



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Apego y Psicopatología en Adolescentes que han Sufrido Maltrato en
la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022.

Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica.

AUTORA:

María Daniela Piedra Sánchez

DIRECTORA:

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

LOJA- ECUADOR

2022



Certificación

Loja, 12 de septiembre de 2022

DE: Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc. DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc. DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA-FSH-UNL

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **Apego y Psicopatología en Adolescentes que han Sufrido Maltrato en la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022** de la autoría de **María Daniela Piedra Sánchez**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



Firmado electrónicamente por:
**MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA**

.....
Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

FIRMA

Autoría

Yo, **María Daniela Piedra Sánchez**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula de Identidad: 1105706988

Fecha: 16 de septiembre del 2022

Correo electrónico: maria.d.piedra@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0998351418

Carta de Autorización

Yo, **María Daniela Piedra Sánchez** declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular titulado **Apego y Psicopatología en Adolescentes que han Sufrido Maltrato en la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022.**, como requisito para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de septiembre del dos mil veintidós, firma:



Autora: María Daniela Piedra Sánchez

Número de Cédula: 1105706988

Dirección: Miraflores Alto; Avenida Eugenio Espejo y Polonia - Loja

Correo electrónico: maria.d.piedra@unl.edu.ec

Celular: 0998351418

DATOS COPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- Presidenta: Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc.
- Vocal 1: Psc. Cl. Cindy Cuenca Sánchez Mg. Sc.
- Vocal 2: Psc. Cl. Marco Sánchez Salinas Mg. Sc.

Dedicatoria

En especial a Dios, por brindarme la sabiduría necesaria para no decaer en este proceso de obtención de uno de mis más grandes sueños, mi carrera profesional, por ser mi guía y fortaleza en cada paso que he dado, y por darme la oportunidad de conocer durante este largo camino personas que han sido mi apoyo y compañía durante esta etapa de estudio.

A mis padres Jorge y María Elena por su apoyo incondicional, amor y paciencia. Quienes haciendo grandes esfuerzos me han permitido llegar hasta donde hoy estoy, inculcándome siempre los valores de la humildad y la perseverancia, que me han permitido ser una gran persona. Y que, sobre todo mediante su ejemplo y motivación me han enseñado a no rendirme hasta lograr las metas que me proponga.

Y finalmente a toda mi familia, porque siempre estuvieron acompañándome en todo este proceso, celebrando mis triunfos y siendo mi apoyo ante mis derrotas, brindándome sus palabras de aliento, oraciones y consejos cuando todo parecía imposible.

María Daniela Piedra Sánchez

Agradecimientos

Principalmente a Dios por darme vida y salud, por guiar mi camino y acompañarme en los momentos difíciles, por cada momento y experiencia vivenciada durante este proceso que me permitió crecer como persona y a su vez, cumplir una meta más en mi vida.

A mis padres, por depositar toda su confianza en mí sin dudar ni un solo segundo, por ser mis más grandes amigos, un apoyo fundamental en mi vida, que han hecho los mayores esfuerzos por ayudarme a cumplir mis más grandes sueños, pues gracias a ellos puedo decir que hoy soy lo que soy.

A la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la Facultad de la Salud Humana, carrera de Psicología Clínica, por haberme abierto sus puertas y permitirme formar como una profesional competente; a mis docentes, desde primer ciclo hasta octavo ciclo, quienes mediante prácticas pedagógicas difundieron en mí sus vastos conocimientos, y al personal administrativo, ya que de una u otra manera participaron en la culminación de esta meta profesional.

Así mismo, de manera muy especial mis agradecimientos y gratitud a la Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc. quien, en calidad de directora del presente Trabajo de Integración Curricular, me supo brindar su apoyo incondicional, guía y asesoramiento durante el desarrollo científico de mi investigación, proporcionándome siempre las sugerencias pertinentes y necesarias para culminar exitosamente mi formación académica.

A las directoras y profesionales de las diferentes Casas de Acogida de la ciudad de Loja, gracias por permitirme ingresar en sus instituciones para llevar a cabo la ejecución de una de las etapas del presente trabajo de investigación. De igual manera a los adolescentes institucionalizados que afectuosamente gustaron ser partícipes de esta investigación.

Y finalmente a mis amigos/as, quienes siempre estuvieron presentes durante el transcurso de este proceso académico, extendiéndome su mano cuando más lo necesitaba, brindándome su apoyo incondicional y ayuda. Me permitieron vivenciar el valor del compañerismo, haciendo de esta experiencia una de las más gratificantes.

María Daniela Piedra Sánchez

Índice General

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice General	vii
Índice de Tablas	x
Índice de Anexos.....	xi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico.....	7
4.1 Capítulo I: Apego.....	7
4.1.1. Definición	7
4.1.2. Teoría del Apego.....	7
4.1.2.1. Modelos Operativos Internos.....	8
4.1.3. Tipos de Apego	8
4.1.3.1. Apego en la Infancia.....	9
4.1.3.2. Apego en la Edad Adulta.....	10
4.1.4. Apego y Maltrato Intrafamiliar	12
4.1.4.1. Consecuencias del Maltrato Intrafamiliar.....	13
4.1.4.1.1. Infancia.....	13
4.1.4.1.2. Adolescencia y Adultez.....	14
4.1.5. Manifestaciones Clínicas del Apego.....	14

4.1.6. Evaluación del Apego	19
4.1.7. Intervención en el Apego	20
4.1.7.1. Intervenciones Focalizadas sobre el Niño.....	20
4.1.7.2. Intervenciones Focalizadas sobre la Interacción entre Padres e Hijos.....	21
4.2. Capitulo II: Psicopatología.....	23
4.2.1. Definición	23
4.2.2. Teorías.....	24
4.2.2.1. Teoría del Apego de Bowlby.....	23
4.2.3. Psicopatología del Desarrollo.....	24
4.2.3.1. Psicopatología de la Adolescencia	24
4.2.3.1.1. Psicopatología en Relación al Cumplimiento de las Tareas Evolutivas	25
4.2.3.1.2. Psicopatología en Relación a la Disfunción Familiar	26
4.2.3.1.3. Psicopatología en Relación a las Fases de la Adolescencia	27
4.2.4. Consideraciones Etiopatogénicas	27
4.2.4.1. Factores de Riesgo.....	27
4.2.4.2. Factores de Protección	28
4.2.5. Psicopatología y Maltrato Intrafamiliar	29
4.2.5.1. Consecuencias durante la Adolescencia.....	29
4.2.5.2. Consecuencias durante la Aduldez.....	30
4.2.6. Manifestaciones Psicopatológicas	30
4.2.7. Instrumentos de Evaluación para la Psicopatología.....	35
4.2.8. Intervención en la Psicopatología	35
5. Metodología	39
5.1. Diseño y enfoque de Investigación	39
5.1.1. Tipo de Investigación	39
5.2. Área de Estudio	39
5.2.1. Población.....	39

5.2.1.1. Muestra.....	40
5.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	40
5.3.1. Cuestionario de Apego CaMir – R.....	41
5.3.2. Inventario de Síntomas SCL-90-R.....	42
5.4. Consideraciones Éticas.....	43
5.5. Procedimientos por Objetivos	43
6. Resultados	45
6.1. Identificar el tipo de apego en adolescentes que han sufrido maltrato a través del Cuestionario de Apego CaMir-R.....	45
6.2. Evaluar la sintomatología clínica en adolescentes que han sufrido maltrato mediante el Inventario de Síntomas SCL-90-R	45
6.3. Relación entre el apego y la psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato	48
6.4. Diseñar un programa de intervención psicológica, con el propósito de brindar estrategias que ayuden hacer frente a esta situación.....	50
6.4.1. Título.....	50
6.4.2. Introducción	50
6.4.3. Justificación	50
6.4.4. Objetivos Terapéuticos	51
6.4.5. Metodología	51
6.4.6. Descripción de las Sesiones	52
7. Discusión.....	67
8. Conclusiones	70
9. Recomendaciones.....	71
10. Bibliografía.....	72
11. Anexos.....	77

Índice de Tablas

Tabla 1 Características de los adolescentes de acuerdo a su sexo.....	40
Tabla 2 Características de los adolescentes de acuerdo a su edad.....	40
Tabla 3 Tipo de apego en adolescentes que han sufrido maltrato.....	45
Tabla 4 Sintomatología clínica en adolescentes que han sufrido maltrato de acuerdo al índice de severidad global.....	45
Tabla 5 Tabla cruzada: Relación entre el apego y psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato.....	49
Tabla 6 Correlación de Spearman: Apego y psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato.....	49

Índice de Anexos

11.1. Anexo 1. Aprobación del Proyecto: Informe de Estructura, Coherencia y Pertinencia.....	77
11.2. Anexo 2. Designación de la directora.....	78
11.3. Anexo 3. Oficio de Pertinencia del lugar para realizar la Investigación del Trabajo de Integración Curricular.....	79
11.4. Anexo 4. Certificación del Abstrac.....	82
11.5. Anexo 5. Asentimiento Informado	83
11.6. Anexo 6. Cuestionario de Apego CaMir – R.....	84
11.7. Anexo 7. Inventario de Síntomas SCL – 90 -R.....	86
11.8. Anexo 8. Tablas	89
11.9. Anexo 9. Prueba de Normalidad.....	90
11.10. Anexo 10. Matriz de Datos en Excel	100
11.11. Anexo 11. Matriz de Datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS.....	100

1. Título

Apego y Psicopatología en Adolescentes que han Sufrido Maltrato en la Ciudad de Loja, Periodo Abril- agosto 2022.

2. Resumen

Las primeras relaciones afectivas que los adolescentes establecen con sus cuidadores primarios juegan un papel importante en el desarrollo de su salud mental, pues si las mismas se establecieron de forma adecuada y en un medio seguro se promueve el desarrollo de una adecuada autoestima, mayor seguridad y el establecimiento de sanas relaciones sociales en la edad adulta, sin embargo si las mismas estuvieron sujetas a ciertos factores externos como la violencia o los malos tratos, puede existir la probabilidad de que los adolescentes sean seres vulnerables a padecer problemas de salud mental. Con este antecedente, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el apego y la psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato en la ciudad de Loja. Enmarcando la metodología de estudio en un diseño no experimental de tipo correlacional, descriptivo y exploratorio, así como también en un enfoque de corte transversal y de campo, cuya población fue 54 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad que han sido víctimas de maltrato y pernoctan en casas de acogida de la ciudad de Loja. Se empleo para la recolección de datos el Cuestionario de Apego CaMir-R y el Inventario de Síntomas SCL-90-R, los cuales permitieron determinar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio ya que, al identificar el tipo de apego preocupado, aunque este prevalezca no se relaciona con la presencia o no de malestar en esta población. Además, se diseñó un programa de intervención psicoterapéutico para fortalecer la salud mental de adolescentes institucionalizados víctimas de maltrato.

Palabras clave: Tipo de apego, Psicopatología, Adolescentes institucionalizados, Víctimas de maltrato, Casas de acogida.

2.1 Abstract

The first affective relationships that adolescents establish with their primary caregivers play an important role in the development of their mental health, because if these relationships were established in an adequate manner and in a safe environment, they promote the development of adequate self-esteem, greater security and the establishment of healthy social relationships in adulthood; however, if these relationships were subject to a certain external factors such as violence or abuse, It may be a probability that adolescents are vulnerable to mental health problems. With this background, the present investigation work has as an objective to determine the relationship between attachment and psychopathology in adolescents who have suffered maltreatment in Loja city. The methodology study was framed in a non-experimental design of correlational, descriptive and exploratory type, as well as in a cross-sectional and field approach, whose population was 54 adolescents between 13 and 17 years of age who have been victims of mistreatment and stay overnight in shelters in Loja city. The CaMir-R Attachment Questionnaire and the SCL-90-R Symptom Inventory were used for data collection, which allowed to determine that there is no statistically significant correlation between the study variables since, when identifying the type of attachment concerned, although it prevails, it is not related to the presence or absence of discomfort in this population. In addition, a psychotherapeutic intervention program was designed to strengthen the mental health of institutionalized adolescent victims of maltreatment.

Key words: Type of attachment, Psychopathology, Institutionalized adolescents, Victims of maltreatment, Foster care.

3. Introducción

La adolescencia al ser un periodo de transición en la vida del ser humano, en la cual se lleva a cabo un sin número de cambios a nivel físico, psicológico y socio afectivo, sin lugar a duda es una etapa única, en la cual no solo intervienen estos cambios, sino que la exposición a ciertos factores externos como la violencia, los malos tratos, la pobreza, entre otros, pueden hacer de los adolescentes seres vulnerables a padecer problemas de salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

A nivel mundial se estima que uno de cada siete adolescentes en edades de 10 a 19 años, padece algún trastorno mental, lo que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario (OMS, 2021). Actualmente en América Latina y el Caribe, alrededor de 16 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años padecen un trastorno mental, lo que supone cerca del 15%, un porcentaje un poco más elevado que la media mundial y que a su vez, está asociado en muchos de los casos con problemas familiares y de abuso (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021, p. 3).

De acuerdo a los resultados arrojados por el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Ecuador se menciona que, el 75% de las familias afirmaron que sus niños, niñas y adolescentes en edades que van de los 10 a los 19 años presentan ciertos problemas de salud mental, mismos que se han visto incrementados durante la pandemia de COVID 19 (UNICEF, 2021); al igual que en el caso de la ciudad de Loja, donde se ha determinado que en el año 2020, 2021 y lo que va del año 2022, estas afecciones han incrementado un 30% (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2021).

Patologías que en su gran mayoría no reciben el reconocimiento y el tratamiento adecuado, un hecho que tiene consecuencias que se extiendan a la edad adulta, perjudiquen la salud física y mental de la persona, y restrinjan sus posibilidades de llevar una vida plena (OMS, 2021).

Pues el conocer y comprender cuales son las variables causales o mediadoras que pudiesen subyacer a esta condición psicopatológica, es una tarea fundamental para optimizar la intervención con sujetos que padecen trastornos mentales, así como también, para instaurar y promover estrategias de prevención y protección que hagan hincapié en la problemática y la importancia de la salud mental.

Muchos han sido los personajes que se han interesado por determinar el origen de los trastornos mentales, específicamente durante la etapa de la adolescencia, puesto que se ha podido corroborar que varias de las psicopatologías tienden a iniciar durante esta etapa, y otras se evidencian habiendo sido gestadas en años previos, donde las primeras relaciones afectivas

establecidas con los padres o cuidadores primarios tienen un gran protagonismo (Pedreira et al., 2014).

Es así que, se hace mención de la Teoría del Apego propuesta por Bowlby como una posible respuesta explicativa a la aparición de estos trastornos durante esta etapa de desarrollo, asociándola a la calidad del vínculo experimentado desde los primeros años de vida del niño con sus figuras cuidadoras (López, 2019). Postulado que adquiere mayor relevancia en el caso de niños y adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar, una población amplia pero que tiende a la invisibilidad (Rodríguez y Morell, 2012 como se citó en Camps et al. 2014).

Es por ello que surgió la importancia de estudiar la relación que pudiese existir entre el apego y psicopatología en adolescentes maltratados de la ciudad de Loja una problemática que, si bien ha despertado el interés académico científico de muchos por investigarla durante los últimos años, especialmente a nivel local, no existe evidencia científica que corrobore su ejecución.

Dicho aquello, la presente investigación pasa a convertirse en un trabajo innovador con datos estadísticos fiables que beneficia directamente adolescentes institucionalizados ya que, de una u otra manera da a conocer a la población en general como se ve afectada su salud mental, es por ello que se ha planteado como objetivo general determinar la relación que existe entre el apego y la psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato y como objetivos específicos identificar el tipo de apego a través del Cuestionario de Apego CaMir-R y evaluar sintomatología clínica mediante el Inventario de Síntomas SCL-90-R, lo que permitió desarrollar un programa de intervención psicológica con el propósito de impulsar un apego seguro, reduciendo sintomatología ansiosa.

Su marco teórico se estructuró de 2 capítulos donde se detallan diferentes perspectivas de diversos autores entorno al apego y la psicopatología, resaltando específicamente conceptos, teorías, tipos, manifestaciones clínicas, su relación con el maltrato, técnicas de evaluación y enfoques óptimos para intervenir en cada variable. La metodología con la que se trabajó durante esta investigación fue de tipo correlacional, descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo, enmarcada en un diseño de investigación no experimental y de corte transversal. De igual manera da a conocer la población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos, consideraciones éticas y el procedimiento que se ejecutó para su realización, seguido de los resultados, la discusión, las conclusiones, las recomendaciones y finalmente referencias bibliográficas y los anexos.

Cabe mencionar que la presente investigación se realizó con la aprobación de las autoridades encargadas de las diferentes casas de acogida de la ciudad de Loja, así como

también, con el respectivo consentimiento de los adolescentes institucionalizados; todo ello en coordinación con las Psicólogas Clínicas de las instituciones y la guía de los docentes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

4. Marco Teórico

4.1. Capítulo I: Apego

4.1.1. Definición

Según señala Izpuru (1994) la definición de apego evolucionó del psicoanálisis, en específico de la teoría de las relaciones afectivas. El primero en desarrollar una teoría del apego que describa y explique el motivo por el que los niños se convierten en sujetos emocionalmente apegados a sus cuidadores primarios y así también, cuáles son los efectos emocionales que pudiesen surgir de una separación, fue John Bowlby, quien intento mezclar los diversos conceptos derivados de la etiología, el psicoanálisis y de la teoría de las relaciones afectivas para lograr dar una respuesta que explicase el lazo emocional que existe entre un hijo y su madre (p. 2).

De esa manera, Ainsworth (1978) describe al apego como aquel lazo afectivo que se forma entre el menor y su cuidador primario, generalmente su figura materna. Un concepto que guarda un estrecho parecido con el establecido por Sroufe y Waters (1977) quienes señalan al apego como aquel lazo afectivo que surge entre el niño y quienes le proporcionan cuidado, y a su vez como aquel sistema conductual que trabaja flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, influenciado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta.

