33.03 (6.876)	.950*
* $p > .05$			

Se realizó una prueba T (Tabla 8) para muestras independientes con solo los hombres y mujeres presentan apego inseguro (ansioso y evitativo). Se puede observar que no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, con apego inseguro, con respecto a la ansiedad rasgo y a la ansiedad estado.

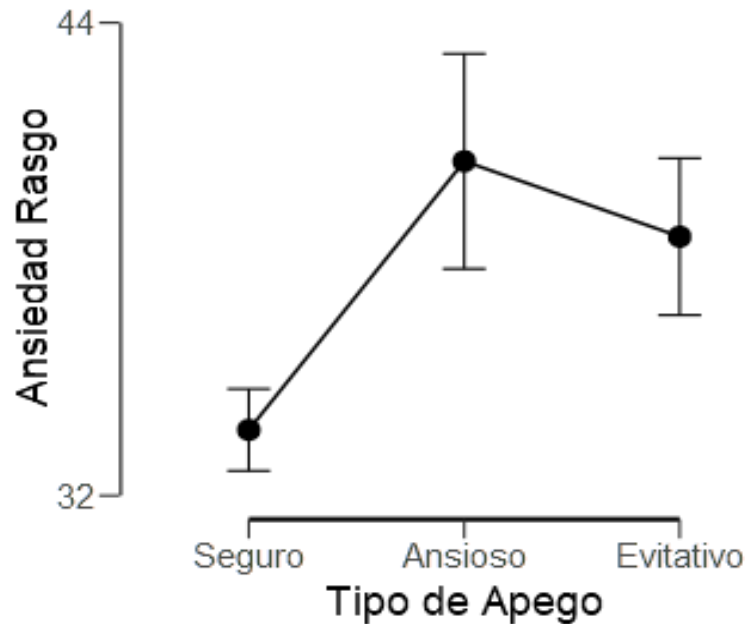
TABLA 9*Contraste Planeado Helmert para Identificar el Tipo de Apego y Ansiedad Rasgo*

	Estimado	Error estándar	t	p
Apego Seguro vs. Apego Inseguro Ansioso-Evitativo	-5.859	0.9559	-6.112	< .001***
Apego Inseguro Ansioso vs. Apego Inseguro Evitativo	1.913	1.592	1.202	.231
*** $p < .001$				

En el contraste planeado Helmert (Tabla 9) entre la ansiedad rasgo de los niños que presentan apego seguro contra los niños que presentan apego inseguro ansioso y evitativo. Se puede observar que en el primer contraste, apego seguro vs. apego inseguro ansioso-evitativo, si existe una diferencia estadísticamente significativa en lo que respecta a la ansiedad rasgo. En el segundo contraste entre los niños con apego inseguro ansioso vs. apego inseguro evitativo, se aprecia que no existe diferencia significativa con respecto a la ansiedad rasgo. Por tanto, los niños con ansiedad rasgo presentan significativamente mayor apego inseguro ansioso y evitativo que los niños con apego seguro.