4.1.2. Teoría del Apego

La teoría del apego, propuesta inicialmente por John Bowlby y enriquecida posteriormente por Mary Ainsworth, se establece en la premisa de la predisposición biológica del infante a buscar proximidad con sus cuidadores primarios con el objetivo de que los mismo les provean protección y satisfagan sus necesidades primarias (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Desde el nacimiento, el niño muestra esta búsqueda de proximidad por medio de conductas de apego específicas, como por ejemplo el llanto, una acción con la cual el infante puede llamar la atención de su cuidador, y por ende hacer que el mismo se aproxime y le proporcione protección y seguridad. Cabe mencionar que cuando el cuidador primario es sensible a estas conductas de apego de manera prolongada, el menor percibe ya, de forma indirecta a su cuidador como un lugar seguro, lo que le facilita a su vez, disponer de una base de seguridad para explorar el entorno e ir estructurando su desarrollo. Pero si sucede todo lo contrario, es decir, cuando el cuidador es insensible a estas conductas, el infante no se siente capaz ni seguro de explorar su entorno, ya que percibe a su cuidador como un refugio no seguro (López, 2019).

Estas interacciones que se establecen con los cuidadores primarios o figuras de apego, permiten al menor ir edificando el sistema de regulación de sus emociones, es decir, si se ha

logrado alcanzar una interacción satisfactoria en la cual hay una sincronía entre la experiencia interna del infante y las respuestas de sus cuidadores primarios, se desarrollara apropiadamente la capacidad de autorregulación, pero si por el contrario, estos cuidadores primarios no han respondido de manera elocuente a las necesidades del menor, esta proximidad será disfuncional, un hecho que provocara que los afectos del niño se desactiven (Silverman, 1998).

4.1.2.1. Modelos Operativos Internos

Desde la infancia temprana cada persona va estructurando gradualmente las experiencias más significativas de las interacciones con sus figuras de apego a manera de representaciones mentales, lo que Bowlby (1969) definió como *modelos operativos internos*, que hacen referencia a los modelos cognitivos-afectivos de uno mismo y del otro, es decir, estos modelos permiten regular, interpretar y predecir aspectos como la conducta, los pensamientos y sentimientos, de nuestra propia persona y del otro (Bretherton y Munholland, 1999 como se citó en López, 2019).

Estos modelos operativos internos, como se mencionaba anteriormente, se constituyen a partir de las experiencias repetidas en las cuales el menor va forjando expectativas de sus interacciones; modelos que se generalizan, guían y modelan las relaciones con los otros (Marrone, 2018). Dentro de estas experiencias repetitivas podemos mencionar a la relación que el infante establece con su figura de apego, como la primera experiencia en la cual él puede interiorizar una visión de sí mismo y de los demás, de modo que, si el cuidador primario o figura de apego se muestra cariñoso y está disponible para responder a las necesidades del menor, el infante creara una representación positiva de los demás y de sí mismo, como una persona valiosa merecedora de atención y cuidado; pero si por el contrario, ese cuidador primario se muestra insensible a las necesidades del menor o a su vez no está disponible, el menor estructurara una visión negativa de los demás y de sí mismo, como personas poco confiables o no digna de protección (López, 2019).

Lo que nos lleva a deducir que estas representaciones mentales formados en la etapa infantil configuran nuestra visión general del mundo y de las interacciones, postulado que pudiese explicar lo que acontecerá en futuras relaciones sociales (López, 2019).

4.1.3. Tipos de Apego

Diversos son los sujetos que se han enfocado en investigar los diferentes tipos de apego o de vinculación que pudiesen existir en base a la relación que se establece entre el cuidador primario y el infante, un aspecto que depende únicamente de la sensibilidad y de la capacidad que tiene ese cuidador, para dar respuesta a las necesidades que presente el niño.

La gran mayoría de ellas, no coinciden puntualmente con el mismo establecimiento de

estas tipologías, puesto que cada una plantea estos tipos de acuerdo a los resultados que han podido obtener de sus estudios con infantes y adultos. Sin embargo, cabe mencionar que las mismas si reconocen la presencia de un tipo de apego seguro e inseguro, en la infancia como en la edad adulta.

Por ello, se considera importante detallar a continuación cuales son las diferentes tipologías que los investigadores han podido establecer y como las mismas pueden evolucionar a lo largo del desarrollo de la persona.

4.1.3.1. Apego en la Infancia

Mary Ainsworth et al. (1978) realizando investigaciones en base a las interacciones que se establecen entre una madre y su hijo, pudo formular su teoría, donde se menciona que el establecimiento del apego deriva de la calidad de esas interacciones. La misma se llevó a cabo con la denominada “situación extraña”, una técnica experimental que consiste en el establecimiento de una serie de sucesos que se dividen en 8 etapas, por medio de las cuales se evaluaba el funcionamiento de la conducta de apego.

Esta inicia con el ingreso de una madre y su hijo a una habitación de juego, donde al cabo de unos minutos ingresa una persona desconocida, quien empieza a interactuar y jugar con el menor, mientras su madre sale de la habitación dejándolo a solas con esa persona. Al cabo de unos segundos la madre nuevamente ingresa y sale en compañía del otro sujeto con el objetivo de dejar completamente solo al menor, y posteriormente a un determinado tiempo, ambas personas regresan. Un procedimiento que concluyo que, los niños exploran su entorno y así mismo juegan más en presencia de su madre, lo que hace denotar que los menores emplean a sus madres como aquella base segura para su exploración (Ainsworth,1967).

Y es en función de este procedimiento, que se pueden distinguir 4 tipos de apego. Inicialmente, Ainsworth (1967) estableció tres tipos de apego basados en las ideas que tiene el niño acerca de la disponibilidad de su figura materna o de apego, y posteriormente Main y Solomon (1986) añadieron un cuarto tipo.

Apego Seguro. Caracterizado por la incondicionalidad, es decir, los menores que han construido este tipo de apego han asimilado que sus cuidadores primarios no le van a falla, les son incondicionales, los aman, valoran y cuidan activamente; un hecho que se ha alcanzado gracias al buen desempeño del cuidador, quien ha respondido de manera adecuada a las necesidades del infante, y a su vez ha proporcionado cuidado. Así también, cabe resaltar que estos niños se sienten amados, valorados, aceptados y sobre todo felices, no se les dificulta iniciar una interacción con las personas de su alrededor, ni muestran miedo ante el abandono. Emplean generalmente el código de la intimidad para interactuar con su figura de apego, es

decir, tratan de relacionarse con ellos mediante la mirada, o a su vez, mediante el tacto, abrazos, etc. Son sujetos que en su edad adulta serán independientes (Álvarez et al., 2019).

Apego Inseguro

Ansioso y Ambivalente: Tipo de apego en el cual se resalta la inseguridad y duda por parte del menor con respecto a la presencia de su cuidador, sobre el cual predomina una inconsistencia con respecto al cuidado y respuestas brindadas hacia las necesidades del menor. Estos niños se caracterizan por presentar constantemente un miedo y angustia ante las separaciones, así como también problemas para lograr calmarse cuando no visualizan a su cuidador, necesitan de la aprobación de los demás, y temen ser abandonados, vigilan constantemente la presencia de su figura de apego y tratan de no alejarse mucho de ellos cuando exploran el entorno (Benítez et al., 2019).

Evitativo. Los niños que han adquirido este patrón de conducta han asumido que sus cuidadores primarios no estarán presentes para solventar sus necesidades, un aspecto que los lleva a que aprendan a vivir por sí mismos en la medida de lo posible. Es decir, estos menores debido a las carencias que han vivenciado aprenden a ser autoeficaces e independientes, se caracterizan por rechazar las interacciones, se comportan como si las personas de su entorno no les interesaran, evitan las manifestaciones de cariño y así también, crecen con la idea de que no son queridos por nadie (Benítez et al., 2019).

Desorganizado: un tipo de apego totalmente contrario al apego seguro, y que a su vez no es aceptado por algunos autores; aquí se hace mención de los niños que tienen un comportamiento inadecuado y contradictorios, resultado de la combinación de un apego ansioso y evitativo. Estos, se caracterizan por presentar conductas y reacciones explosivas, así como también, una gran dificultad para relacionarse con las personas de su entorno, desarrollan relaciones conflictivas con sus compañeros, tienden a destruir los juguetes y las interacciones que mantienen con sus figuras de apego son negativas (el cuidador se caracteriza por presentar conductas negligentes) (Benítez et al., 2019).

4.1.3.2. Apego en la Edad Adulta

Partiendo de la definición que Bowlby (1969) hizo referente al apego como una particularidad estable a lo largo del desarrollo de la persona, se puede mencionar que a medida que el menor va creciendo, va adquiriendo u otorgando una mayor importancia a las relaciones externas al sistema familia, lo que en la etapa adulta se genera normalmente con la pareja, que es la figura de apego en ese momento. Un aspecto que, a diferencia del apego infantil, donde las figuras de apego eran los progenitores quienes ofrecían ese apoyo y protección, en la edad adulta esa interacción abarca una simetría entre la persona y su figura de apego, en la que ambas

brindan y reciben los cuidados necesarios (Yárnoz, 2008).

Diversos son los autores que han enfocado en abordar los principios de la teoría del apego en la edad adulta, para brindar una explicación de las tipologías que aquí se derivan. Como por ejemplo Main et al. (1985) quienes desarrollaron una entrevista de apego adulto (Adult Attachment Interview) para determinar estos estilos de apego en la población en mención; estableciéndolos como derivados de las categorías de Ainsworth, entre ellos:

Apego Seguro: Donde se describe a las personas como sujetos que se sienten cómodos en la intimidad con los demás, que confían en recibir su apoyo y que creen ser dignas de estima.

Apego Inseguro Evitativo: Donde se destaca a los individuos que valoran la independencia, a menudo minimizando la importancia de mantener relaciones íntimas y evitando la cercanía y el apoyo del otro.

Apego Inseguro Preocupado: Donde se hace notar a las personas que tienen miedo de ser abandonadas, y que están constantemente pendientes del apoyo emocional de los demás, a menudo con dificultades para alcanzar el grado de intimidad que desearían, buscando en exceso la proximidad y sintiendo que los demás les prestan poca atención.

No Resuelto: Donde se destaca a los individuos que viven de manera confusa, que buscan seguridad en sus figuras de apego, pero a la vez las viven con temor y experimentan deseos de distanciarse de ellas, por lo que existe una tendencia a comportarse de forma contradictoria, y a tener relaciones problemáticas.

Por otra parte, podemos hacer mención de Bartholomew y Horowitz (1991), quienes partiendo de los postulados de Bowlby (1969) acerca de los modelos operativos internos, describieron una nueva tipología de estilos de apego, específicamente cuatro modelos prototípicos a partir de la representación que una persona tiene de sí misma (self) y de los demás. Entre ellos se puede denotar:

Apego Seguro: que se caracteriza por el predominio de una valoración positiva de uno mismo y de los demás, viendo a los otros como personas confiables, accesibles y sensibles a las propias necesidades.

Apego Inseguro Evitativo: por su lado, se caracteriza por poseer la persona una visión positiva de sí mismo pero negativa y desconfiada de los otros, a los que se tendería a evitar.

Apego Inseguro Temeroso: caracterizado por una visión negativa tanto de uno mismo como de los demás, es decir, aquí se podría centrar a las personas que se autodevalúan y tienden a mantenerse en un estado de hipervigilancia defensiva, estableciendo relaciones en las que se muestran reservados y suspicaces.

Apego Inseguro Preocupado: Que en cambio se caracteriza por poseer una visión

negativa de uno mismo, con tendencia a la devaluación, y una visión positiva de los demás, a quienes sobrevaloran y de quienes buscan una aprobación y valoración, es decir, se trata de personas que pueden confiar ciegamente, sin percibir defectos, limitaciones o riesgos (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Tipologías que han sido ampliamente debatidas y cuestionadas, pero que a su vez han servido como base para establecer una buena clasificación que aborde la combinación de las dos variables que subyacen al apego, como lo son la ansiedad y la evitación. Es así que Bartholomew y Horowitz (1991) propusieron esta nueva clasificación:

Apego Seguro: Sujetos que poseen un bajo nivel de ansiedad y evitación.

Apego Inseguro Evitativo: Sujetos que poseen un bajo nivel de ansiedad, pero a su vez un alto nivel de evitación.

Apego Inseguro Temeroso: Sujetos que poseen un alto nivel de ansiedad y evitación.

Apego Inseguro Preocupado: Individuos que poseen un bajo nivel de evitación, pero a su vez, un alto nivel de ansiedad.

4.1.4. Apego y Maltrato Intrafamiliar

Desde hace varios años atrás la literatura ha aseverado que el maltrato influye de manera negativa en el desarrollo de los niños. Un argumento que se ha podido constatar mediante la teoría del apego, puesto que los estudios que se han realizado en la misma línea han podido demostrar que el vivenciar situaciones traumáticas como el maltrato o la violencia por parte de un padre o familiar cercano, tienen efectos desfavorables en el establecimiento y calidad del apego infantil, que repercute en el desarrollo posterior de la persona (Baer & Martínez, 2006).

La violencia intrafamiliar entendida como “toda acción o conducta que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejercido por alguno de los integrantes que conforman el sistema familiar en contra de uno de los demás miembros del núcleo familiar” (Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, 2014, Artículo 155) genera un desorden en la dinámica del sistema familiar, y sobre todo en la estabilidad de los más pequeños, ya que repercute en la formación del apego y su comportamiento. Pues cuando las figuras paternas son quienes ejercen la violencia, sus hijos tienden a establecer con ellos, vínculos traumáticos que forman un conflicto de aproximación-evitación (Riggs, 2010), es decir, los lazos afectivos establecidos por el menor se ven influenciados por las conductas de sus figuras paternas ya que, quienes deberían querer y cuidar son quienes maltratan, generan miedo, temor y preocupación.

El maltrato al bloquear las señales que estimulan el adecuado desenvolvimiento del sistema de apego, desactiva, ya sea temporal o permanentemente las conductas y sentimientos derivados del apego (Bowlby, 1982). Impidiendo el desarrollo de un apego seguro, y dando

lugar a la presencia de apegos inseguros, que dependerán de las características del ambiente en el que se halle el menor y sobre todo de la relación que mantenga con su cuidador primario, es así que, si el menor presenta retracción o miedo a la pérdida de su cuidador primario a pesar de la violencia que el mismo pueda ejercer o a su vez existan otras características de gran relevancia, se hará notar el desarrollo de un apego inseguro de tipo evitativo, ansioso o preocupado con su cuidador (Amar y Berdugo, 2006).

Todo ello nos permite contrastar lo planteado por la literatura, pues la evidencia empírica nos muestra que existe una mayor probabilidad de presentar estilos de apego inseguros los niños, adolescentes y adultos que han sido víctimas de violencia intrafamiliar durante sus primeros años de vida. Y así también, que estos sujetos serán quienes establecerán relaciones interpersonales problemáticas, además de una mayor dificultad para formar una autoestima y visión positiva de los demás (López et al., 2012). Sin embargo, es importante destacar que el hecho de ser víctima de maltrato no evoca necesariamente el presentar un apego de tipo inseguro ya que, durante su desarrollo el menor o adulto puede encontrarse con personas que le pudiesen ayudar a trabajar sus traumas derivados de los episodios de maltrato que vivencio en sus etapas anteriores, y así mejorar la forma de relacionarse con las personas más allegadas a su entorno.

4.1.4.1. Consecuencias del Maltrato Intrafamiliar

Una de las principales consecuencias que se presentan es el desarrollo de un apego inseguro, específicamente de tipo desorganizado o también conocido como preocupado durante la primera infancia, etapa escolar y adolescencia (Muela et al., 2012). Además de la presencia de una sintomatología ansiosa y depresiva que apuntan al desarrollo de trastornos psicopatológicos, dificultades para entablar relaciones interpersonales y de adaptación (Allen et al., 1996).

4.1.4.1.1. Infancia

El vivenciar maltrato durante los primeros años de vida puede generar daños en el desarrollo adecuado del cerebro y sistema nervioso de los niños, pues ambos se pueden ver alterados, ya que el hecho de ser víctima de maltrato y a su vez, tener un miedo constante con respecto a la figura de apego puede generar altos niveles de estrés. Así también, se puede mencionar que estos niños pueden manifestar conductas evitativas como la retracción al agresor, emplear como mecanismos de control amenazas o de abandono, y conductas específicas con las cuales querrán controlar todo su entorno.

Por otro lado, la dimensión psicoafectiva también se ve afectada puesto que, se ha constatado que el apego influye en el reconocimiento y desarrollo de habilidades de regulación emocional, es decir, estos menores poseen dificultades para manejar sus respuestas

emocionales, temor y angustia debido al deficiente entrenamiento en los mismos por parte de sus cuidadores primarios (Capaldo y Perella, 2018). Pueden presentar sintomatología psicosomática o a su vez, problemas de ansiedad o depresión que alteran su autoconcepto y autoestima.

4.1.4.1.2. Adolescencia y Adultez

Los menores que han sido víctimas de maltrato, independientemente del tipo de apego inseguro que han desarrollado comparten una característica en común, pues debido a las ineficaces respuestas que han obtenido por parte de sus cuidadores primarios, ellos no han podido desarrollar un sentimiento de seguridad ante el exterior (Pabón y Téllez, 2017).

Un aspecto que repercute en las relaciones sociales que los infantes logren establecer durante su adolescencia, puesto que, si los primeros lazos afectivos que establecieron se caracterizaron por la inseguridad, el rechazo o la indisponibilidad, es mucho más probable que sus relaciones sociales sean emocionalmente frías, y a su vez, conlleven altos niveles de ansiedad y celos. Así también, si las figuras paternas siempre tendían a ignorar o invalidar el malestar o emociones del menor, este mostrará características de una persona fría que evadirá siempre el compromiso emocional, mostrará inseguridad con respecto a su propia valía y una escasa implicación en las relaciones afectivas debido a la ansiedad y preocupación relacional que derivará de la desconfianza y los celos (Cooper et al., 2004).

Y con lo que respecta a las relaciones de pareja, varios estudios han demostrado que el ser víctima de maltrato durante los primeros años de vida, restringe la posibilidad de instaurar satisfactorias relaciones de pareja durante la adolescencia y adultez, puesto que aquí siempre predominara debido a la presencia de un apego inseguro, el miedo a la intimidad, altos niveles de preocupación y ansiedad por la sexualidad, además de la dificultad para mostrar confianza y cercanía hacia la pareja (Trickett et al., 2011). Añadido a ello, estos menores también poseen una mayor probabilidad de repetir aquellas conductas violentas que vivenciaron con las personas que los rodean, en el caso de ser un varón se asume que existe un mayor riesgo de ejercer violencia de género mientras que, en el caso de ser mujer, el hecho de ser víctima de la violencia de género (Cyr et al., 2006).