FIGURA 1

Comparación entre Medias para Identificar el Tipo de Apego y Ansiedad Rasgo

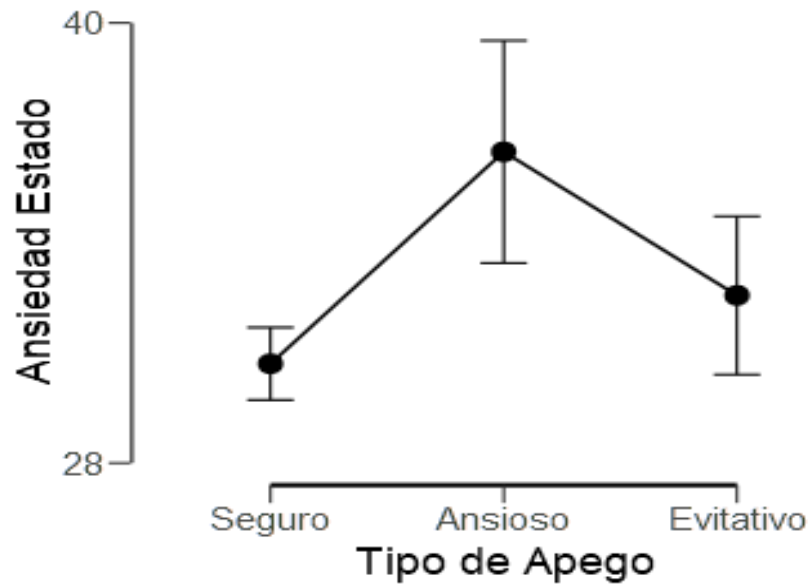


Se puede observar en la Figura 1, que los niños con *apego seguro* presentan una media menor en ansiedad rasgo ($M = 33.67$, $DS = 6.462$) que los niños con *apego inseguro*. También se aprecia que, si bien los participantes con apego inseguro tienen medias más altas, son los niños con apego inseguro *ansioso* quienes presentan la media más alta ($M = 40.48$, $DS = 7.698$) y por lo tanto mayor ansiedad rasgo que los niños con apego inseguro *evitativo* ($M = 38.57$, $DS = 5.797$), aunque esta diferencia no es significativa como se apreció en la Tabla 10.

TABLA 10*Contraste Planeado Helmert para Identificar el Tipo de Apego y Ansiedad Estado*

	Estimado	Error estándar	t	p
Apego Seguro vs Apego Inseguro Ansioso-Evitativo	-3.820	0.960	-3.977	< .001***
Apego Inseguro Ansioso vs. Apego Inseguro Evitativo	3.913	1.595	2.453	.015*
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$				

En el contraste planeado de Helmert (Tabla 10) se puede observar que en el primer contraste (apego seguro vs apego inseguro ansioso y evitativo) se aprecia que existe una diferencia significativa, indicando que los niños con apego seguro presentan menor ansiedad estado de los niños con apego inseguro ansioso/evitativo. En el segundo contraste (apego inseguro ansioso vs apego inseguro evitativo) se puede observar que también existe una diferencia significativa entre ambos tipos de apego inseguro respecto a la ansiedad estado. Por tanto los niños con ansiedad estado presentan mayor apego inseguro ansioso que apego inseguro evitativo que los niños con apego seguro.

FIGURA 2*Comparación entre Medias para Identificar el Tipo de Apego y Ansiedad Estado*

En la Figura 2, se observa que los niños con *apego seguro* presentan menor media en ansiedad estado ($M = 30.71$, $DS = 6.141$) que los niños con apego inseguro. También se puede señalar que los niños con apego *inseguro ansioso* poseen media más alta ($M = 36.48$, $DS = 36.48$), por lo tanto mayor ansiedad estado que los niños con apego *inseguro evitativo* ($M = 32.57$, $DS = 6.279$), pero como se describe en la Tabla 11 estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Capítulo V

Discusión

Se planteó la hipótesis: es probable que los estudiantes varones y mujeres con apego seguro tendrán menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que los estudiantes varones y mujeres con apego inseguro; la hipótesis fue comprobada, como se aprecia en la Tabla 5 se realizó la prueba T, usual en muestras independientes y se encontró diferencias estadísticamente significativas a nivel de $<.001$, ya que los estudiantes participantes de la investigación con apego inseguro presentan mayor grado de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los estudiantes participantes con apego seguro. Los resultados confirman en nuestra cultura lo hallado a lo largo del tiempo y en otras culturas y sobre todo lo encontrado por Bowlby (1964, 1976), quien refiere que cuando no existen cuidadores disponibles para dar confianza al niño se genera incertidumbre que se expresa en conductas ansiosas, como hallaron Cassi y Berlin, (1994) la condición fundamental para el desarrollo de la ansiedad en los niños es la incertidumbre acerca de la disponibilidad del cuidador del niño o también la posibilidad, lo cual es claro en el apego inseguro. En la misma orientación se halla lo encontrado por Cowan y cols. (1996) quienes, en una muestra no clínica, similar a la de la presente investigación, hallaron que existe la posibilidad de que madres que tuvieron apego inseguro transmitan ansiedad a sus descendientes.

Los resultados en nuestra cultura ameritan ser examinados con detenimiento, ya que Bohlin y cols. (2000) refieren, en su estudio longitudinal, que los niños con apego inseguro posiblemente sean menos activos socialmente, menos populares y con mayor ansiedad social. A su vez Trapani (2006) reportó que tanto profesores como madres reportaron asociación entre los problemas internalizados, ansiedad y depresión y Ellen y cols. (2006) hallaron que el apego inseguro es más dañino si el padre presenta un problema de alcohol ya que presentará menos factores protectores.

Los hallazgos de Bogels y cols. (2006) sobre la relación entre ansiedad y diversos aspectos de la vida familiar como conflictos maritales, malas relaciones familiares y apego inseguro, revelan que no hay suficiente evidencia en la investigación para afirmar que alguno de estos factores actúe de manera aislada, por lo que los presentes resultados, si bien confirman la hipótesis planteada, evidencian la necesidad de seguir realizando investigaciones sobre el tema.

En general, tanto Brumariu y Kerns (2010) y Madigan y cols. (2013) al revisar la literatura sobre apego y problemas internalizados y dentro de ellos ansiedad, encuentran que existe ligazón con apego inseguro, ya que los niños con apego inseguro tienen doble probabilidad de desarrollar conductas internalizadas, depresión y ansiedad, que los niños con apego seguro.

Como se observa en la Tabla 3, la mayoría de los participantes, 151 (68.9%) presentan apego seguro, mientras que el 68 (31.1%) apego inseguro. De acuerdo con Carlson y Sroufe (1995), los niños con apego seguro, como saben que tendrán a sus cuidadores dispuestos a ayudarlos cuando sea necesario, pueden alejarse con seguridad de las personas con las que se siente bien, siendo ellos la base desde la cual pueden explorar su entorno e inclusive expresar con libertad sus emociones y sentimiento hacia los demás, teniendo mejores probabilidades de integrarse a los grupos propios de esa edad del desarrollo; Bohlin y cols. (2000) también hallaron que los niños con apego seguro fueron más activos socialmente y con menos ansiedad social en la edad escolar que los niños con apego inseguro. Quizá, uno de los factores que contribuye a este alto porcentaje de participantes con apego seguro, esté influenciado porque como se observa en la Tabla 2 la gran mayoría, 186 (84.9 %) de los padres de los participantes viven juntos, solo 33 (15.1%) viven separados. Aunque menor el porcentaje, preocupa que el 31.1 % (Tabla 3) de la muestra investigada presenten apego inseguro, ya que ello facilita el que muestren ansiedad al alejarse de sus cuidadores y al explorar su entorno (Carlson y Sroufe, 1995).

Las frecuencias y porcentajes de los subtipos de apego inseguro (Tabla 4) son similares, el subtipo de apego inseguro evitativo es ligeramente más frecuente (51.5%) que el subtipo de apego inseguro ansioso (48.5%). Recuérdese que los niños con apego inseguro evitativo muestran reacciones de enojo y adhesión con sus figuras de apego, en

ocasiones aceptan contacto físico pero a su vez muestran resistencia pasiva al acercamiento y tienen mayores probabilidades de que en edades posteriores, sobre todo en la adolescencia, muestren angustia de separación (Bowlby, 1982) y enojo con baja expresión de emociones y sentimientos y en la adolescencia y desarrollo posterior, renuentes a recibir ayuda de los demás reaccionando con conductas de irritabilidad, impulsividad y/o conductas explosivas (Waters y cols., 1993).

También se trató de comprobar si existía diferencia en el tipo de apego seguro e inseguro entre los hombres y las mujeres. En la Tabla 6 se aprecia que no existe ningún tipo de asociación entre el sexo y el tipo de apego, los resultados pueden ser explicados porque el mayor peso de la variación del tipo de apego descansa en la responsividad, afecto y seguridad que se brinda a los hijos en el proceso de crianza (Bowlby, 1964, 1982).