4.1.5. Manifestaciones Clínicas del Apego

Entre las principales psicopatologías que podemos mencionar con relación al apego están:

Trastorno de Apego Reactivo 313.89 (F94.1)

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) son textualmente

los siguientes:

- A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:
 - 1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
 - 2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.
- B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:
 - 1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
 - 2. Afecto positivo limitado.
 - 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.
- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 - 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 - 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).

Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).
- E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.
- F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.
- G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Adicionalmente se debe especificar si este trastorno se ha presentado durante 12 meses.

O a su vez, si es grave, es decir, cuando el niño presenta toda la sintomatología del trastorno y estos consecuentemente se muestran en un elevado grado.

Trastorno de Vinculación de la Infancia Reactivo F94.1

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Inicio antes de los cinco años.
- B. El niño muestra actitudes sociales fuertemente contradictorias o ambivalentes en muy

diversas situaciones (aunque puedan ser variables de unas relaciones a otras).

- C. Trastorno emocional manifestado por falta de respuesta emocional, reacciones de aislamiento, respuestas agresivas al malestar propio y de los demás y/o hipervigilancia temerosa.
- D. Cierta capacidad para la relación social, que se pone de manifiesto en la interacción con adultos normales.
- E. No se cumplen los criterios para los trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Dentro de este trastorno se excluye al síndrome de asperger (F84.5), el trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2), los síndromes de malos tratos (T74.-), la variación normal de los modos de vinculación selectiva y el abuso físico o sexual en la infancia con resultado de problemas psicosociales (Z61.4-Z61.6).

Trastorno de Relación Social Desinhibida 313.89 (F94.2)

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (APA, 2014) son textualmente los siguientes:

- A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:
 1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
 2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
 3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
 4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.
- B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.
- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de

establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).
- E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Adicionalmente se debe especificar si el trastorno es persistente, es decir si ha estado presente durante más de 12 meses; o si a su vez, si es grave, el niño presenta todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Trastorno de la Vinculación de la Infancia Desinhibido F94.2

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Durante los cinco primeros años de vida se produce como un hecho persistente el establecimiento de vínculos difusos (que no persisten necesariamente en la segunda infancia). El diagnóstico requiere un fracaso relativo para establecer vínculos sociales selectivos, manifestado por:
 - 1. Predisposición a buscar consuelo en los demás ante el malestar propio.
 - 2. Falta de selectividad anormal (relativa) de las personas en las que busca consuelo.
- B. Las interacciones sociales con personas extrañas están pobremente moduladas.
- C. Se requiere al menos uno de los siguientes:
 - 1. Conductas de adherencia en la primera infancia.
 - 2. Búsqueda de atención y comportamiento indiscriminadamente amistoso en la primera o segunda infancia.
- D. La falta general de especificidad por las situaciones descritas anteriormente debe ser clara. Para el diagnóstico se requiere que los síntomas de A y B se manifiesten en todo el abanico de conductas sociales del niño.

Aquí se excluyen el síndrome de asperger (F84.5), el hospitalismo en niños (F43.2), los trastornos hiperkinéticos (F90.-) y el trastorno de la vinculación de la infancia reactivo (F94.1).

Trastorno de Ansiedad por Separación 309.21 (F93.0)

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (APA, 2014) son textualmente los siguientes:

- A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastornos de Ansiedad de Separación en la Infancia F93.0

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Deben estar presentes al menos tres de los siguientes:
1. Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que pudieran acaecer

a personas significativas, temor a su pérdida (p. ej., miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.

2. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (p. ej., perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).
 3. Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como temor a que algo pudiera ocurrir en el colegio).
 4. Dificultad para separarse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 - a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa.
 - b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa.
 - c) Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.
 5. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.
 6. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionados con la separación.
 7. Síntomas somáticos reiterados (como náuseas, dolor abdominal, cefalea o vómitos) en situaciones que implican la separación de la persona significativa, tales como dejar la casa para ir al colegio u otras (vacaciones, campamentos, etc.).
 8. Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad, llanto, rabietas, rechazo persistente a salir de casa, necesidad excesiva de hablar con las figuras significativas o deseo de, que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social).
- B. No se cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada de la infancia (F93.80).
- C. Inicio antes de los seis años.
- D. El trastorno no forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicótropas.
- E. La duración del trastorno es de al menos cuatro semanas.

Trastorno que excluye a los trastornos afectivos (F30-F39), trastornos neuróticos (F40-F48), trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1) y el trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2).

4.1.6. Evaluación del Apego

El apego, así como las variables psicológicas, es un aspecto que, al no poder ser

visualizado directamente, debe evaluarse y deducirse desde la conducta que el sujeto manifiesta (Main y Solomon, 1999).

Diversos son los métodos de recolección de datos que nos permiten evaluar los patrones de apego en adultos, adolescentes y niños, entre ellos se enfatizan específicamente entrevistas, autoinformes y test proyectivos (López, 2019), que han sido en su gran mayoría diseñados para trabajar con poblaciones en las cuales predomina el idioma inglés y pocos de ellos han sido adaptados al español, un hecho que delimita de cierta manera su elección e implementación en los diferentes entornos en los cuales se busca evaluar este aspecto.

Es por ello que se ha optado por emplear en este trabajo de investigación para la recolección de datos el autoinforme denominado cuestionario de apego CaMir - R, debido a que es el que se encuentra actualmente adaptado al español, es de fácil aplicación, y además nos permite determinar el tipo de apego de los individuos de una manera práctica y rápida.

Cuestionario de Apego CaMir-R.

Este cuestionario es una versión reducida del denominado autoinforme Cartes: Modeles Individuels de Relation (CaMir), fue creado por George et al. en 1985 y adaptado al español por Pierrhumbert et al. en el año 2011, está compuesto por 32 ítems que evalúan tres tipos de apego, que a su vez nos permiten obtener una concepción del funcionamiento familiar de la persona que completa el cuestionario.

Además de ello, es de fácil aplicación al igual que el CaMir, que fue implementado en años anteriores para medir las representaciones del apego a partir de evaluaciones que realiza una persona sobre sus experiencias de apego, tanto pasadas como presentes (Pierrehumbert et al., 1996); este por su parte consta de 72 ítems que tienen un formato tipo Likert y un procedimiento Q-sort, donde los resultados que de aquí se obtengan posteriormente se los relacionara con 3 tipos de apego, el seguro, preocupado y evitativo (López, 2019).

4.1.7. Intervención en el Apego

Los métodos más utilizados en el proceso de intervención focalizado en la interacción entre padres e hijos, se fundamentan específicamente en el Modelo Conductual, destacando sus intervenciones directas sobre el menor y su relación paterno-filial.

4.1.7.1. Intervenciones Focalizadas sobre el Niño

Estos métodos de intervención principalmente se centran en el menor, donde quien actuará como un referente vincular será el terapeuta. Entre ellas se encuentra:

Terapia de Juego No Directiva. Este método es empleado mayormente en menores que han estado expuestos a determinadas situaciones traumáticas o han sido diagnosticados con trastornos del vínculo, pero posteriormente a la intervención del trauma. En

el mismo, el terapeuta debe dejar jugar y actuar al menor, mostrándole a su vez aceptación; aquí las emociones que experimente el menor durante el procedimiento, deben ser canalizados e interpretados por el terapeuta. El vínculo que se dé entre ambos, debe facilitar que el menor interiorice y sea capaz de generalizar esta interacción que ha surgido, con las demás personas (Lyon y Block, 1996).

Programa de Terapia Familiar de Cohen. Intervención que ha sido formulada para instaurar el vínculo entre padres e hijos, tras la adopción (Sroufe, 1988).

4.1.7.2. Intervenciones Focalizadas sobre la Interacción entre Padres e Hijos.

Las técnicas más notables y utilizadas en el proceso de intervención enfocado en la interacción entre padres e hijos, son las siguientes:

Psicoterapia Niño-Padre. Esta intervención se enfoca en examinar las interacciones emocionales experimentadas por el menor y su cuidador primario, y a su vez, explorar si hay la presencia de antecedentes traumáticos en ese cuidador. Consiste en una serie de sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una, que se realizan una vez por semana en el transcurso de un año (Main y Cassidy, 1988).

Método de Diane Benoit. Empleado generalmente en el caso de infantes que han sido diagnosticados con un tipo de apego desorganizado; cuyo objetivo sería reducir la presencia de ciertas conductas en los padres, tales como la agresividad, los enfrentamientos, aislamiento, entre otras., y a su vez, incrementar la sensibilidad y empatía de los padres. Añadido a eso, cabe mencionar que este método pretende brindar a los padres herramientas enfocadas hacia el cuidado y desarrollo del niño. Se estructura de 5 a 7 sesiones, en las cuales se examinan las grabaciones que han sido realizadas en sus hogares referentes a las interacciones que tienen con el menor (Lyon y Block, 1996).

Método de Susan McDonough. Método empleado con el objetivo de mejorar y reforzar el vínculo entre padres e hijos; el mismo abarca una serie de videos de aproximadamente 10 o 20 minutos en los cuales se hace alusión a los diferentes tipos de interacciones que se pueden dar; donde posterior a ello mediante una serie de preguntas dirigidas hacia los padres se busca discutir con ellos, cuáles serían las interacciones catalogadas como positivas o negativas (Lyon y Block, 1996).

Método Watch, Wait and Wonder de Cohen. Este método se enfoca en evaluar las interacciones iniciadas por el menor, que posteriormente serán abordadas con los progenitores, donde ellos manifestaran como se han sentido, y así mismo como ha sido su experiencia emocional durante el desarrollo de este proceso, sin olvidar recalcar si se presentó alguna dificultad. El mismo consiste en establecer un juego de 20 a 30 minutos entre el cuidador

primario y el menor, donde el cuidador será solamente quien responda a todas las peticiones que el menor le manifieste, es decir, en ningún momento esta persona iniciara la interacción. Todo ello, con el afán de incrementar el vínculo y a su vez, optimizar el funcionamiento del menor en otras áreas (Sroufe, 1988).

Entrenamiento en Habilidades Parentales. Ya que de esa manera se podrá proporcionar a los padres los mejores mecanismos para que puedan asumir de manera adecuada la crianza de sus niños, fomentando a su vez, un sano crecimiento libre de cualquier tipo de maltrato, violencia o excesos (Cohen et al., 2017).

4.2. Capítulo II: Psicopatología

4.2.1. Definición

Luciano (1997) y Hernández (1995) definen ya a la psicopatología infanto juvenil como aquella rama que se enfoca en estudiar la conducta anormal o a su vez, las alteraciones del comportamiento en el niño y adolescente, es decir, se encarga de dar respuesta y explicar dicha conducta y los elementos responsables de tales alteraciones. Cuya peculiaridad es que se enmarca en realizar estudios a nivel transversal (enfoque sincrónico) de un fenómeno psíquico como también longitudinal (enfoque diacrónico) con el afán de comprobar posibles alteraciones que suceden de acuerdo al desarrollo (Contini, 2018, pág. 148).

4.2.2. Teorías

El origen de la psicopatología se ha podido abordar mediante una diversidad de disciplinas y enfoques teóricos, tales como, el psicoanálisis de Freud, la embriología, la genética, la epidemiología y la psicología experimental, así como, la teoría del apego de Bowlby y la teoría del desarrollo estructural de Piaget, teorías relevantes a las cuales también se les puede agregar la teoría del desarrollo de Werner, con la cual comparten un modelo organísmico del desarrollo (Sroufe et al., 1999).

4.2.2.1. Teoría del Apego de Bowlby

La teoría del apego, si bien desde hace mucho tiempo atrás se ha interesado en explicar los procesos de interacción que se desarrollan durante los primeros años de vida entre el infante y su figura de apego, también ha buscado explicar el desarrollo de la psicopatología desde esta etapa.

Su principal autor Bowlby, con el fin de explicar el origen de la psicopatología, desarrollo un experimento con jóvenes delictivos que habían experimentado durante sus primeros años de vida la privación de sus progenitoras; y tras realizar diversos estudios con ellos, pudo determinar que los problemas de conducta presentes en los mismos, eran consecuencias de aquellas privaciones o dificultades que habían experimentado durante los primeros años de vida (Ainsworth y Bowlby, 1991).

Un aspecto que lo llevo a postular que el origen de la psicopatología se derivaba de las experiencias vivenciadas en el desarrollo interpersonal. Así como también, que la prolongación hasta la edad adulta de un apego negativo que haya sido adquirido durante los primeros años de vida, señalaría la presencia de sintomatología psicopatológica; descartando de ello como conductas normales y aceptables ante la separación del cuidador primario, al desánimo, indiferencia y desapego (Ainsworth y Bowlby, 1991).

Aportaciones desde las cuales se ha podido determinar dos conjeturas muy importantes,

por un lado, el origen de las psicopatologías a partir de un desvío del desarrollo adaptivo normal, y así también que las necesidades básicas de cualquier sujeto, no son solamente de origen biológico, sino también social. A partir de ello, John Bowlby (1969) ha determinado que la respuesta a este origen o vulnerabilidad a desarrollar estos trastornos mentales se cimienta en el establecimiento de las primeras interacciones sociales.

4.2.3. Psicopatología del Desarrollo

La psicopatología infanto juvenil al enfocarse en estudiar el desarrollo psíquico, a dado pie para que numerosos clínicos e investigadores interesados en determinar si un comportamiento es normal o esperable en ese periodo, desarrollen un modelo teórico conocido como psicopatología del desarrollo (Cicchetti y Cohen, 1995).

Una rama de la psicología que se encarga de estudiar los orígenes y curso de los patrones individuales de una adaptación inadecuada de la conducta, cualquiera que sea la etapa de inicio, sus orígenes, las transformaciones en la manifestación de dicho comportamiento y lo complejo del curso del patrón evolutivo (Sroufe & Rutter, 1984, pág. 18). Cuyo objetivo se enmarca en aclarar que procesos del desarrollo provocan la aparición de los diferentes ámbitos del funcionamiento, y en especial, como es que se produce la integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales del sujeto, con el fin de explicar la conducta adaptada como también la desadaptada (Giráldez, 2003).

Y es desde este enfoque que se acepta la presencia de estructuras psicopatológicas a través del tiempo. Partiendo de unas bases biológicas se ha podido visualizar y constatar periodos de organización como también de desorganización por parte del sistema psíquico que siempre sale a relucir en circunstancias de adaptación, en situaciones con riesgo de no seguir el curso esperado (Contini, 2018). Otro de los apartados que se destacan aquí, es el estudio referente a si el desarrollo del menor presenta regresiones, inhibiciones o signos de desviación.

Considerando a su vez importante, identificar a los niños y adolescentes que viven en situación de riesgo, puesto que los mismos en periodos posteriores pueden presentar psicopatologías (Giráldez, 2003). En esta línea, Almonte y Montt (2012) señalan, citando datos de la OMS que el 50% de adultos con patología psiquiátrica tuvieron sus inicio o desarrollo en la niñez o adolescencia.

4.2.3.1. Psicopatología de la Adolescencia

Las psicopatologías iniciadas en la infancia experimentan diversas modificaciones en el desarrollo de la etapa de la adolescencia, por consecuencias mismas del desarrollo. Algunos de ellos son trabajados y por ende superados, mientras que otros continúan hasta la edad adulta con modificaciones que resultan del hacer frente a las problemáticas propias de la adolescencia

(Almonte, 2012, pág. 120).

Una etapa donde Almonte (2012) considera que es posible que se manifiesten un sin número de patologías que pueden iniciar y terminar en ese mismo periodo, o a su vez, iniciar en esa etapa y continuar hasta la adultez como, por ejemplo:

Dentro de los trastornos *que inician en la niñez y pueden terminar en la adolescencia* se encuentran la encopresis, enuresis, trastornos por déficit atencional con hiperactividad motora, trastornos específicos del aprendizaje, oposicionista desafiante, trastorno disocial, de ansiedad o la tartamudez. Y dentro de los trastornos *que inician en la niñez, pero continúan a través de la adolescencia hasta la adultez* se encuentran, los trastornos del desarrollo de la identidad de género, retardo mental, trastornos generalizados del desarrollo, tartamudez, trastornos específicos del desarrollo, los disociales o los trastornos por déficit atencional con hiperactividad motora (pág. 120).

Por otro lado, dentro de los *trastornos que inician y terminan en la adolescencia* están, los trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad, conductas de riesgo, trastorno dismórfico corporal, obesidades, trastornos de la conducta alimentaria, anorexias nerviosas, psicosis agudas o las conductas suicidas. Trastornos que en la categoría de los que inician en la adolescencia y continúan hasta la adultez, también tienen lugar como, por ejemplo, los trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, los depresivos y bipolar, las conductas suicidas, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, disociales y aquellos trastornos relacionados con sustancias (Almonte, 2012, pág. 120).

4.2.3.1.1. Psicopatología en Relación al Cumplimiento de las Tareas Evolutivas

El origen de las psicopatologías de la adolescencia puede estar enfocado en relación a las tareas evolutivas, la sintomatología psicopatológica que puede ocurrir y la patología resultante, como lo detallan Almonte y Montt (2012) en su libro *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*.

En la búsqueda de la independencia emocional del adolescente, se pueden mencionar dentro de las perturbaciones psicopatológicas que pueden ocurrir, a la excesiva necesidad de ser cuidado, la inmadurez, miedo a la separación o independencia excesiva; lo que puede desencadenar una ansiedad ante la separación, trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, trastorno dependiente de la personalidad, entre otros (Almonte, 2012, pág. 121)

En la consolidación del concepto de sí mismo, en cambio se puede hacer mención de la dificultad que tiene el adolescente para asumir su identidad, sea esta positiva o negativa; lo que desencadena en la aparición de un trastorno límite de la personalidad, personalidad múltiple,

trastornos de conducta disocial o trastorno antisocial de la personalidad (Almonte, 2012, pág. 121).

En la escala de elaboración de los valores propios y moral, tienen lugar la obediencia de valores y actitudes ajenas, juicio moral preconventional o la falta de cogniciones éticas, como falta de empatía o culpa. Lo que desencadena trastornos disociales, trastornos sociopáticos de la personalidad, o a su vez, un trastorno dependiente de la personalidad (Almonte, 2012, pág. 121).