Igualmente se buscó demostrar si hay diferencias en la ansiedad estado y ansiedad rasgo entre los hombres y las mujeres. En la Tabla 7 se muestran los resultados y se puede observar que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la ansiedad estado y a la ansiedad rasgo a diferencia de lo hallado por Madigan y cols. (2013), ellos, al revisar la información encontraron que quizá el apego inseguro tiene mayor efecto en los varones que en las mujeres en el desarrollo de síntomas internalizados

Estos resultados llaman la atención, ya que la ansiedad o temor y aprehensión de

cualquier tipo, como rasgo o como estado, son emociones que todas las personas experimentan y posiblemente tengan función de supervivencia, pero cuando la ansiedad es de grado considerable puede impedir o dificultar seriamente la vida cotidiana de los seres humanos, pero como señalan Sue y cols. (2010) es un trastorno internalizado que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Es posible que los resultados encontrados demuestren que los cambios en el sistema de crianza, donde cada vez más se está educando a los hijos de manera similar, ya sean hombres o mujeres, estén también cambiando el desarrollo emocional de las mujeres y que las diferencias halladas en el pasado hayan sido más producto de factores ambientales y no biológicos inherentes al sexo de las nuevas generaciones, aunque en la investigación se descarta que el tipo de familia sea un factor importante, ya que casi el 85% de los estudiantes proceden de familias nucleares (Tabla 2).

Finalmente se trató de determinar si los varones con apego inseguro presentan menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que las mujeres con apego inseguro, pero como se aprecia en la Tabla 8 no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, con apego inseguro, con respecto a la ansiedad rasgo y a la ansiedad estado, estos resultados guardan concordancia con los hallazgos anteriores, en la presente investigación no se hallan las diferencias que tradicionalmente se cree, por tanto es necesarios investigar más el porqué de los resultados de la presente investigación.

Adicionalmente se han encontrado resultados interesantes como se muestra en la Tabla 9. En el contraste entre la *Ansiedad Rasgo* de los niños que presentan apego seguro contra los niños que presentan apego inseguro ansioso/evitativo, se puede observar que en este contraste apego seguro versus apego inseguro ansioso/evitativo existen diferencias estadísticamente significativas lo que confirman los resultados hallados en la Tabla 4. En el segundo contraste entre los niños con apego *inseguro ansioso* versus apego *inseguro evitativo*, se observa que no existe diferencias significativas con respecto a la ansiedad rasgo. Solo cuando se juntan los dos subtipos de apego inseguro en uno solo, es que se hallan las diferencias significativas; si se trata de separar los subtipos de apego inseguro para ver cuál tiene más peso en la ansiedad rasgo no se pudo hallar diferencias, aunque de acuerdo con la Figura 1 parece ser que el tipo de apego inseguro *ansioso* tiene mayor peso ya que su media es más alta ($M = 40.48$, $DS = 7.698$) que la media de los estudiantes con apego inseguro *evitativo* cuya media es menor ($M = 38.57$, $DS = 5.797$), pero nuevamente estas diferencias no son significativas.

De manera similar se hizo contraste (Tabla 10) en *Ansiedad Estado* de apego seguro versus apego inseguro ansioso/evitativo, se aprecia que existe una diferencia significativa, indicando que los niños con apego seguro presentan menor ansiedad estado que los niños con apego inseguro ansioso/evitativo. En el segundo contraste, apego *inseguro ansioso* versus apego *inseguro evitativo*, se puede observar que también existe una diferencia

significativa estadísticamente entre ambos tipos de apego inseguro respecto a la ansiedad estado. Por tanto, los niños con ansiedad estado presentan mayor apego inseguro ansioso que apego inseguro evitativo que los niños con apego seguro. De manera similar, la Figura 2 muestra más nítidamente que los estudiantes con *apego seguro* presentan menor media en ansiedad estado ($M = 30.71$, $DS = 6.141$) que los niños con apego inseguro. También se puede señalar que los niños con apego *inseguro ansioso poseen media más alta* ($M = 36.48$, $DS = 6.279$), por lo tanto, mayor ansiedad estado que los niños con apego *inseguro evitativo* ($M = 32.57$, $DS = 6.279$), a diferencia de ansiedad rasgo, las diferencias son estadísticamente significativas.

Estos resultados son diferentes a los hallados por Lyons-Ruth y cols. (1977) quienes encontraron mayor asociación entre ansiedad y apego inseguro evitativo, aunque ellos no diferenciaron entre ansiedad estado y ansiedad rasgo como en la presente investigación.

Capítulo VI

Conclusiones y Sugerencias

Conclusiones

Primera. Se comprobó la hipótesis, los estudiantes varones y mujeres con apego seguro, presentan significativamente menos ansiedad rasgo y menos ansiedad estado que los estudiantes varones y mujeres con apego inseguro.

Segunda. No existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de apego seguro e inseguro entre los estudiantes varones y mujeres investigados.

Tercera. De acuerdo con los resultados de la investigación no existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes varones hombres y mujeres respecto a la ansiedad estado y a la ansiedad rasgo.

Cuarta. No se hallaron diferencias significativas entre los estudiantes varones y estudiantes mujeres con apego inseguro respecto a la ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Quinta. Los estudiantes varones y mujeres con apego inseguro ansioso no presentan mayores diferencias en ansiedad *rasgo* que los estudiantes varones y mujeres con apego evitativo.

Sexta. Los estudiantes varones y mujeres con apego inseguro ansioso presentan mayor ansiedad *estado* que los estudiantes varones y mujeres con apego inseguro evitativo.

Sugerencias

- **Para las Instituciones Educativas** *San Juan Apóstol y Alexander Von Humboldt*:

Diseñar programas de elaboración de recursos y herramientas para manejar comportamiento y rasgos ansiosos en la niñez a modo de prevenir conductas dañinas y poco saludables para los estudiantes.

Añadir talleres dentro de la escuela para padres donde se desarrolle el tema de apego y sus diferentes consecuencias; brindarles también recursos para el desarrollo de un apego seguro y refuerzo en estilos de crianza, ya que éstos pueden agregar o disminuir la salud mental a los hijos.

- **Para los padres de familia:** Los principales destinatarios de la promoción de salud son los padres por lo tanto serán quienes podrán reconocer ciertos sesgos negativos dentro de la crianza, ampliando la empatía y aumentando la constancia en respuestas sensibles hacia los niños.

Dentro de la interacción familiar fortalecer el vínculo padres- hijos y fortalecer factores protectores que aportan los padres para la construcción de un apego seguro, así como detección a tiempo de factores de riesgo, y factores predictivos de dificultades en el vínculo afectivo.

Pertenecer a grupos de apoyo para la buena crianza, donde se pueda brindar conocimientos para alertar a los padres de que su función normativa deberá ir de la mano con la función empática.

- **Para la Universidad Católica San Pablo:** Continuar desarrollando investigaciones enfocadas a conocer las diferentes consecuencias de la importancia del desarrollo del apego y su estrecha relación con el desarrollo de la ansiedad.

Además de dar a conocer a la sociedad los resultados de estos hallazgos en beneficio de una salud mental infantil adecuada.

Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the stranger situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Abry, T., Bryce, C. I., Swanson, J., Corwyn, R. F., Bradley, R. H., y Fabes, R. A. (2017). Classroom- level adversity: Associations with children's internalizing and externalizing behaviors across elementary school. *Developmental Psychology*, 53, 497-510.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & Barkley, R. A. (Eds.). *Child psychopathology*. (pp. 278-329). USA: The Guilford. Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington, D C: Autor.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a. ed.)*. España: Panamericana.
- Balsamo, M., Romanelli, R., Innamorati, M. Ciccarese, G. Carlucci, L. y Saggino, A. (2013). The State-trait Anxiety Inventory, shacows and light son its construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, Springer. doi:10.1007/s10862-013-9354-5
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. USA: Thomson Learning.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5, 64-77. doi:10.1080/1461673031000078634
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. Tesis Doctoral inédita. México: UNAM.
- Bogels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bohlin, G., Hagekull, B. y Rydell, A-M. (2000). Attachment and social functioning: a longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9, 24-39.