Y finalmente, en la adquisición de seguridad en sí mismo, la cronificación de los problemas, la inseguridad en sí mismo o la desconfianza, los que terminan en el desarrollo de un trastorno dependiente de la personalidad u organización neurótica de la personalidad (Almonte, 2012, pág. 121).

4.2.3.1.2. Psicopatología en Relación a la Disfunción Familiar

En la etiología patogénica de los trastornos psicofisiológicos de los niños y adolescentes, tiene un papel relevante la calidad de las interacciones interpersonales, donde el sistema familiar constituye el principal sitio de expresión emocional, el factor predominante en el inicio y subsistencia de la sintomatología de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos (Almonte, 2012, pág. 124).

Esta importancia de considerar al sistema familiar en el desarrollo de la autonomía del menor, también es muy fundamental ya que, las peculiaridades del rol parental pueden facilitar o a su vez perturbar este proceso; los padres que tienden a sobreproteger a sus hijos dificultan el alcance de la autonomía de su menor ya que, al sobreprotegerlos de manera indirecta están catalogando y haciendo ver a su hijo como un individuo mucho menos capaz de los que realmente puede ser; mientras que los padres de tipo permisivo, al no contar con el establecimiento de límites, influyen en su hijo en el aspecto de que les hacen difícil el hecho de adquirir su propio control interno. Una situación que por parte de los padres que favorecen el dialogo o negocian límites sin comprometer los valores que tiene el menor, se aborda de una manera totalmente diferente, ya que este tipo de dinámicas padres e hijos facilitan el logro de la autonomía y responsabilidad personal (Almonte, 2012, pág. 124).

También cabe destacar que es posible que el sistema familiar no consiga adecuarse a los cambios que produce la etapa de la adolescencia, un aspecto que a su vez puede producir alteraciones en el funcionamiento interno, haciendo que, en lugar de que haya un progreso en las interacciones paternofiliales hacia la autonomía e interdependencia, los adolescentes queden sometidos, marginados, excluidos o fuera de control. O a su vez, se puede notar que el adolescente hace esfuerzos sobrevalorados por mantenerse dentro del sistema familiar aun a

costa de su propia estructura personal. Problemáticas que en relación con diversos estudios han corroborado que los hijos pertenecientes a un sistema familiar disfuncional, pueden presentar trastornos psiquiátricos de diferente tipo o expresión (Almonte, 2012, pág. 124).

4.2.3.1.3. Psicopatología en Relación a las Fases de la Adolescencia

La psicopatología con respecto a las diferentes fases de la adolescencia se asemeja en un inicio a las particularidades de la psicopatología de la niñez, y conforme va pasando el tiempo, va abarcando las características de la sintomatología de la adultez, un aspecto que nos permite entender su comorbilidad, que en la primera fase de la adolescencia corresponde a la continuación de perturbaciones infantiles. Ya en la fase media en cambio adquieren mayor importancia los trastornos conductuales, mientras que, en la última fase denominada tardía, tienen lugar los trastornos de la personalidad, a los cuales en determinadas ocasiones se les suman otras categorías (Almonte, 2012).

Específicamente, estas psicopatologías se las puede detallar de la siguiente manera, en la primera fase denominada adolescencia temprana la cual va de los 11 a los 14 años de edad puede abarcar a los trastornos del aprendizaje, hiperactividad, trastornos de adaptación, ansiedad, conducta disocial o suicida, trastornos de la conducta alimenticia, psicofisiológicos o del ánimo. Ya en la fase media, en cambio los trastornos de adaptación, personalidad, conductas de riesgo o suicidas, trastornos relacionados con sustancias, el obsesivo-compulsivo, ansiedad o depresión bipolar (Almonte y Montt, 2012, pág. 122).

Y en la fase tardía que abarca desde los 18 a los 21 años de edad, los trastornos de la personalidad, adaptación, del ánimo, conductas suicidas, crisis de identidad relacionada con la elección de carrera o a su vez trastornos relacionados con sustancias (Almonte y Montt, 2012, pág. 122).

4.2.4. Consideraciones Etiopatogénica

4.2.4.1. Factores de Riesgo

Almonte (2012) señala que tanto la salud mental como también la psicopatología son el resultante de una relación entre factores protectores, los cuales permiten mantener un equilibrio y los de riesgo, que por el contrario producen un desequilibrio que la resiliencia personal no puede remediar, dando origen a que se manifieste la psicopatología.

De acuerdo a Almonte y Montt (2012), estos factores de riesgo pueden ser de diferentes tipos:

Predisponentes: es decir, puede a ver una vulnerabilidad genética que acreciente el desarrollo de una patología, como por ejemplo las anomalías genéticas, trastornos

cromosómicos o a su vez una herencia multifactorial que pueden desembocar en el desarrollo de trastornos cognitivos y conductuales; defectos congénitos que pueden ocasionar un daño orgánico cerebral (p. 116).

Precipitantes: lo que abarca la potencialidad psicopatogénica de las experiencias vitales, sean estas normales o perturbadoras, como por ejemplo la muerte de alguno de los progenitores, la separación parental, la negligencia, el maltrato infantil, la presencia de psicopatologías parentales (alcoholismos, drogadicción, depresión, ansiedad, etc.) o la falta de vinculación con el niño durante sus primeros años de vida (p. 116); puesto que se conoce que un desarrollo psicológico sano es favorecido por una dinámica familiar sana y a su vez funcional, que estimula el desarrollo cognitivo y socioafectivo adecuado (Ainsworth, 1978).

Mantenedoras: como por ejemplo los factores socioculturales psicopatogénicos, entre ellos se destacan la pobreza, marginación, escasas redes de apoyo o aislamiento social, bajo nivel sociocultural, o a su vez la discriminación social. O agravantes, representadas primordialmente por las respuestas familiares o sociales, dadas a las manifestaciones clínicas (p. 116).

Factores que pueden interactuar o influir de diversas maneras en las diferentes personas, y provocar el desarrollo de un sin número de manifestaciones psicopatológicas. Como por ejemplo el duelo, que en un menor puede expresarse de diversas maneras, por ansiedad de separación, en otro por encopresis o enuresis, por consumo de sustancias o por trastornos de conducta, entre otros; aspectos que pueden afectar los lazos relacionales, así como también el desarrollo psíquico de los menores (p. 116).

Con ello, se puede concluir que la vulnerabilidad del menor frente a todos estos elementos psicopatogénicos, puede cambiar en los diferentes momentos del desarrollo, de manera que, dependiendo del periodo evolutivo en el que se encuentre el menor, un mismo estímulo psicopatogénico podrá desencadenarse, generando reacciones que varíen de intensidad, duración y profundidad. Aquí por ejemplo se puede hacer mención de los trastornos de la vinculación afectiva, que causan un mayor impacto en el desarrollo del menor, cuando ocurren especialmente en la primera infancia (Almonte, 2012, p. 117).

4.2.4.2. Factores de Protección

Por otro lado, haciendo mención sobre los factores protectores podemos citar al desenvolvimiento adecuado de la familia, la participación activa de los progenitores o cuidador primario en el desarrollo del menor, la presencia de organizaciones e instituciones que se ocupen de la salud mental y bienestar de los menores, y así también al temperamento que tiene una base biológica, pero a su vez puede actuar como un factor protector o de riesgo en el

desarrollo (Montt, 2012, p. 221).

4.2.5. Psicopatología y Maltrato Intrafamiliar

El maltrato intrafamiliar ejercido durante los primeros años de vida de los niños, con base en la evidencia empírica es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales, puesto que este acontecimiento puede originar un detrimento en el funcionamiento tanto biológico, como psicológico y social en la infancia, adolescencia y adultez (Lázaro y López, 2010). Es decir, los menores que han sido víctimas de maltrato poseen mayores probabilidades de padecer un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida.

La infancia es un periodo de mucha sensibilidad puesto que recibe una gran influencia del ambiente, así como también del entorno social e interpersonal; aquí el desarrollo cerebral y los procesos de adaptación van de poco a poco siendo moderados por las experiencias, es así que, una experiencia de maltrato durante esta etapa del desarrollo puede desembocar cambios profundos y duraderos en los sistemas de regulación emocional y conductual, facilitando el desarrollo y origen de trastornos psiquiátricos tales como, depresión mayor, bipolaridad, trastornos de ansiedad o estrés postraumático, trastornos de personalidad, abuso de sustancias o psicosis (Valencia, 2016).

Es así que, el tiempo acontecido desde el nacimiento del menor hasta el cumplimiento de los tres primeros años de vida debe ser considerado como una fase sensible, donde las deficiencias del cuidador primario u otras adversidades que se deriven del entorno pueden dar lugar al desarrollo posterior de problemas conductuales, emocional, sociales y biológicos (Cicchetti y Rizley, 1981).

Dunn y sus colegas (2018) son quienes brindan una descripción detallada de esta afirmación, pues ellos consideran que la exposición temprana a actos de violencia intrafamiliar pueden afectar la capacidad del menor para alcanzar una positiva autorregulación emocional o a su vez, el desarrollo de lazos afectivos positivos, mismos que tienen repercusiones en los años posteriores del desarrollo; y así también, consideran que estos actos violentos tienen repercusiones negativas ya que, al darse durante un periodo en el cual aún la arquitectura del cerebro se encuentra en desarrollo se puede impedir el correcto desenvolvimiento de los circuitos neuronales y dar lugar al aumento de distintos problemas de salud mental.

Cabe mencionar que el vivenciar un determinado tipo de maltrato no predice el desarrollo de un determinado trastorno mental puesto que, las diferentes formas de maltrato presentan consecuencias semejantes.

4.2.5.1. Consecuencias durante la Adolescencia

Los actos de violencia o maltrato también pueden desencadenar problemas

conductuales, es decir, trastornos de conducta durante la adolescencia, puesto que mediante estudios se ha podido constatar que los niños víctimas de maltrato en un amplio porcentaje tienen a incurrir en agresiones importantes hacia las personas de su entorno inmediato (Escudero y Montiel, 2017) y así también, a presentar problemas emocionales (trastornos de ansiedad, depresión, somatizaciones, entre otros), abuso de sustancias, ideación suicida, autolesiones y un nivel alto de distrés psicológico (Tanaka et al., 2011).

Por otro lado, otras de las consecuencias psicológicas que evocan el maltrato durante la infancia son, una baja autoestima, trastornos alimenticios, una visión negativa de sí mismo y del entorno, problemas de vinculación y regulación emocional, entre otros (Muela et al., 2012)

4.2.5.2. Consecuencias durante la Adulthood

Durante la adultez, el hecho de haber sido víctimas de maltrato durante la infancia evocan el desarrollo de trastornos psicológicos tanto emocionales como conductuales y psicóticos, entre ellos, los trastornos de ansiedad, depresión, adicciones o a su vez intentos de suicidio (Valencia, 2016), mismos que se podrían explicar por la baja expresión de receptores de glucocorticoides en el hipocampo del sujeto que ha sido víctima de maltrato (Danese y Widom, 2020).

4.2.6. Manifestaciones Psicopatológicas

Como se ha mencionado anteriormente, existe una amplia gama de trastornos mentales que se pueden presentar a lo largo del desarrollo vital, y específicamente durante la etapa de la adolescencia, por ello, se considera conveniente citar a continuación los más relevantes acuerdos a la CIE-10, tales como:

Trastorno de somatización F45.0

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Debe haber antecedentes de al menos dos años de quejas de síntomas múltiples y variables, que no pueden ser explicados por ningún trastorno físico detectable. (Cualquier trastorno físico que se conozca coincidente no explicaría la gravedad, extensión, variedad y persistencia de las quejas físicas o la invalidez social.) Si están presentes algunos síntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, no son la principal característica del trastorno, en el sentido de que no son particularmente persistentes y molestos.
- B. La preocupación por los síntomas ocasiona un malestar persistente y conduce al paciente a la búsqueda de reiteradas consultas (tres o más) y chequeos, tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. En ausencia de servicios médicos, por

motivos de accesibilidad o económicos, el paciente se automedica continuamente o realiza múltiples consultas a curanderos locales o personal paramédico.

- C. Hay un rechazo continuado a aceptar el reaseguramiento por los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos (La aceptación de tales aclaraciones durante un breve período, es decir, pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico).
- D. Debe haber un total de seis o más síntomas de la siguiente lista, que se producen en al menos dos grupos diferentes:

Síntomas gastrointestinales:

1. Dolor abdominal.
2. Náusea.
3. Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
4. Mal sabor de boca o lengua saburral.
5. Quejas de vómitos o regurgitación de alimentos.
6. Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas cardiovasculares:

7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzos.
8. Dolores torácicos.

Síntomas urogenitales:

9. Disuria o quejas de micción frecuente.
 10. Sensaciones desagradables en los genitales o alrededor de ellos.
 11. Quejas de flujo vaginal excesivo o inusual. Síntomas cutáneos y de dolor
 12. Quejas de manchas o decoloración de la piel.
 13. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones.
 14. Sensaciones desagradables de hormigueo o de quedarse dormido algún miembro.
- E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29), algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), o un trastorno de pánico (F41.0).

Trastorno Obsesivo-Compulsivo F42.

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) la mayor parte de los días durante un período de al menos dos semanas.

B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas:

1. El paciente reconoce que se originan en su mente y no son impuestas externamente por personas o influencias.
2. Son reiteradas y desagradables, y debe haber al menos una obsesión o una compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional.
3. El paciente intenta resistirse a ellas (aunque la resistencia a obsesiones o compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Debe haber al menos una obsesión o una compulsión que es resistida sin éxito.
4. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).

C. Las obsesiones o las compulsiones producen malestar o interfieren con el funcionamiento social o individual del paciente, normalmente por el tiempo que consumen.

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Las obsesiones o las compulsiones no son resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

Trastorno Depresivo Recurrente

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Ha habido al menos un episodio depresivo previo leve (F32.0), moderado (F32,1) o grave (F32.2 o F32.3), con una duración mínima de dos semanas y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.
- B. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-).
- C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Aquí se recomienda especificar el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto), así como también, incluir los episodios recurrentes de reacción depresiva, depresión psicógena o reactiva, y el trastorno depresivo estacional; y excluir los episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.

22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

- C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).
- D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

Fobias Sociales F40.1

Cuyos criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10 (OMS, 2000) son textualmente los siguientes:

- A. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 - 1. Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.
 - 2. Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.
Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (por ejemplo, fiestas, reuniones de trabajo, clases).
- B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas siguiente:
 - 1. Ruborización.
 - 2. Miedo a vomitar.
 - 3. Necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar.
- C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables.
- D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.
- E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

Cabe recalcar que los criterios diagnósticos que se han detallado en este apartado han sido recabados de la CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (OMS, 2000).

4.2.7. Instrumentos de Evaluación para la Psicopatología

Para evaluar la sintomatología psicopatológica en los individuos, se puede emplear desde cuestionarios de autoinforme, registros de conductas, técnicas proyectivas, hasta la propia observación clínica, un instrumento de diagnóstico que nos permite apreciar en primera instancia que es lo que se está manifestando.

Sin embargo, cabe mencionar que De las Cuevas (1991) resalta que para cuantificar la psicopatología existen específicamente dos maneras básicas, la observación clínica que está caracterizada por ser un método mediante el cual se puede visualizar la conducta y a su vez brindar una deducción, en la cual se incorpora la información que el paciente proporciona en la entrevista inicial. Y los cuestionarios autoadministrados, en los cuales la propia persona es quien informa que está aconteciendo, una técnica que nos ayuda a recolectar los datos de una manera rápida.

Entre estos cuestionarios, el más reconocido y utilizado es:

Inventario de Síntomas SCL-90-R.

Cuyo nombre original es Symptom Checklist-90-Revised y que traducido al español quiere decir Listado de Comprobación de Síntomas 90-Revisado es un instrumento de autoinforme elaborado por Leonard Derogatis en el año de 1983, cuyo objetivo es evaluar una amplia gama de síntomas psicopatológicos. Consta de 90 ítems que guardan relación directa con diversos aspectos de la psicopatología, que se responden mediante una escala de tipo Likert. Cuyas puntuaciones se abarcan en 9 dimensiones, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo; y en 3 índices globales de psicopatología (índice global de severidad, total de síntomas positivos e índice de malestar sintomático positivo) (Gempp y Avendaño, 2008).

4.2.8. Intervención en la Psicopatología

Como hemos venido mencionando a lo largo de este capítulo, en la etapa de la adolescencia se puede presentar en ciertos casos una amplia gama de psicopatologías, mismas que pueden afectar el bienestar y desarrollo biopsicosocial del menor. Es por ello, que a continuación se hace mención de algunas técnicas mediante las cuales se puede intervenir en las mismas desde el Modelo Cognitivo Conductual.

Juego Libre y Dirigido. Ludoterapia en la cual el terapeuta interviene indicándole al

menor en que momentos debe jugar, o a su vez, como debe hacerlo; incluyéndose para poderlo dirigir hacia el punto que se considera necesario para abordar el cuadro clínico. Su programación de intervención incluye diferentes tipos de objetos lúdicos, tales como marionetas, juguetes que abarcan una diversidad de objetos o figuras humanas, o a su vez, ilustraciones u hojas en blanco que incentiven en el niño su creatividad y deseo de jugar con lápices de colores, entre otros. Instrumentos por medio de los cuales se logrará hacer que el infante exprese y libere su angustia o malestar, es decir, que exprese sus sentimientos mediante el juego (Cohen et al., 2017).

Detención del Pensamiento. Técnica utilizada para detectar los pensamientos e ideas negativas que generan la ansiedad, y modificarlos por otros más adaptativos. Para ello, es necesario iniciar detectando cuales son los pensamientos negativos, posteriormente se debe definir un estímulo que sea capaz de impedir estos pensamientos (por ejemplo, una palmada o el uso de palabras como stop) y emplearlo, una vez haya sido cortado ese pensamiento se busca realizar una actividad que de igual manera haga perder ese pensamiento, y finalmente, se trata de contrarrestar esos pensamientos por unos positivos. Cabe mencionar que esta técnica es muy empleada para combatir los procedimientos de tipo obsesivo (McKay et al., 1985).

Reestructuración Cognitiva. Procedimiento por medio del cual se busca que el sujeto aprenda habilidades para cambiar esos pensamientos distorsionados que le generan el malestar (Rodríguez y Gil, 2022).

Técnicas de Exposición. Por su parte esta técnica es empleada en aquellos casos donde la ansiedad guarda una estrecha relación con conductas obsesivas. Con ella se pretende modificar el modo en el que la persona reacciona ante la situación que le genera malestar, lo que a su vez le ayudara a aprender a manejar su ansiedad (Rodríguez y Gil, 2022).

Por otro lado, también podemos hacer mención de técnicas que se pueden emplear cuando se presentan otros tipos de patologías como, por ejemplo:

Tiempo Fuera. Técnica mayormente empleada con adolescentes a fin de eliminar en ellos las conductas indeseables, consiste en retirarlos de la situación que los conlleva a tener esas conductas problemáticas durante un tiempo de 1 a 30 minutos, todo ello con el afán de que logren relajarse y poco a poco puedan extinguir esa conducta (Rodríguez y Gil, 2022).

Modelado. Técnica en la cual, mediante la observación de todas las conductas o actitudes que tenga un modelo, se añadirá al repertorio del sujeto aquellas conductas adecuadas; una persona actuara de modelo, es decir, esa persona realizara todo aquello que se desea que la otra persona o adolescente repita e incorpore en su conducta (Rodríguez y Gil, 2022).

Modelado del Afecto. Lo que ayuda a los niños a que puedan expresar libremente sus sentimientos, es decir, aquí se pretende trabajar en la expresión e identificación de las emociones del menor, que se puede realizar mediante cuentos infantiles, películas, listas con emociones, colores que las representen, etc. Una vez que el menor haya aprendido a identificar las emociones, se inicia con el trabajo de investigar cuales son las emociones que el menor presenta al recordar el momento traumático, y con ello se da inicio al proceso para modificar esas emociones displacenteras, que generalmente se realiza mediante la interrupción de pensamientos intrusivos, diálogos autodirigidos positivos, entrenamiento en habilidades sociales y para la resolución de conflictos (Cohen et al., 2017).

Intención Paradójica. Aquí se le pide al sujeto que recuerde o a su vez, realicen aquello que les genera malestar, con el fin de que la persona pueda hacer consiente esa situación y no la evada en su vida (Rodríguez y Gil, 2022).

Detección de Pensamientos Automáticos. Se emplean los denominados autorregistros en el momento que se ha denotado la presencia de pensamientos que están acompañados de reacciones y conductas desadaptativas (Rodríguez y Gil, 2022).

Respiración diafragmática: técnica de relajación empleada en casos de personas que padecen trastornos de ansiedad o pánico, pues la respiración constituye una manera de controlar la sobre activación del cuerpo, producto de la vivencia de situaciones que generan angustia (Ruiz, 2020).

Visualización: técnica empleada para reducir los altos niveles de ansiedad, agitación y nerviosismo; esta técnica permite enlazar una serie de imágenes imaginarias con emociones positivas que permiten modificar los pensamientos negativos y alcanzar un estado de bienestar pleno (López, 2021).

Psicoeducación: técnica terapéutica mediante la cual se proporciona al paciente información específica referente a su enfermedad, tratamiento y pronóstico basada en evidencia científica para el abordaje de la patología (Brown, 1972).

Autorregistro: empleado para identificar en el día a día patrones de pensamientos desadaptativos, con el afán de que el paciente mediante este mecanismo comprenda con mayor claridad el círculo vicioso que abarca a los pensamientos, emociones y conductas (Manju & Rajesh, 2015).

Técnica del espejo: permite trabajar el autoconcepto y la valía personal, ya que posibilita a las personas comprender, valorar y trabajar su propia autoestima además de, hacerles notar la gran importancia que esta tiene sobre su diario vivir (Martínez, 2019).

Role-play: técnica psicoterapéutica practicada en grupo donde se simula una situación

de la vida diaria y donde cada participante representa el papel del personaje concreto que le corresponde. El conjunto del grupo representa dicha circunstancia como si se tratara de la realidad, metiéndose individualmente cada uno en su papel en plena consciencia (Martín, 1992).

Desensibilización sistemática: especialmente dirigida a reducir la respuesta de ansiedad y a eliminar la conducta de evitación asociada al estímulo fóbico; emplea la relajación como respuesta incompatible con la ansiedad, en este sentido empareja repetidamente representaciones imaginadas de situaciones que provocan ansiedad con la relajación, lo que da lugar a una disminución de la respuesta de ansiedad (Cruzado, 1993).

Lista de los elogios: tarea indicada para personas con baja autoestima y con tendencia a rechazar lo bueno que los demás les atribuyen (Beyeback, et al, 2016)

Post-it: actividad especialmente indicada para personas que poseen un discurso negativo sobre sí mismos que les impide percibirse como sujetos valiosos, ya que actúa mediante la escritura de algunas frases positivas, como un incentivo para que la persona se motive (Beyeback, et al, 2016).

Abordar un Problema desde las necesidades: Sirve para evaluar y abordar un problema a través de las propias fortalezas. De esta manera, la persona adquiere más control sobre la solución de otras posibles dificultades (Beyeback, et al, 2016).

Diario emocional: esta técnica nos permitirá registrar todas aquellas situaciones que hayan provocado un cambio en el estado emocional, independientemente del tamaño de ese cambio y de si ha sido positivo o negativo (Beyeback, et al, 2016).

Técnica de autoinstrucciones: técnica mediante la cual el sujeto se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones para la regulación autónoma de la propia conducta, estas frases o pensamientos que las personas utilizan como guías previas para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción influyen en los comportamientos como un monólogo interno, como afirmaciones para uno mismo que indican cómo pensar, comportarnos y ejecutar algunas tareas o particularmente, cómo afrontar problemas (Minici et al.,2008).

5. Metodología

5.1. Diseño y enfoque de Investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, enmarcada en un diseño de investigación no experimental, y de campo basándose fundamentalmente en la recolección de los datos de los fenómenos tal y como se dan en su entorno natural, sin la manipulación de ninguna de las variables, permitiendo describirlas y analizarlas. A su vez el estudio fue de corte transversal, ya que los datos se recopilaban en un momento único.

5.1.1. Tipo de Investigación

Fue de tipo correlacional, permitiendo determinar el grado de relación existente entre ambas variables mediante la aplicación de técnicas y métodos estadísticos que, a su vez, proporcionaron y describieron las vinculaciones y asociaciones existentes entre las variables, dando respuesta a la investigación planteada. Al ser un estudio de tipo descriptivo y exploratorio, el tema de la investigación se centró en una problemática que aún no estaba claramente definida, permitiendo sentar con la literatura científica y otros estudios una mejor comprensión del tema investigado.

5.2. Área de Estudio

Las Casas de Acogida están ubicadas en la ciudad de Loja, son sitios que forman parte de los servicios del eje de atención del sistema de protección, cuidado y atención a víctimas de violencia, y se han convertido hoy en día en una respuesta eficaz para prevenir la violencia intrafamiliar o sexual en niños, niñas y adolescentes. Entre ellas se pueden mencionar al Hogar Santa Mariana De Jesús, Hogar Infantil Padre Julio Villarroel, Centro de Acogida Dorotea Carrión, entre otras; cada una de ellas, están conformadas por aproximadamente 20 menores de entre 5 y 17 años, y tienen como objetivo brindar un refugio institucional y amparo a los menores que les han sido vulnerados sus derechos, y que sobre todo se encuentran en estado de riesgo, expuestos a maltratos físicos y psicológicos por parte de sus familiares o personas allegadas.

La misión de las casas de Acogida se enmarca en brindar un servicio de calidad y calidez a los niños en situación de riesgo, ofreciéndoles un ambiente saludable, armonioso y acorde a sus necesidades en las que puedan desarrollar sus habilidades y destrezas. Y su visión, en ser centros que susciten, protejan y promuevan el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, fortalecidos con personal especializado para velar por el desarrollo integral de los menores vulnerados.

5.2.1. Población

Los partícipes de esta investigación fueron 60 adolescentes de entre los 13 y 17 años de

edad, que han sufrido maltrato y pernoctan actualmente en las diversas Casas de Acogida de la ciudad de Loja.

5.2.1.1. Muestra

La selección de la muestra se llevó a cabo por medio de un muestreo no probabilístico, ya que el acceso a los mismo es un poco limitado, y por ende esta fuera del alcance deseado. Se trabajo con aquellos adolescentes que han sufrido experiencias dolorosas y se encontraban residiendo en diversas casas de acogida bajo supervisión institucional, y que, a su vez estuvieron bajo los criterios de selección muestral (de inclusión y exclusión anteriormente establecidos para la presente investigación), que en total fueron 54 adolescentes.

Es importante caracterizar la muestra, por ello, en la tabla 1 y 2 se evidencian estas características de acuerdo a su sexo y edad.

Tabla 1

Características de los adolescentes de acuerdo a su sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	45	83,30 %
Masculino	9	16,70 %
Total	54	100,00 %

Según se puede evidenciar en la tabla 1, que del total de los adolescentes que han sufrido maltrato el 83,30 % son de sexo femenino y con un 16,70 % son de sexo masculino.

Tabla 2

Características de los adolescentes de acuerdo a su edad

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana	14	25,90 %
Adolescencia media	40	74,10 %
Adolescencia tardía	0	0,00 %
Total	54	100,0%

En la tabla 2, de acuerdo al rango de edad, del 100% de los adolescentes que han sufrido maltrato, el 74,10 %, se encuentra en una adolescencia media, mientras que un 25,90 % está en una adolescencia temprana.

5.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

El método de recolección de datos que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue el cuestionario, una modalidad que está estructurada por una serie de preguntas que guardan una estrecha relación con las variables de investigación; con el propósito de recolectar la información necesaria que permitió con la ejecución de otros instrumentos y procedimientos,

sustentar y argumentar las variables de estudio (Ñaupas et al., 2018).

5.3.1. Cuestionario de Apego CaMir – R

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el estudio de Mendieta (2021) se puede mencionar que el cuestionario de apego CaMir – R (Anexo 6) es el más validado para evaluar el tipo de apego en adolescentes; ha sido específicamente empleado para examinar la correlación que pudiese existir entre el apego y la psicopatología, o a su vez, entre el apego y las conductas de maltrato (Pierrehumbert et al., 1996).

Por otro lado, Mendieta (2021) de la misma manera, ha permitido tener acceso a su respectiva ficha técnica, datos que a continuación se citan textualmente:

Nombre: Cuestionario de Apego CaMir-R (versión reducida)

Nombre original: Cartes, Modèles Individuels de Relation - Reduced Version

Autores: George, Kaplan y Main, 1985

Adaptación al español: Nekane Balluerka, Fernando Lacasa, Arantxa Gorostiaga, Alexander Muela y Blaise Pierrehumbert, 2011.

Procedencia: España

Tipo de instrumento: Cuestionario

Numero de ítems: 32

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbito de aplicación: De 13 a 19 años

Duración: 20 minutos aproximadamente

Material: Manual, ejemplar autocorregible, lápiz y borrador.

Finalidad: Evalúa tres tipos de apego (seguro, evitativo y preocupado) además de otras dimensiones referentes al apego, tales como, las representaciones de apego (seguridad ante la disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, preocupación familiar, interferencia de los padres, valor de la autoridad de los padres y permisividad parental) y de la estructura familiar (autosuficiencia y rencor contra los padres y traumatismo infantil).

Propiedades Psicométricas: Con base a una serie de investigaciones orientadas a determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Apego CaMir-R, se ha podido determinar que el mismo posee adecuados niveles de confiabilidad y validez. Puesto que, se ha constatado que los 32 ítems que conforman el cuestionario alcanzan un 0,87 en el coeficiente alfa de Cronbach, una puntuación que denota una excelente confiabilidad.

Así como también un nivel elevado para determinar su validez, con una puntuación mayor a 0,90 en el coeficiente alfa de Cronbach; esto nos permitió deducir que todos los ítems son válidos, y así también que el CaMir-R posee una buena validez factorial, convergente y de

decisión (Espinoza, 2018).

5.3.2. Inventario de Síntomas SCL-90-R

De acuerdo a los estudios realizados por Londoño et al. (2018) en base al inventario de síntomas SCL-90-R (Anexo 7), se ha podido determinar que este instrumento psicológico es el más empleado en la valoración de la salud mental de las personas puesto que, se enfoca en evaluar algunas dimensiones psicopatológicas. Su ficha técnica se cita textualmente a continuación:

Nombre: Inventario de Síntomas SCL-90-R

Nombre original: Symptom Checklist – 90 Revised (SCL – 90 – R)

Autor: L. R. Derogatis

Procedencia: NCS Minnesota. EE.UU.

Adaptación española: González, C., de las Cuevas, M. Rodríguez A.y Rodríguez P.

Tipo de instrumento: Cuestionario

Número de ítems: 90

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbito de aplicación :13 años en adelante

Duración: Entre 12 y 15 minutos aproximadamente

Material: Manual, ejemplar autocorregible, lápiz y borrador.

Finalidad: Tiene como objetivo evaluar nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismos) y tres índices globales de malestar psicológico (índices globales, dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y nivel de síntomas discretos).

Propiedades Psicométricas: Basándonos en recientes investigaciones llevadas a cabo en torno a las propiedades psicométricas del SCL-90-R, se ha podido constatar que la fiabilidad de la escala resulta muy aceptable, puesto que sus valores referentes al coeficiente Alfa de Cronbach son muy elevados en una diversidad de casos, con una puntuación que oscila entre 0,69 y 0,97 lo que evidencia una buena consistencia interna tanto para las nueve dimensiones primarias que evalúa, así como también para el PSI (Londoño et al., 2018).

Y así también, que posee niveles adecuados de confiabilidad, cuyas alfas de Cronbach se encuentran entre 0,74 y 0,90; una confiabilidad que va en aumento gracias a la utilización de este reactivo en diversos trabajos investigativos a nivel mundial, ya que el mismo ha sido adaptado a diversos idiomas.

Un aspecto que, a su vez suma para confirmar su validez, misma que se ha constatado

mediante el análisis de la comparación de los perfiles que se arrojan del SCL-90-R y el diagnóstico clínico, donde se ha evidencia que existe una gran similitud entre ambos, es decir, existe una coherencia entre el perfil sintomático y el cuadro clínico (De Las Cuevas et al., 1991 como se citó en Londoño et al.,2018).

5.4. Consideraciones Éticas

Con el objetivo de dar cumplimiento con los criterios éticos, el presente estudio se empleó el asentimiento informado (Anexo 5) como una estrategia por medio de la cual se pudo evidenciar y certificar la aprobación voluntaria que los participantes brindaron para participar del presente estudio investigativo, dándoles a conocer los objetivos y procedimientos a seguir, resaltando las pautas de confidencialidad.

5.5. Procedimientos por Objetivos

Se desarrollo el presente trabajo investigativo a través de diferentes etapas:

Primera etapa. Se coordinó con las instituciones que participaron del presente estudio, oficiando a las autoridades encargadas de las diferentes casas de acogida de la ciudad de Loja (Anexo 3), para explicar el motivo de investigación, planificar y determinar de qué manera de trabajaría con los adolescentes que tengan entre 13 y 17 años, que días y en que horarios se podrían aplicar los dos reactivos psicológicos, una vez obtenidas las firmas de los asentimientos informados por parte de los adolescentes.

Segunda etapa. Para dar cumplimiento con los dos primeros objetivos específicos, se inició aplicando de manera presencial y colectiva el Cuestionario de Apego CaMir-R con el objetivo de identificar el tipo de apego predominante en los adolescentes que fueron parte de la muestra, en un lapso de 15 a 20 minutos. Posterior a ello se aplicó de igual manera, pero con un tiempo de entre 20 y 30 minutos el Inventario de Síntomas SCL-90-R para evaluar la sintomatología clínica presente en los adolescentes; contando con la asistencia de las Psicólogas Clínicas de cada una de las Casas de Acogida en las cuales pernotan las y los adolescentes.

Tercera etapa. Una vez aplicados los reactivos psicológicos, se procedió a la tabulación de los resultados obtenidos mediante programas estadísticos de datos como EXCEL (Anexo 10) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (Anexo 11) con el fin de responder y determinar cómo influye el apego en el desarrollo de la psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato. Para ello, se representó dichos datos por medio de tablas de frecuencia y porcentajes, y una prueba de normalidad para determinar la aplicación del método estadístico, en este caso la Correlación de Spearman.

Cuarta etapa. Para dar cumplimiento al tercer objetivo, se diseñó un programa de intervención psicológica, el cual brinda estrategias que permitirán hacer frente a la situación

que se ha podido denotar con la aplicación y tabulación de la información obtenida.

Quinta etapa. Por último, se elaboró el informe final del trabajo de integración curricular con base al texto guía proporcionada por la Universidad Nacional de Loja, donde se puede encontrar información referente a la estructuración, escritura y presentación del informe del trabajo de titulación. Los lineamientos asentados por la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) en su formato séptima edición y la orientación brindada por la directora del trabajo de integración curricular.

6. Resultados

6.1. Identificar el tipo de apego en adolescentes que han sufrido maltrato a través del Cuestionario de Apego CaMir-R

Tabla 3

Tipo de apego en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Apego preocupado	32	59,30 %
Apego evitativo	17	31,50 %
Apego seguro	5	9,30 %
Total	54	100,00 %

En la tabla 3 se evidencia que, del total de la población investigada el 59,30 % presentan un apego preocupado, es decir, que estos adolescentes generalmente presentan altos niveles de ansiedad, una visión negativa de sí mismo con predisposición a la devaluación, que sienten miedo de ser abandonados y están constantemente pendientes de contar con la valoración y apoyo emocional de los demás, sin percibir defectos, limitaciones o riesgos; el 31,50 % tienen un apego evitativo, caracterizándolos como sujetos autónomos, de autoestima alta, pero que tienen dificultades para expresar sus emociones, minimizando la importancia de mantener relaciones íntimas, pues evitan la cercanía y el apoyo del otro; y en un 9,30 % manifiestan un apego seguro, es decir, que a pesar de su condición de maltrato presentan una valoración positiva de sí mismo y de los demás, viendo a los otros como personas confiables, accesibles y sensibles a las propias necesidades.

6.2. Evaluar la sintomatología clínica en adolescentes que han sufrido maltrato mediante el Inventario de Síntomas SCL-90-R

Tabla 4

Sintomatología clínica en adolescentes que han sufrido maltrato de acuerdo al índice de severidad global

	Frecuencia	Porcentaje
Hay malestar psicológico	24	44,40 %
No hay malestar psicológico	30	55,60 %
Total	54	100,00 %

En la tabla 4 se evidencia que, del total de la población evaluada mediante el Inventario de Síntomas SCL-90-R en la categoría referente al índice de severidad global, el 55,60 % no presentan malestar psicológico, mientras que el 44,40 % si presentan malestar psicológico, es decir que, experimentan una serie de sintomatologías que alteran su salud mental, tales como

altos niveles de nerviosismo, tensión, hostilidad, ataques de pánico, sensibilidad interpersonal, alteraciones del humor, somatizaciones, estado de ánimo negativo y ansiedad, además de otros síntomas asociados a diferentes psicopatologías.

Tabla 4.1

Sintomatología clínica: Ansiedad en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	18	75,00 %
No hay riesgo	6	25,00 %
Total	24	100,00 %

En la tabla 4.1 se evidencia que, del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 75,00 % presentan riesgo de sintomatología ansiosa, es decir, altos niveles de nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos derivados posiblemente de la institucionalización, maltrato y separación del sistema familiar, educativo y comunitario que han experimentado.

Tabla 4.2

Sintomatología clínica: Ansiedad fóbica en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	14	58,00 %
No hay riesgo	10	42,00 %
Total	24	100,00 %

En la tabla 4.2 se muestra que del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 58,00 % presentan riesgo en ansiedad fóbica, es decir, experimentar habitualmente altos niveles de ansiedad producto de un miedo irracional que se tiene hacia un estímulo en concreto.

Tabla 4.3

Sintomatología clínica: Psicoticismo en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	13	54,00 %
No hay riesgo	11	46,00 %
Total	24	100,00 %

En la tabla 4.3 se evidencia que del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 54,00 % presentan riesgo de psicoticismo, es decir, estos adolescentes presentan conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía hacia las personas de su entorno, además de una conducta egocéntrica y antisocial.

Tabla 4.4

Sintomatología clínica: Ideación paranoide en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	12	50,00 %
No hay riesgo	12	50,00 %
Total	24	100,00 %

La tabla 4.4 muestra que del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 50,00 % presentan riesgo en ideación paranoide, es decir, estos adolescentes tienen pensamientos que involucran la creencia de estar siendo perseguidos, atormentados o tratados injustamente, lo que les conlleva a presentar altos niveles de desconfianza.

Tabla 4.5

Sintomatología clínica: Depresión en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	8	33,00 %
No hay riesgo	16	67,00 %
Total	24	100,00 %

En la tabla 4.5 se puede constatar que del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 33,00 % presentan riesgo de sintomatología depresiva, lo que nos permite describirlos como sujetos tristes de baja autoestima, que experimentan constantemente alteraciones del humor, inhibición, fatiga, insomnio y pensamientos negativos que impiden el desarrollo normal de las actividades de su vida diaria, a consecuencia del nulo aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

Tabla 4.6

Sintomatología clínica: Somatizaciones en adolescentes que han sufrido maltrato

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	8	33,00 %
No hay riesgo	16	67,00 %
Total	24	100,00 %

La tabla 4.6 muestra que, del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 33,00 % presentan riesgo de somatizaciones, es decir, expresan por medio de molestias físicas, una angustia emocional que se deriva de la experimentación de traumas precoces o duelos nunca elaborados que solo se aprendieron a exteriorizarlos con dolores físicos.

Tabla 4.7*Sintomatología clínica: Sensitividad interpersonal en adolescentes que han sufrido maltrato*

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	6	25,00 %
No hay riesgo	18	75,00 %
Total	24	100,00 %

En la tabla 4.7 se evidencia que, del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 25,00 % presentan riesgo de sensitividad interpersonal, es decir, experimentan sentimientos de inferioridad equivalentes a una baja autoestima, particularmente en comparación con los otros, al igual que expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales.

Tabla 4.8*Sintomatología clínica: Hostilidad en adolescentes que han sufrido maltrato*

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	6	25,00 %
No hay riesgo	18	75,00 %
Total	24	100,00 %

La tabla 4.8 muestra que, del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico el 25,00 % presentan riesgo de hostilidad, es decir, estos adolescentes tienen actitudes negativas hacia las personas de su entorno, emiten juicios desfavorables y son en gran parte del tiempo impulsivos como también testarudos.

Tabla 4.9*Sintomatología clínica: Obsesiones y compulsiones en adolescentes que han sufrido maltrato*

	Frecuencia	Porcentaje
Hay riesgo	0	0,00 %
No hay riesgo	24	100,00 %
Total	24	100,00 %

En la tabla 4.9 se evidencia que, del total de los adolescentes que presentan malestar psicológico, el 100,00 % no presentan riesgo de obsesiones y compulsiones, es decir, estos adolescentes no experimentan pensamientos incontrolables y recurrentes que pudiesen conducirlos a presentar o tener comportamientos repetitivos.

6.3. Relación entre el apego y la psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato

Tabla 5*Tabla cruzada: Relación entre el apego y la psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato*

		Tipo de apego				Total
		Apego preocupado	Apego evitativo	Apego seguro		
Psicopatología Índice de severidad global	Hay malestar psicológico	Recuento % del total	15 27,80 %	9 16,70 %	0 0,00 %	24 44,40 %
	No hay malestar psicológico	Recuento % del total	17 31,50 %	8 14,80 %	5 9,30 %	30 55,60 %
Total		Recuento % del total	32 59,30 %	17 31,50 %	5 9,30 %	54 100,00 %

En la tabla 5, se puede evidenciar que no existe relación entre los diferentes tipos de apego y el malestar psicológico que pudiera provocar psicopatología en los adolescentes que han sufrido maltrato o violencia, ya que en un total de 59.30 % el apego preocupado prevalece sobre la presencia o no de malestar psicológico en la población evaluada, sobre los otros tipos de apego.

Tabla 6*Correlación de Spearman: Apego y psicopatología en adolescentes que han sufrido maltrato*

Correlaciones				
		Tipo de apego		Índice de severidad global
Rho de Spearman	Tipo de apego	Coefficiente de correlación	1,000	,119
		Sig. (bilateral)	.	,390
	Índice de severidad global	Coefficiente de correlación	,119	1,000
		Sig. (bilateral)	,390	.
		N	54	54

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos por medio de la Prueba de Correlación de Spearman, donde se evidencia una significancia bilateral de 0,390 que excede al 0,05 establecido como margen de error y un coeficiente de correlación de 0,119, aspectos que permiten determinar una vez más, que no existe una relación significativa entre las variables de estudio.

6.5. Diseñar un programa de intervención psicológica, con el propósito de brindar estrategias que ayuden hacer frente a esta situación.

6.5.1. Título

Programa de intervención psicoterapéutico para reducir la sintomatología ansiosa e impulsar un apego seguro en adolescentes institucionalizados víctimas de maltrato.

6.5.2. Introducción

El presente programa de intervención empleará un modelo de atención con enfoque cognitivo conductual, el cual incluye técnicas y tareas psicoterapéuticas para trabajar los pensamientos desadaptativos presentes en los adolescentes, enfocándose en las consecuencias derivadas de esos pensamientos sobre la conducta y la adquisición de habilidades para enfrentar con éxito las situaciones adversas que les ha generado malestar psicológico.

El estar expuesto ante un suceso traumático siempre será negativo, pero lo que acontezca durante o posterior a dicho evento, dependerá en gran medida de los recursos tanto internos como externos que cada adolescente haya adquirido para saber cómo enfrentar y sobrellevar la situación. Es por ello que se considera oportuno intervenir y proporcionar a estos adolescentes, estrategias que les permitan modificar esos pensamientos distorsionados por unos más adaptativos, y junto a ello reducir la sintomatología que está interfiriendo en su adecuado desenvolvimiento, de tal manera que se contribuya a preservar el autocuidado y bienestar psicológico.

6.5.3. Justificación

Este programa de intervención se ha diseñado tomando en consideración los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, los cuales señalan que en los adolescentes institucionalizados prevalece un apego preocupado, además de índices considerables de sintomatología ansiosa, que están interfiriendo de manera negativa en su desenvolvimiento diario. Pretende promover el bienestar psicológico a través de técnicas psicoterapéuticas que se enfoquen en reducir la sintomatología clínica y a su vez, les permitan a los adolescentes ampliar su capacidad de resolver conflictos y aportar nuevas soluciones a las problemáticas que enfrentan.

Es así que, considerando lo anteriormente mencionado, la finalidad de este programa de intervención radica en dotar a los profesionales de la salud mental de herramientas útiles para intervenir de manera eficaz con esta población, con el propósito de que estos últimos reciban el tratamiento más oportuno y adecuado que les ayude a aliviar su malestar.

6.5.4. Objetivos Terapéuticos

- Desarrollar un vínculo sólido entre el terapeuta y el paciente por medio de la práctica eficaz del rapport, la empatía y la escucha activa, que promuevan un ambiente de confianza ante el cual el paciente se sienta seguro para exponer sus miedos y necesidades.
- Establecer un diagnóstico psicológico mediante la entrevista clínica con el paciente, donde se emplee la historia clínica psicológica y la aplicación de reactivos psicológicos.
- Intervenir con técnicas enfocadas en impulsar un estado de bienestar mental que permita a las personas hacer frente a los momentos negativos de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, además de contribuir a mejorar su calidad de vida.

6.5.5. Metodología

El presente programa de intervención psicoterapéutico se llevará a cabo por medio de cuatro fases:

Fase 1: Alianza terapéutica

Antes de iniciar es importante que en una primera sesión se establezca y trabaje una relación terapeuta – paciente adecuada, debido a que los pacientes son un grupo vulnerable (adolescentes maltratados) que, al haber estado expuesto a graves vulneraciones por parte de figuras significativas o protectoras, tendrán sentimientos de traición o menoscabo en sus relaciones interpersonales, aspectos que podrían influir en el desarrollo eficaz del proceso psicoterapéutico. Es así que, el establecimiento de un buen rapport le permitirá al paciente percibir al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes, que es empático y comprensivo, que le acepta con todos sus defectos y, sobre todo es una persona con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente.

De igual manera, mediante el encuadre se debe informar al paciente sobre la importancia y las ventajas de recibir un tratamiento psicológico; se hará un convenio o contrato terapéutico con el paciente para establecer la duración de las sesiones, logros y metas que se pretenden alcanzar, la confidencialidad, los objetivos de la terapia y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

Fase 2: Diagnóstico

Si bien se llevó a cabo la aplicación de dos reactivos psicológicos en este grupo etario, donde se mostró la presencia de malestar psicológico, es importante realizar una evaluación clínica psicológica completa al paciente, donde mediante la entrevista se pueda desarrollar una

historia clínica que permita determinar y corroborar la condición del paciente, y de pie a la planificación de un proceso psicoterapéutico que aborde las necesidades del mismo.

Fase 3: Planificación de sesiones

Durante el proceso psicoterapéutico se emplearán técnicas cognitivo-conductual para cumplir con los objetivos propuestos y alcanzar las demandas expuestas por el paciente. El programa de intervención se ha estructurado en 8 sesiones que se abordaran de manera individual, y en las cuales se denotara la aplicación de entrevistas, psicoeducación, técnicas de reestructuración del pensamiento y relajación, autoinstrucciones, desensibilización automática, autorregistros, entre otras. Las mismas se trabajarán una vez a la semana de manera presencial con una duración de 60 a 90 minutos aproximadamente.

Fase 4: Intervención

Tras la planificación de las sesiones, se llevará a cabo el programa de intervención psicoterapéutico enfocado en reducir la sintomatología ansiosa e impulsar un apego seguro ya que, es importante que los pacientes reciban un tratamiento adecuado y oportuno que les permita alcanzar un bienestar pleno y mejorar su calidad de vida.

6.5.6. Descripción de las Sesiones

Alianza terapéutica

Sesión N°1

Objetivo: Crear un vínculo positivo entre el terapeuta y el paciente mediante la práctica correcta de rapport, empatía y encuadre, donde se dé cumplimiento a los principios éticos de la práctica del psicológico y se promueva el éxito del proceso psicoterapéutico.

Técnicas-Actividades

- Rapport
- Empatía
- Escucha activa
- Encuadre

Procedimiento:

- ❖ Alianza terapéutica: desde el primer contacto con el paciente, el terapeuta generara un clima de confianza, donde el sujeto se sienta cómodo y seguro de exponer libremente sus miedos o necesidades. Para ello se iniciará con:
 - ✓ Saludo de bienvenida y presentación del terapeuta encargado de abordar el proceso psicoterapéutico.

- ✓ Establecimiento del rapport, dedicar unos minutos a una charla informal donde se aborden temas de conversación que le resulten familiares y agradables al paciente (amigos, juegos, aficiones, programas de tv, etc.).
- ✓ Empleo de la escucha activa, escuchar todo lo que el paciente narre sin juzgar en ningún momento sus emociones, sentimientos o pensamientos; se puede citar literalmente lo que el paciente exprese, esto le hará notar que se le está prestando atención y a su vez, que el terapeuta es como un espejo ante el cual puede analizar su propio discurso mental.
- ✓ Uso de la empatía, se hará notar al paciente como el terapeuta desde su marco de referencia se sentiría ante esa determinada situación, validando sus preocupaciones o temores.
- ✓ Encuadre: se explicará al paciente que lo que le acontece es un proceso disfuncional, pero de lo más común y que se puede solucionar mediante un trabajo estructurado por algunas sesiones donde se abordaran de poco a poco todo lo referente a su malestar.

Para iniciar con ello, se deben establecer los objetivos de la intervención, explicar la modalidad y el número de fases necesarias para un eficaz proceso terapéutico, el tiempo de duración de cada sesión, así como también la confidencialidad de la información que se tratara. Todo ello se dialoga y establecerán acuerdos y compromisos, enfatizando la importancia de proseguir con el proceso terapéutico.

- ✓ Preguntar al paciente por sus expectativas con respecto al proceso terapéutico, y poner de manifiesto que se comprende la incertidumbre que pudiese tener hacia el terapeuta.
- ✓ Explicar que en la próxima sesión se plantearan una serie de preguntas a fin de recabar información referente a su vida personal y familiar, y así también la aplicación de algunos reactivos psicológicos.
- ✓ Despedida y finalización de la sesión.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Esferos

Hojas en blanco

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Diagnóstico**Sesión N°2**

Objetivo: Evaluar el estado de salud mental del adolescente institucionalizado mediante la aplicación de diferentes reactivos psicológicos.

Técnicas-Actividades

- Entrevista clínica

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida
- ❖ Antes de iniciar, dedicar unos minutos a una charla informal donde se pregunte al paciente como se ha sentido durante los últimos días (rapport)
- ❖ Se informa que se procederá a realizar una serie de preguntas relacionadas a la historia de su vida, desde el momento en que fue concebido hasta el momento actual, abarcando el ámbito personal, social y familiar; todo ello con el afán de poder construir la respectiva historia clínica.
 - ✓ *Preguntar datos generales del paciente:* nombres y apellidos, edad, lugar y fecha de nacimiento, número de cédula, procedencia, sexo, estado civil, instrucción y ocupación.
 - ✓ *Motivo de consulta:* se redacta de manera breve que el motivo de la consulta es el establecer el diagnóstico psicológico del menor.
 - ✓ *Enfermedad actual:* preguntar si existe alguna sintomatología que este interfiriendo en el desenvolvimiento normal de sus actividades, sin dejar de lado el hecho de indagar si esos síntomas se han derivado de la experimentación de un acontecimiento relevante (detallar la fecha de inicio).
 - ✓ *Psicoanamnesis personal, normal y patológica:* preguntar datos referentes al periodo prenatal, natal y postnatal del paciente, desarrollo psicomotor y del lenguaje, alimentación y hábitos de sueño. Además de datos relevantes de la etapa infantil y adolescencia, señalando el padecimiento de una enfermedad o complicación durante estas etapas del desarrollo.
 - ✓ *Psicoanamnesis familiar, normal y patológica:* Indagar como es la composición del sistema familiar del paciente, datos de identificación de cada integrante, la comunicación que emplean, dinámica familiar, la existencia o ausencia de alguna enfermedad en cada uno de ellos y demás datos relevantes de la

composición familiar (acontecimientos familiares que acentúen la sintomatología actual).

- ✓ *Historia social:* preguntar sobre el perfil de relaciones sociales del paciente; se recogen aquí como son las relaciones con las personas de su entorno (amigos y familiares, docentes, compañeros de escuela y dormitorio) y también cómo lo han sido a lo largo de su infancia y adolescencia.
 - ✓ *Historia académica:* indagar como ha sido el desarrollo del paciente en el ámbito escolar, desde inicial hasta secundaria, enfatizando en qué edad inicio a asistir a la escuela y colegio, diferentes establecimientos a los que ha asistido, motivo de los cambios, adaptación a la escuela y colegio, actitud ante el estudio, rendimiento académico, actividades deportivas, recreativas, extraescolares y sobre todo, mencionar cualquier deficiencia o dificultad que ha presentado el paciente en sus estudios.
 - ✓ *Historia psicosexual:* realizar preguntas referentes al desarrollo psicosexual del paciente (noviazgos).
 - ✓ *Examen de funciones psicológicas:* con base a la información proporcionada anteriormente por el paciente, y considerando como fue su actitud durante este proceso, se determinará como se encuentra la memoria, atención, sensopercepciones, orientación, consciencia, pensamiento y el lenguaje del paciente.
- ❖ Una vez recolectara toda la información, se formulan hipótesis en base a lo obtenido durante todo el proceso de entrevista clínica, se determina que aspectos son necesarios evaluar y mediante que instrumentos.
 - ❖ Aplicar unos cuantos tests psicológicos al paciente, enfatizándole que son necesarios para determinar y contrastar con la historia clínica, la existencia de alguna psicopatología severa derivada de la experimentación temprana de maltrato.
- Se pueden aplicar reactivos psicológicos referentes a:
- ✓ Trastornos de ansiedad
 - ✓ Trastornos de depresión
 - ✓ Trastornos de personalidad
 - ✓ Trastorno de estrés postraumático
 - ✓ Entre otros.
- ❖ Con los resultados arrojados en los tests psicológicos se complementa la historia clínica. Y se le menciona al paciente que con base a todo lo obtenido en la presente sesión y en

contrastación con la clasificación otorgada por el DSM 5, se establecerá su diagnóstico y se iniciará con el plan de intervención psicoterapéutico.

- ❖ Finalización de la sesión.

Duración/Tiempo Aproximado:

90 minutos

Materiales:

Computadora

Hojas en blanco

Esferos

Historia Clínica

Cuadernillo de reactivos psicológicos

Lapiceros

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Plan de Intervención Psicoterapéutico

Sesión N°3

Objetivo: Reducir los altos niveles de activación fisiológica mediante la ejecución de técnicas de relajación.

Técnicas-Actividades

- Respiración diafragmática
- Visualización

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport
- ❖ Se comenta al paciente que existen algunas técnicas sencillas de autocontrol que le enseñan a las personas como alcanzar niveles óptimos de relajación para poder afrontar de manera tranquila ciertas situaciones, donde la respiración tiene un gran protagonismo.
- ❖ Se da inicio a la técnica de respiración diafragmática y visualización empleando de fondo un audio de relajación. Para ello, el terapeuta mediante un relato guiado ira dando indicaciones al paciente para que este las ejecute, por ejemplo, el terapeuta dirá:
Toma una postura cómoda en la silla en la que te encuentra, con la espalda bien pegada al espaldar de la silla y con los pies bien apoyados sobre el suelo, separados a la altura de tus caderas. Ahora, cuando sientas que tu postura es realmente cómoda, cierra tus ojos, y a la cuenta de 3 empezaras a inhalar por la nariz y a exhalar por la boca. Toma

aire lenta y profundamente por nariz, sintiendo como el aire ingresa por tus fosas nasales y como se dirige hasta tus pulmones. Sostén el aire unos 3 o 5 segundos, y exhala por la boca en un rango de 3 a 5 segundos imaginando que frente a ti hay una vela que tienes que apagar, notando como tu estomago sube y baja a medida que inhalas y exhalas (se realizará esta secuencia unas 5 veces).

Enseguida el terapeuta continuara con la técnica de visualización: Ahora te pediré que imagines una playa, esta playa es muy amplia y no hay nadie, tu acabas de llegar y estas solo, es un día primaveral espectacular, no hay frio ni demasiado calor, decides sacarte los zapatos y caminar por la arena suaba y calidad, la sensación es muy agradable, notas el sol calentando tu piel, te vas acercando a la orilla despacio, no tienes prisa, observas el movimiento de las olas, tan rítmico y relajante, fijas tu mirada en el horizonte y sientes la inmensidad del mar, su sonido te produce calma, respiras tranquilidad y te sientes a gusto. Ahora recuerdas aquello de lo que te quieres despendar, aquello que forma parte de tu pasado y que no quieres que siga condicionando tu vida, puede ser un acontecimiento, una persona, un sentimiento o una persona, aquello que te molesta y quieres soltar. Escríbelo en la arena de la orilla y siente como al escribirlo lo dejas ahí, a continuación, observa como una ola sube por la arena y se lo lleva, otra ola y otra ola, poco a poco el mar va borrando eso que has escrito, poco a poco se va, inspira profundamente y expira. Ahora te sientes más libre y menos pesado, te sientes tranquilo, notas paz y como te envuelve el bienestar.

- ❖ Se le pregunta al paciente como se sintió al realizar estos ejercicios, y se le incentiva a realizarlos en casa llevando un autorregistro donde haga notar el momento en que los empleo, señalando como se sentía antes de realizar el ejerció, y como se sintió luego del mismo.

- ❖ Despedida y finalización de la sesión.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Silla

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión N°4

Objetivo: Identificar y modificar las distorsiones cognitivas que desencadenan los altos niveles de activación fisiológica.

Técnicas-Actividades

- Reestructuración cognitiva
- Psicoeducación
- Modelo ABC de Ellis
- Autorregistros

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport
- ❖ Feedback referente a la ejecución de las técnicas de relajación ejecutadas en casa, esto permitirá tener conocimiento sobre la dificultad que tuvo el paciente para realizar la tarea o, por lo contrario, si fue sencilla y en que le ayudo a nivel personal.
- ❖ Explicar en consiste la técnica de reestructuración cognitiva
- ❖ Psicoeducación:
 - ✓ Explicar la relación entre emoción, pensamiento y conducta por medio del Modelo ABC (empleando ejemplos de la vida cotidiana que conecten al paciente con sus propias experiencias).
 - ✓ Conceptualizar que son las distorsiones cognitivas, como actúan y como influyen en el estado de ánimo.
 - ✓ Identificar empleando una lista que contenga distintos pensamientos distorsionados, los que se presentan con mayor frecuencia en el paciente.
- ❖ Una vez se hayan identificado algunas de esas distorsiones cognitivas, se le pedirá al paciente que teniendo en cuenta una de esas distorsiones responda a las siguientes preguntas:
 - ✓ ¿Es realista ese pensamiento?
 - ✓ ¿Existe alguna evidencia que apoye esta idea?
 - ✓ ¿Qué significaría para usted si ese pensamiento fuera verdad?
 - ✓ ¿Qué hay de malo si fuera ese pensamiento verdadero?
 - ✓ ¿Qué podría pasar de malo?

Nota: se debe ir haciendo preguntas al paciente, con el objetivo de que este último dé todas las respuestas que crea conveniente, hasta que llega el momento en el que es incapaz de responder más.

- ❖ Al ver que no tiene más respuestas para aquello que teme, se planteara la veracidad de sus excusas y miedos. Así las distorsiones cognitivas se extinguirán y serán reemplazadas por nuevos pensamientos más equilibrados y realistas.
- ❖ Retroalimentación de lo abordado en la presente sesión, dando paso a interrogantes planteadas por el paciente.
- ❖ Tarea para casa: se le pide al paciente que realice un autorregistro de pensamientos mediante el modelo ABC, cuando experimente gran malestar.
- ❖ Despedida y finalización de la sesión.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Hojas en blanco

Lapiceros

Esferos

Responsable:

- ❖ Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión N°4

Objetivo: Fomentar autoverbalizaciones positivas a fin de disminuir sentimientos negativos producto de la verbalización de frases poco constructivas.

Técnicas-Actividades

- Psicoeducación
- Técnica de autoinstrucciones
- Autorregistros

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport
- ❖ Repaso de la sesión anterior y revisión de los autorregistros, esto permitirá tener conocimiento sobre la dificultad que tuvo el paciente para realizar la tarea o, por lo contrario, si fue sencilla y en que le ayudo a nivel personal.
- ❖ Se discuten y analizan las distorsiones cognitivas que se han evidenciado en el autorregistro, y a su vez se propone cambiar esas autoverbalización negativas, por otra más positivas, de modo que se disminuyan los sentimientos negativos que el paciente se autogenera al verbalizar frases poco constructivas.

- ❖ Técnica de autoinstrucciones: durante la sesión el terapeuta pedirá al paciente que anote en una o dos hojas, ideas que crea que le pueden resultar útiles para afrontar determinadas situaciones generadoras de su malestar. Se pedirá que las memorice, y las repita en la forma que le resulte más convincente cada vez que afronte las sensaciones o situaciones temidas. Algunos ejemplos de estas autoinstrucciones pueden ser:
 - ✓ Mantén la calma
 - ✓ Puedo hacerlo, lo estoy haciendo bien
 - ✓ No va a pasar nada
 - ✓ Puedo manejar la situación.

Nota: Si aun no son memorizadas, se le pide que las lleve siempre consigo y las lea cuanto note que empieza el miedo. Estas autoinstrucciones se las trabajara inicialmente en conjunto con el terapeuta, quien realizara el modelado de cómo se deben ejecutar estas autoinstrucciones.

- ❖ Retroalimentación de lo abordado durante la sesión.
- ❖ Tarea para casa: llenar los autorregistros de pensamiento, añadiéndole a estos una columna referente a la propuesta de verbalizaciones positivas que permitan contrarrestar las situaciones generadoras de malestar.
- ❖ Finalización y despedida.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Hojas en blanco

Lapiceros

Esferos

Responsable:

- ❖ Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión N°5

Objetivo: Crear un ambiente seguro en el que el paciente pueda reducir la ansiedad, disminuir la evitación de situaciones temidas y mejorar su calidad de vida.

Técnicas-Actividades

- Psicoeducación
- Desensibilización sistemática
- Autorregistros

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport
- ❖ Revisión de la tarea enviada a casa, repasando el modelo ABC y comentando los pensamientos alternativos o autoverbalizaciones positivas que propuso para cada situación.
- ❖ Psicoeducación referente a como la ansiedad se puede mantener por medio de la evitación.
- ❖ Terapeuta y paciente establecen un conjunto de situaciones típicas a las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles. Una vez estas sean identificadas, se las ubicara de menor a mayor considerando la intensidad de ansiedad que cada una de ellas producen.
- ❖ Desensibilización sistemática: se le pide al paciente que entre en un estado de profunda relajación, una vez relajado, se le guía para que vaya imaginando escenas y situaciones en las que esté presente el primer estímulo temido de la jerarquía.
El objetivo consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal que se rompa el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.
- ❖ Se pregunta al paciente cómo se sintió al realizar dicha técnica, y se realiza una retroalimentación de todo lo abordado.
- ❖ Tarea para casa: se propone realizar dicha técnica en casa, y a su vez, esas situaciones de la jerarquía ir las afrontando de manera real.
- ❖ Finalización y despedida.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Hojas en blanco

Lapiceros

Esferos

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión N°6

Objetivo: Impulsar una imagen positiva en el paciente a fin de que se perciba como un sujeto valioso y merecedor de estima.

Técnicas-Actividades

- Técnica del espejo
- Lista de los elogios
- Post-it

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida
- ❖ Retroalimentación de la tarea enviada para casa: esto permitirá tener conocimiento sobre la dificultad que tuvo el paciente para realizar la tarea o, por lo contrario, si fue sencilla y en que le ayudo a nivel personal.
- ❖ Breve explicación de lo que se abordara durante la presente sesión psicoterapéutica
- ❖ Se inicia con la técnica del espejo, para la cual el terapeuta proporcionara al paciente un espejo de tamaño mediano y le pedirá que se coloque frente al espejo. Seguido a ello le dará la consigna de que diga en voz alta aquellos aspectos positivos que identifica en sí mismo, y luego aquellos aspectos negativos que visualiza en sí mismo.
- ❖ Una vez cumplida con esa fase, se plantearán las siguientes preguntas:
 - ✓ ¿Qué ves en el espejo?
 - ✓ ¿Cómo es esa persona que te mira desde el espejo?
 - ✓ ¿Consideras que conoces a la persona que tienes frente a ti?
 - ✓ ¿Cuáles son las habilidades y aspectos buenos de esa persona?
 - ✓ ¿Consideras que esa persona tiene algún aspecto negativo?
 - ✓ ¿Existe el pensamiento de querer cambiar algo de la persona que está frente a ti?
¿Qué cosa sería esa?
- ❖ Una vez finalizada la técnica se le pedirá al paciente que comparta su experiencia al realizar el ejercicio, reforzando aquellos aspectos positivos que se lograron identificar.
- ❖ Ahora se le hará notar al paciente que aparte de los aspectos positivos que logro identificar en sí mismo, las personas de su entorno también los evidencian, para ello se realizara la lista de los elogios.

Aquí conjuntamente con el paciente se elaborará una lista que contenga diez elogios que él haya recibido en algún momento de su vida. Una vez escritos, se le propone que los puntúe del 1 al 10, siendo el 1 que no lo ha creído y el 10 que lo ha creído totalmente. Finalmente, se le pregunta que sería diferente en su vida si creyese cada elogio un punto más de lo puntuado.

- ❖ Feedback de las actividades ejecutadas en la sesión.
- ❖ Tarea para casa: técnica de los post-it, se le entrega al paciente unas pequeñas hojas adhesivas e incentiva para que escriba en ellas breves mensajes positivos sobre sí mismo y los vaya pegando por varios sitios de su habitación. Estos post-it pueden ser de tipo “soy una buena persona, sé que lo voy a conseguir, ánimo, tú puedes, entre otras”.
- ❖ Finalización de la sesión y despedida.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Espejo

Hojas en blanco

Esferos

Hojas adhesivas pequeñas

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión N°7

Objetivo: Fomentar una comunicación asertiva en el paciente, a fin de que pueda expresar sus sentimientos de una manera clara, precisa y en el momento adecuado, con respeto hacia los demás.

Técnicas-Actividades

- Psicoeducación
- Role-play

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport
- ❖ Retroalimentación de la tarea enviada para casa: esto permitirá tener conocimiento sobre la dificultad que tuvo el paciente para realizar la tarea, o por lo contrario si fue sencilla y en que le ayudo a nivel personal.
- ❖ Psicoeducación en comunicación asertiva (concepto, estilos de comunicación, importancia en las relaciones sociales y ejemplos, además de la importancia que tiene el lenguaje corporal).

Se hará una breve explicación de las técnicas asertivas más importantes, empleando a su vez ejemplos de la vida cotidiana que serán compartidos y trabajos conjuntamente con el paciente:

- ✓ Disco rayado

- ✓ Banco de niebla
 - ✓ Libre información
 - ✓ Aserción negativa
 - ✓ Interrogación negativa
 - ✓ Autorrevelación
 - ✓ Compromiso viable
- ❖ Una vez se tenga comprensión de lo que abarca la comunicación asertiva, se iniciara con el entrenamiento en asertividad.
 - ❖ Role-play: el terapeuta conjuntamente con el paciente realizara un entrenamiento de la comunicación asertiva; aquí se abordará una situación de la vida cotidiana donde el terapeuta tomara el rol de un determinado sujeto X que entablará un dialogo con el paciente, donde el mismo tendrá que hacer uso de una comunicación asertiva empleando a su vez alguna de las técnicas anteriormente señaladas.
 - ❖ Se realiza un feedback de lo abordado durante la presente sesión.
 - ❖ Finalización de la sesión.

Duración/Tiempo Aproximado:

60 minutos

Materiales:

Computadora

Hojas en blanco

Esferos

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión N°8

Objetivo: Fomentar en el paciente la adquisición de habilidades que le permitan mantener relaciones más satisfactorias en las diferentes áreas de su vida.

Técnicas-Actividades

- Psicoeducación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Modelado
- Reforzamientos

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport

- ❖ Retroalimentación y entrenamiento de la comunicación asertiva abordada en la sesión anterior.
- ❖ Psicoeducación referente al desarrollo de mejores habilidades sociales (habilidades de escucha activa, habilidades conversacionales y habilidades en conversación en grupo), factores protectores y de riesgo.
- ❖ Entrenamiento en habilidades sociales:
 - ✓ Modelado: en esta técnica el terapeuta ejecutara una serie de conductas de forma adecuada, de las habilidades que se pretende que el paciente aprenda, una vez ejecutadas se espera que el paciente las imite.
 - ✓ Ensayo conductual: en este momento el paciente deberá llevara a cabo las actuaciones que previamente han sido mostradas por el modelo (el terapeuta), sea de manera real o encubierta, es decir, mediante la imaginación.
 - ✓ Retroalimentación: se fundamenta en el suministro de información al paciente sobre cómo ha ejecutado las conductas objetivo, siendo esta lo más específica y concreta posible (reforzar aquello que se ha realizado correctamente como también, comunicar en qué cosas debe mejorar).
 - ✓ Reforzamiento: se empleará reforzamientos sociales o materiales para ensalzar los aspectos positivos de la actuación que ha desarrollado el paciente; todo ello con el objetivo de impulsar la repetición de dicha conducta.
 - ✓ Generalización: las conductas aprendidas deben extrapolarse a todos los contextos en los cuales el paciente se desenvuelve (ampliar el espacio de entrenamiento).
 - ✓ Feedback de lo abordado durante la presente sesión.
 - ✓ Finalización de la sesión.

Duración/Tiempo Aproximado:

90 minutos

Materiales:

Computadora

Hojas en blanco

Esferos

Reforzadores positivos (si son necesarios)

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

Sesión 9

Objetivo: Consolidar los logros obtenidos y prevenir recaídas en los intentos de solucionar las dificultades que tendían a mantener o empeorar la situación.

Técnicas-Actividades:

- Psicoeducación
- Cierre

Procedimiento:

- ❖ Saludo de bienvenida y rapport
- ❖ Retroalimentación de las temáticas abordadas en la sesión anterior.
- ❖ Psicoeducación, es importante destacar los logros alcanzados durante este proceso psicoterapéutico por parte del paciente.
- ❖ Finalmente, si existe algún tipo de duda o inquietud que tenga el paciente referente algún tema en cuestión, aclarárselo inmediatamente.
- ❖ Cierre del proceso y despedida

Duración:

60 minutos

Materiales:

Computadora
Hojas en blanco
Esferos

Responsable:

Personal del área de Psicología Clínica: psicoterapeuta

7. Discusión

De todas las teorías enunciadas por diferentes autores para explicar el desarrollo de trastornos psicopatológicos durante la etapa de la adolescencia, la teoría del apego propuesta por Bowlby pone de manifiesto que la calidad de las primeras relaciones interpersonales establecidas con las figuras de apego, se encontraría en la base de la vulnerabilidad para una posterior aparición de sintomatología psicopatológica (Bowlby, 1989) puesto que estas relaciones tempranas pueden verse influenciadas por situaciones adversas tales como, el maltrato o la violencia intrafamiliar, que ponen a quienes las vivencian a que experimenten en sus posteriores relaciones interpersonales altos niveles de desprotección, de falta de amor y sobre todo ausencia de bienestar (Lynch y Ciacchetti, 2002). De ahí que, en las menores víctimas de maltrato exista una mayor prevalencia de apego inseguro sea este de tipo preocupado, evitativo o temeroso, que se configura como uno de los factores de mayor vulnerabilidad al desarrollo de psicopatología (López et al., 2012).

Es así, que el tener un apego preocupado no indica precisamente padecer psicopatología en un futuro, sino que el apego se configuraría como un componente o factor importante pero no único en el desarrollo de trastornos mentales, aspecto que se ha evidenciado en este estudio investigativo y se lo ha podido contrastar con otros estudios a continuación.

En el estudio realizado por Camps Pons y otros autores (2014) quienes al trabajar con una muestra de 40 adolescentes y jóvenes que han sido víctimas de maltrato intrafamiliar determinaron que existe una prevalencia en más de la mitad de los individuos de apego inseguro (67,50 %) del cual el 37,50 % presentan apego de tipo evitativo, el 20,00 % preocupado y el 10,00 % temeroso. Resultados que al ser contrastados con los obtenidos en la presente investigación guardan una estrecha relación ya que se obtiene que el tipo de apego que mayor incidencia tiene entre los adolescentes que han sido víctimas de maltrato y pernoctan actualmente en diferentes casas de acogida de la ciudad de Loja es el apego preocupado con un 59,30 % seguido del apego evitativo con un 31,50 %.

Indicios que permiten corroborar lo señalado por la literatura científica, donde se pone de manifiesto que el hecho de vivenciar cualquier tipo de maltrato antes de los 13 años es un factor de riesgo para desarrollar un tipo de apego inseguro ya que, si las personas que deben querer y proteger son quienes ejercen el maltrato, como poder tener confianza en una persona externa al sistema familiar. Y que las diferencias entre los tipos de apego inseguro se pueden vincular al hecho diferencial de encontrarse o no alejados de sus figuras de apego, es así que, una mayor experimentación de maltrato que haya ocasionado la separación de las figuras de apego puede favorecer el origen un modelo operativo negativo del sí mismo caracterizado por

una baja autoestima, falta de autonomía en relación a los otros y una creencia disfuncional de que el self no es merecedor de afecto y apoyo, rasgos propios del self identificado en el apego preocupado (Muller et al., 2001). Mientras que, en el caso de los adolescentes que han experimentado una separación momentánea de sus figuras de apego, el modelo operativo negativo puede estar más relacionado en la infravaloración que se le da a lo otros antes que a uno mismo, característica del tipo de apego evitativo (Alexander, 1993).

Y así también, un factor de riesgo para desarrollar psicopatología, como se puede denotar en el estudio de Muela y otros autores (2012) quienes al trabajar con una muestra de 144 adolescentes víctimas de maltrato infantil manifiestan que, los adolescentes que se encuentran en situación de acogimiento residencial presentan altos indicios de psicopatología (76,80 %) conformada por síntomas internalizantes (40,60 %) como depresión, ansiedad y somatizaciones, seguida de síntomas externalizantes (36,20 %), al igual que lo adolescentes que se encuentran en situación de riesgo. Datos que de cierta manera coinciden con los resultados alcanzados en la presente investigación ya que, si bien no se evidencio niveles de psicopatología severa, se pudo constatar niveles considerables de malestar psicológico (44,40 %) en casi la mitad de la población de estudio conformado por síntomas de ansiedad (75,00 %), ansiedad fobica (58,00%), psicoticismo (54,00 %), ideación paranoide (50,00 %) y depresión (33,00 %), que se pueden explicar de acuerdo a la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011) por el hecho de que, los menores al encontrarse institucionalizados y separados de sus padres, se ven afectados por sentimientos de tristeza, melancolía, rechazo, incomprensión, aislamiento social e incertidumbre frente al futuro, ya que desconocen quienes serán las personas que los van apoyar, a proteger y sobre todo acompañar (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar [RELAF], 2011).

Todo ello concuerda a su vez con los resultados de otros estudios donde se ha podido comprobar que los menores que han sido víctimas de maltrato manifestaran significativos problemas psicopatológicos en la adolescencia (Shaffer et al., 2008). Así pues, de acuerdo a la literatura científica se puede deducir que las posibles diferencias en cuanto a la presencia de los indicadores de psicopatología variaran dependiendo el mecanismo por el cual se las evalué puesto que, se expone que cuando la psicopatología es evaluada en primera persona no se evidencian diferencias entre los diversos grupos de adolescentes que han sido víctimas de maltrato, pero si los indicadores de psicopatología son heteroinformados, estos cambian ya que, entre los diferentes grupos de adolescentes a pesar de todos tener el mismo patrón de maltrato, unos pueden presentar mayores niveles de psicopatología (Muela et al., 2012).

Con todo ello, Carlson (1998) ha señalado que los adolescentes que poseen un estilo de

apego inseguro sean este de tipo preocupado, evitativo o temeroso tienen una mayor probabilidad de presentar índices de psicopatología, sin embargo, cabe señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio no permitieron compartir y concluir con esta afirmación, ya que no se evidenció una correlación estadísticamente significativa entre las variables puesto que, el tener un apego inseguro se condiciona solamente como un factor de riesgo para presentar indicadores elevados de psicopatología en la adolescencia.

8. Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se identificó que el tipo de apego que tiene mayor prevalencia entre los adolescentes que han sufrido maltrato, a través del Cuestionario de Apego CaMir-R es el apego preocupado, que los caracteriza como sujetos en los cuales prevalece la visión negativa del self.

De igual manera se evaluó la sintomatología clínica de aquellos que han sufrido maltrato mediante el Inventario de Síntomas SCL-90-R, dándonos como resultados que alrededor de la mitad de la población de estudio presento malestar psicológico, con mayor prevalencia la sintomatología ansiosa.

Con ello se determinó que no existe relación entre los diferentes tipos de apego y el malestar psicológico que pudiera provocar psicopatología en los adolescentes que han sufrido maltrato o violencia, ya que el apego preocupado prevalece sobre la presencia o no de malestar psicológico en la población evaluada sobre los otros tipos de apego.

Finalmente se elaboró un programa de intervención psicoterapéutico destinado a fortalecer la salud mental de adolescentes institucionalizados víctimas de maltrato, el cual constó de dos fases, la primera se enfocó en el diagnóstico y la segunda en el desarrollo de las sesiones terapéuticas con sus respectivas técnicas.

9. Recomendaciones

Para finalizar con la presente investigación se considera importante tomar en consideración algunas recomendaciones:

Se pone a consideración de la comunidad científica, desarrollar nuevos estudios que relacionen el apego, la psicopatología y el maltrato en adolescentes a fin de que proporcionen nuevos resultados que muestren si existe relación entre estas variables, a su vez brinden información fiable y esto permita desarrollar intervenciones psicoterapéuticas enfocadas a disminuir las consecuencias que se derivan de esa problemática.

Psicoeducar a la comunidad mediante la promoción - prevención de la existencia de factores de riesgo que pueden influir en el bienestar psicológico y emocional de los individuos, desembocando en el desarrollo de psicopatologías que pueden generar un déficit en el desenvolvimiento de habilidades sociales.

Como también implementar programas de capacitación y actualización al personal que labora en las diferentes casas de acogida, específicamente al personal del área de la salud mental ya que, ellos al ser quienes trabajan en pro de fomentar el autocuidado y bienestar de los adolescentes, deben estar siempre actualizados y a su vez, preparados para intervenir de manera eficaz en los problemas que se pudieran presentar.

Finalmente, se recomienda al área de Psicología Clínica de las diferentes casas de acogida, considerar los resultados obtenidos en la presente investigación, así como también, que se ejecute el programa de intervención, ya que podría resultar beneficioso para paliar los malestares que aquejan a estos adolescentes.

10. Bibliografía

- Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, Salter, D. S. (1978). *Patterns of Attachment: Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Ainsworth, Salter, D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, Salter, D.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development, *American Psychologist*, 46(4), 331-341. http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/ainsworth_bowlby_1991.pdf.
- Allen, J. P., Hauser, S. T. y Borman Spurrell, E. (1996). La teoría del apego como marco para entender las secuelas de la psicopatología adolescente severa: un estudio de seguimiento de 11 años. Seguimiento de 11 años. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263 <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.254>
- Almonte, C. (2012). Características generales de la psicopatológica infantil y de la adolescencia. En C. Almonte & M. Montt (Ed.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (p.115-125). Mediterráneo.
- Almonte, C., & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Mediterráneo.
- Álvarez, S., Hidalgo, N.U., Morán, M.D., & Reyes, R. A. (2019). Factores que inciden en el apego seguro: Reflexiones y propuestas. *PsicoEducativa*, 5(9), 8-12. <https://psicoeducativa.iztacala.unam.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/view/102/274>
- Amar, J., & Berdugo, M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*, 1-22. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2076>.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- among Adolescent Female Victims of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1000–1017. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260506290201>
- Baer, J. C., y Martínez, C. D. (2006). Maltrato infantil y apego inseguro: Un meta-análisis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/02646830600821231>.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Estilos de apego entre adultos jóvenes: una prueba

- de un modelo de cuatro categorías. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 61 (2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Benítez, A. A., García de León, S., Reyes, F. y Ruíz, E. I. (2019). La separación y su relación con los tipos de apego: Reflexiones y propuestas. *PsicoEducativa*, 5(9), 13-21. <https://psicoeducativa.iztacala.unam.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/view/103/278>
- Camps Pons, S., Castillo Garayoa, J.A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1),67-74. ISSN: 1130-5274. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180630186008>
- Capaldo, M., & Perrella, R. (2018). Maltrato infantil: una perspectiva de la teoría del apego. *Revista Mediterránea de Psicología Clínica*, 6(1), 1- 20. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1822>.
- Carlson, E. A. (1998). A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Psicopatología del desarrollo. Vol I y II*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1981(11), 31-55.
- Código Orgánico Integral Penal [COIP]. Artículo 155 de 2014. 10 de febrero del 2014 (Ecuador).
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd. ed)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Contini, N. (2018). Algunos enlaces conceptuales entre psicopatología del desarrollo, personalidad y evaluación: *Psicológica infantojuvenil*. vol. 12(1) 147-157. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1604>
- Cooper, M. L., Albino, A.W., Orcutt, H.K., & Williams, N. (2004). Estilos de apego y ajuste intrapersonal: Un estudio longitudinal desde la adolescencia hasta la juventud. En SW Rholes y JA Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 438-466).
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (2006). Prevalence and Predictors of Dating Violence
- Danese, A., & Widom, C.S. (2020). Experiencias objetivas y subjetivas del maltrato infantil y sus relaciones con la psicopatología. *Nat Hum Behav* <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0880-3>

- Escudero Pino, L., & Montiel Santamaría, A. (2017). *Consecuencias de la exposición a situaciones de violencia intrafamiliar durante la infancia* [Trabajo de fin de grado, Universidad Cooperativa de Colombia] Repositorio Institucional - Universidad Autónoma de Madrid.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). Efectos del covid-19 en el bienestar de los hogares de Ecuador. https://www.unicef.org/ecuador/sites/unicef.org.ecuador/files/2022-01/UNICEF_Impacto%20COVID-19-hogares_2022.pdf
- Gempp Fuentealba R., & Avendaño Bravo C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos: *Terapia Psicológica*. 26(1), 39-58. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Gempp, R., & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos: *Redalyc*, 26(1), 39 - 58. <http://www.redalyc.org/pdf/785/78526104.pdf>
- Izpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Americana*, 2(1), 37-44.
- Londoño, M.A., Agudelo, D.M., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D.C., & Arias, J.F. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana: Artículo de investigación científica y tecnológica / Original. *Med Unab*. 21(2)45-59. <https://doi.org/10.29375/01237047.2807>
- López Martín, J. (2019). *Apego y psicopatología: Una revisión meta-analítica* [Tesis de Doctorado, Universitat Ramon Llull]. Repositorio Institucional – Universitat Ramon Llull.
- López Soler, C., Fernández, M. V., Prieto Larrocha, M., Alcántara López, M. V., Castro Saéz, M., & López Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(3), 780–788. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
- Lynch, M. y Ciacchetti, D. (2002). Vínculos entre la violencia comunitaria y el sistema familiar: Evidence from children's feelings of relatedness and perceptions of parent comportamiento de los padres. *Family Process*, 41, 519-53. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41314.x>
- Lyon Ruth K., & Block D. (1996). El sistema de cuidado perturbado: Relaciones entre el trauma infantil, el cuidado materno y el afecto y el apego infantil. *Revista de salud mental infantil*, 17 (3), 257-275.

- Main, M., & Solomon, J. (1986). Descubrimiento de un patrón de apego inseguro-desorganizado/desorientado: Procedimientos, hallazgos e implicaciones para la clasificación del comportamiento. En T.B. Brazelton, & M. Yogman (Eds.), Nueva Jersey: *Desarrollo afectivo en la infancia* (pp. 95-124). Ablex.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Seguridad en la infancia, la niñez y la adultez: Un paso al nivel de la representación. *Monografías de la Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(2),1-9. <https://doi.org/10.5093/cc2018a9>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2021). *Jornada de salud mental para personas con discapacidad en Loja*. <https://www.inclusion.gob.ec/mies-desarrolla-jornada-de-salud-mental-para-personas-con-discapacidad-en-loja/>
- Muela, A., Torres, B., & Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 35, 451-469. <https://doi.org/10.1174/021037012803495294>.
- Muller, R. T, Lemieux, K. E. & Sicoli, L. A. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16 (2), 151-169. <https://doi.org/10.1023/A:1011158919303>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Organización Mundial de la Salud. (18 de enero de 2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Pabón, D. y Téllez A. (2017). *Conformación familiar y estilos de apego de mujeres maltratadas por su cónyuge residentes en Villavicencio*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Cooperativa de Colombia] Repositorio Institucional - Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/12803>.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., y Halfon, O. (1996). Los modelos de relaciones: desarrollo de un autocuestionario de datos adjuntos para adultos. *Psiquiatría De L Enfant* 1, 161-206.
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011). *Niñez y adolescencia*

- institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH. Serie: Publicaciones sobre niñez sin cuidados parentales en América Latina: Contextos, causas y respuestas. <https://www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf>
- Riggs, S. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5-51. <https://doi.org/10.1080/10926770903475968>
- Rodríguez Zafra, M., & Gil Escudero, G. (2022). Psicoterapia Psicodinámica y Psicoterapia De Grupo: Conceptos e Intervenciones Terapéuticas. *Revista De Psicoterapia*, 33(121), 27-40. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1118>
- Shaffer, A., Huston, L. & Egeland, B. (2008). Identification for child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 32(7):682-92. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.010>.
- Silverman, D.K., (1998). El lazo que une: Regulación afectiva, apego y psicoanálisis. *Psicología psicoanalítica*, 15 (2), 187-212. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.15.2.187>
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*: 55, pp 17-29.
- Sroufe, L. A. (1988). El papel del apego entre el bebé y el cuidador en el desarrollo: implicaciones clínicas del apego. *Child Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 18-38.
- Valencia Agudo, F. (2016). Maltrato en la infancia y la adolescencia: características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. *Psicopatol. salud ment* 27, 49-58.
- Yáñez, S. (2008). La evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yáñez (Eds.), Madrid: *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y clínica* (pp. 95-155). Psimática.

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Aprobación del Proyecto: Informe de Estructura, Coherencia y Pertinencia



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 13 de junio de 2022

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del Oficio. No. 293- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido en mi correo institucional el 03 de junio del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022"**, autoría de la señorita. **María Daniela Piedra Sánchez CI.1105706988**, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, personales y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general y específicos.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos, la justificación.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (de 2 a 4 fuentes).

Por tal motivo me permito emitir **el Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado "APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022"**.

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA**

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.

1104600844

mayra.medina@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

c.c.: Archivo

11.2. Anexo 2. Designación de la directora



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No.352- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 27 de junio del 2022

Psicóloga Clínica

Mayra Daniela Medina Ayala Mgs

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA- FSH-UNL.

Ciudad. -

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de pertinencia del Proyecto de Tesis titulado: **“APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022”**, de autoría de la Srta. María Daniela Piedra Sánchez, estudiante del VIII ciclo, me permito designarle **DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes y agradecerle su atención.

Atentamente,



ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL.**

C/c. María Daniela Piedra Sánchez.
Expediente estudiantil
Archivo

11.3. Anexo 3. Oficio de Pertinencia del lugar para realizar la Investigación del Trabajo de Integración Curricular

11.3.1. Hogar Santa Mariana de Jesús



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 154- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 11 de abril del 2022

Hermana
Rosa Suquilanda
DIRECTORA DEL HOGAR SANTA MARIANA DE JESÚS
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. María Daniela Piedra Sánchez con CI 1105706988 estudiante del VIII de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **“APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022”**. Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

CIPIC
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**

Recibido
03/05/2022
[Firma]

Archivo
APA/tsc

11.3.2. Fundación Dorotea Carrión



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 235- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 12 de mayo del 2022

Hermana

Vicenta Alejandro Camacho

REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN DOROTEA CARRIÓN

Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. María Daniela Piedra Sánchez con CI 1105706988 estudiante del VIII de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **“APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022”**. Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

C.P.S.C.
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**

*Recibido
12-05-2022
[Firma]*

Archivo
APA/tsc

11.3.3. Hogar Infantil Padre Julio Villarroel



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 288- C.PS.Cl - FSH-UNL
Loja, 02 de junio del 2022

Licenciada

Mónica Cabrera

DIRECTORA DEL HOGAR INFANTIL PADRE JULIO VILLARROEL

Ciudad -

De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. **María Daniela Piedra Sánchez** con CI 1105706988 estudiante del VIII de la Carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente; con el tema **“APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO MALTRATO EN LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022”**. Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica.

Cabe mencionar que lo que se presente realizar en mencionada institución es la aplicación de dos reactivos psicológicos, CaMiR-R y SCL-90 (Inventario de síntomas SCL-90-R) a los adolescentes de entre 13 y 17 años. Mismos que serán totalmente anónimos, es decir, no se detallaran los nombres de los participantes, ni de la institución.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración y gratitud.

APA
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**



*Recibido
03-06-2022*
[Signature]
ALBERGUE
LOJA - ECUADOR

Archivo
APA/tsc

11.4. Anexo 4. Certificación del Abstrac



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis; **“Apego y Psicopatología en Adolescentes que han Sufrido Maltrato en la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022”**, autoría **María Daniela Piedra Sánchez** con número de cédula **1105706988**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 12 de septiembre del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

11.5. Anexo 5. Asentimiento Informado



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Psicología Clínica



CONSENTIMIENTO INFORMADO Actividad Académica

Fecha _____

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, certifico que he sido informado(a) con claridad de la aplicación de dos reactivos psicológicos hacia mi persona, como parte de un proyecto de investigación de la señorita María Daniela Piedra Sánchez con cédula de identidad 1105706988 estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja que pretende determinar cuál es la relación entre el apego y la psicopatología; por tanto, a través del presente documento, dejo claridad de mi aceptación para participar en dicha actividad.

Finalmente, manifiesto que la estudiante encargada de la aplicación de dichos reactivos psicológicos, aclarado todas las dudas que han surgido de mi participación libre y voluntaria en este proceso de investigación.

Firma

11.6. Anexo 6. Cuestionario de Apego CaMir – R

CAMIR-R

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

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

Los resultados de este cuestionario son CONFIDENCIALES.

Opciones de respuesta:

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

	Muy en desacuerdo	En acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.	1	2	3	4	5
2.Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3.En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.	1	2	3	4	5
4.Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.	1	2	3	4	5
5.En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.	1	2	3	4	5
6.Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.	1	2	3	4	5
7.Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas.	1	2	