- Bowlby, J. (1964). *Los cuidados maternos y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664- 678.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós
- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication, and the therapeutic process. In J. Bowlby, A secure base: *Clinical applications of attachment theory* (pp. 137- 157). London: Routledge.
- Braun, K. y Bock, J. (2011). The experience-dependent maturation of prefronto-limbic circuits and the origin of developmental psychopathology: implications for the pathogenesis and therapy of behavioural disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 14-18. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04056.x
- Brumariu, L. E. y Kerns, K. A: (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical finding and future directions. *Developmental Psychopathology*, 22, 177-203. doi:10.1017/S0954579409990344.
- Buss, D. M. (2009). The great struggles of life. Darwin and the emergence of evolutionary psychology. *American Psychologist*, 64, 140-148.
- Carlson, E. A, y Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachment to developmental psychopathology. Ind D. Cicchetti & D. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology vol. 1. Theory and methods* (pp. 581-617). Oxford, England: Wiley.
- Carrillo, B. y Gonzales, J. I. (2008). *Apego en infantes con madres que no trabajan y con madres que trabajan*. Tesis no publicada. Universidad Católica de Santa María. Arequipa- Perú.
- Cassidy, J. y Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment theory and research. *Child Development*, 65, 971-994.
- Cassidy, J., y Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Céspedes, E. (2015). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en niños y adolescentes de Lima Sur*. Tesis inédita. Perú: Universidad Autónoma del Perú.
- CIE 10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y*

- pautas para el diagnóstico*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Cowan, P.A. Cohn, D. A., Cowan, C. P. y Pearson, J. L. (1996). Parents' attachment histories and children's externalizing and internalizing behaviors: exploring family systems models of linkage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 53-63.
- Davison, G. C. y, Neale, J. M. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.
- Donnelly, C. L. (1998). Anxiety disorders in childhood and adolescence. In W. M. Klykylo, J. Kay, y D. Rube (Eds.). *Clinical child psychiatry* (pp. 205-229). USA: Saunders.
- Donnelly, C. L., Maletic, V. y March, J. S. (1998). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En D. X. Parmelee y R. B. David (Eds.). *Psiquiatría del niño y adolescente*. (pp.97-120). España: Harcourt Brace.
- Drew, W., Ora, N., Cannon, T., y Rebekah, B. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 1065-1085.
- Ellen, E., Das, E. R. y Kenneth, L. (2006) Behavior problems in 18-to 36-months old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development and Psychopathology*, 18, 395-407.
- Finzi, R., Har-Even, D., Weizman, A., Tyano, S., y Shnit, D. (1996). The Attachment Style Questionnaire. <http://www.biu.ac.il/faculty/rokifnz>. Recuperado el 12 de Julio del 2017.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., y Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology. In J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Eds), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (1th ed., pp. 37-88). Washington: Analytic Press.
- George, C., y Solomón, J. (1999). Attachment and caregiving. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). New York: The Guilford Press.
- Grennberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy., & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 469-496). New York: The Guilford Press.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Paso, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.

- Harlow, H. y Zimmermann, R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432.
- Heibron, N. S. (2003). Attachment security, maternal depression, and internalizing and externalizing behavior problems. *American Psychological Association reports*.
- Hernandez-Guzmán, L., del Palacio, A. y Freyre, M. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 111-120.
- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2004). *Desarrollo humano: una Perspectiva del ciclo vital* (3ª ed). México: Thompson editores.
- Laible, D., Thompson, R. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental Psychology*, 34, 1038-1045.
- Lamb, M.E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 817-824.
- León, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. España: McGraw-Hill.
- Lewis, M., Feiring, C., y Rosenthal, S. (2000). Personality and social development. Attachment over time. *Child Development*, 71, 707-720.
- Lorenz, K. (1976). *El comportamiento animal y humano*. España: Plaza & Jane.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A. y Cibelli, C.D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictor of internalizing and externalizing problems at age 7. *Development Psychology*, 33, 681-692.
- Maccoby, E. E., y Feldman, S. S. (1972). Mother-attachment and stranger-reactions in the third years of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 37, 1-86.
- Maddaleno, M., Morello, P. e Infante, F. (2003). *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos para la próxima década*. México: Instituto de Nacional de Salud Pública
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., y Benoit. D. (2013). Attachment and internalizing behaviors in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49, 672-689.
- Main, M., Kaplan, N., y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104. doi: 10.2307/3333827

- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Merrel, K. W., y Walters, A. S. (1998). *Internalizing Symptoms Scale for Children. A measure of depression, anxiety, and related affective and cognitive symptoms*. USA: pro.ed.
- Molina, M., Tomas, J., Sabaté, N. y Baeza, E. (2001). *Trastornos depresivos en niños y adolescentes. Problemáticas de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. Barcelona: Laertes.
- NICHD Early Child Care Research Network (2006). Infant-mother attachment classification: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving quality. *Developmental Psychology*, 42, 38-58.
- Osofsky, J. D., y Eberhart-Wright, A. (1988). Affective exchanges between high risk mothers and infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 221-231.
- Papalia, D., Olds, W. S., y Feldman, R. (2001). *Human development*. (8ª ed.). USA: McGraw-Hill.
- Salinas, P. V. y Bueno, C. M. (2005). *Apego infantil entre la figura materna y el infante no-institucionalizado e institucionalizado*. Tesis no publicada. Universidad Católica de Santa María. Arequipa-Perú.
- Santelices, M.P. y Olhaberry, M. (2009). Asistencia temprana a salas de cuna y patrones de apego infantil: Una revisión. *SUMMA Psicología UST*, 6, 101-11.
- Santillana, L. y Zeballos, D. (2000). *Tipos de apego y niveles de autocontrol en adolescentes universitarios*. Tesis no publicada. Universidad Católica de Santa María. Arequipa-Perú.
- Sarason. I., G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson. Prentice Hall.
- Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. México: Thomson.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A. y Rappe, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 131-143.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., y Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37, 86-100.

- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M., Van Ijzendoorn, M., y Blom, M. (1999). Unresolved loss and infant disorganization. Links to frightening maternal behavior. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 71-94). New York: The Guilford Press.
- Shaw, D. S., & Bell, R. Q. (1993). Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 35-49.
- Shaw, D. S., y Vondra, J. I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 355-357.
- Simpson, J. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp. 713-734). New York: The Guilford Press.
- Spielberger, C. D. (2017). *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños*. Adaptación española. España: TEA ediciones.
- Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.
- Sue, D., Sue., D. W. y Sue, A. (2010). *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill.
- Tandon, M., Cardell, E, y Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: a review of depressive and anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 18, 593-610.
- Trapani, J. N. (2006). *The differential influence of multiple reporters on the relationship between attachment in infancy and internalizing behaviors in middle childhood*. Dissertations & Theses-Gradworks. The University of Texas at Austin USA. <http://www.proquest.com/products-services/pqtd.html>
- Waters, E., Posada, G., Crowell, J., y Lay, K-L. (1993). Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? *Development and Psychopathology*, 5, 215-224.
- Williams, R., Leone, L., Faedda, N. Natalucci, G., Bellini, B., Salvi, E., ...Guidetti, V. (2017). The role of attachment insecurity in the emergence of anxiety symptoms in children and adolescents with migraine: an empirical study. *The Journal of Headache and Pain*, 18, 1474-1477
- Yaya, M. A. (2008). *Apego con padres y pares, estatus socioeconómico y género en adolescentes*. Tesis no publicada. Arequipa-Perú

Apéndices.

Apéndice A

Ficha Demográfica

Datos del Centro de Educación Primaria

Institución Educativa:

Dirección:

Docente a cargo:

Datos del Niño o Niña:

Dato numérico que se le asigna en la investigación:

Fecha de nacimiento:

Edad en años y meses:

Sexo:

¿Aparenta normalidad física?

Datos de los padres o apoderados:

Edad de la madre:

Nivel educacional:

Trabaja en:

Edad del padre:

Nivel Educacional:

Trabaja en:

Estructura y Dinámica Familiar

¿Los padres viven juntos?

Familiares en torno al niño(a):

Opinión de profesora de si los padres colaboran en la educación de su niño(a).

Apéndice B

Cuestionario de Clasificación de Estilos de Apego

Ficha Técnica

Nombre: Cuestionario de Clasificación de Estilos de Apego

Autores: Finzi, R., Har-Even, D., Weizman A., Tyano, S. y Shnit, D

Descripción: El Cuestionario de Clasificación de Estilo de Apego es un cuestionario de autoinforme (autorreporte) de 15 ítems basado en la versión hebrea (Hazan & Shaver, 1987) del Cuestionario de Apego (AQ). El AQ fue modificado para evaluar las relaciones familiares y extra-familiares y arroja puntajes en tres categorías de apego: 1) Seguro, 2) Ansioso/Ambivalente, y 3) Evitativo.

Los niños reciben una clasificación de apego basada en los puntajes más altos que reciben en una categoría.

Edad de aplicación: 07 a 14 años

Número de ítems: 15

Tiempo aproximado de aplicación: 10 a 15 minutos.

Material Necesitado: Cuestionario impreso, lápiz

Dominios del cuestionario

Apego Seguro: Ítems 1, 3, 7, 10, 15:

Apego Ansioso/Ambivalente: Ítems 5, 6, 9, 11, 14:

Apego Evitativo: Ítems 2, 4, 8, 12, 13

Cuestionario de Clasificación de Estilos de Apego

Nombre

Colegio Grado

Fecha de Nacimiento Edad

A continuación hay 15 oraciones. ¿Cuán cierto es cada una de ellas para ti?, cada persona tiene sus propias respuestas. Trata de responder solo lo que tú sientes. Esto no es un examen y no hay respuestas correctas o incorrectas. Lee cada oración cuidadosamente, luego elige una de las cinco respuestas al final de cada oración. Encierra en un círculo el número con la mejor respuesta para ti.

1	2	3	4	5
Totalmente Falso	Falso	Un poco falso/Un poco cierto	Cierto	Totalmente Cierto
1. Puedo hacer amistad con otros niños fácilmente			1	2 3 4 5
2. Me siento mal tratando de hacer amigos			1	2 3 4 5
3. Me siento bien dependiendo de otros, si ellos son mis amigos			1	2 3 4 5
4. A veces algunos compañeros son muy amistosos y muy cercanos a mí			1	2 3 4 5

5. Algunas veces estoy temeroso que algunos compañeros no quieran estar Conmigo	1	2	3	4	5
6. Me gustaría estar cerca de algunos compañeros y estar siempre con ellos	1	2	3	4	5
7. Estoy tranquilo si algunos buenos amigos confían y dependen de mi	1	2	3	4	5
8. Me es difícil confiar completamente en otros	1	2	3	4	5
9. Algunas veces siento que otros no quieren que ser mis buenos amigos como yo soy con ellos	1	2	3	4	5
10. Usualmente creo que compañeros que son cercanos a mí no me dejarán	1	2	3	4	5
11. Algunas veces estoy temeroso que nadie me aprecie	1	2	3	4	5
12. Siento incomodidad y me pongo molesto cuando alguien trata de acercarse mucho a mí	1	2	3	4	5
13. Es difícil para mí confiar realmente en los demás, aun cuando ellos son buenos amigos	1	2	3	4	5
14. Algunas veces los niños me rechazan cuando trato de acercarme y trato de ser un buen amigo	1	2	3	4	5
15. Usualmente, cuando alguien trata de acercarse a mí, me agrada	1	2	3	4	5

Apéndice C

Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC)

Ficha Técnica

Nombre: Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAI)

Autores: Spielberg C. D.

Adaptación: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S. A: (Madrid)

Administración: Individual y Colectiva

Descripción: El Cuestionario STAIC evalúa la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo

Población a la que se Aplica: Niños y adolescentes de 9 a 15 años.

Número de ítems: 40 ítems

Tiempo aproximado de aplicación: 15 a 20 minutos.

Material Necesitado: Cuestionario impreso, lápiz

Dominios del cuestionario

Ansiedad-Estado

Ansiedad-Rasgo

S T A I C

AUTOEVALUACION E/R

Apellidos _____ Nombre _____
Edad _____ Sexo (V-M) _____ Centro _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES

PRIMERA PARTE Frases 1 a 20.

En la primera parte encontrarás unas frases usadas para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

SEGUNDA PARTE Frases 1 a 20.

En la segunda parte encontrarás más frases usadas para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **GENERALMENTE**.

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA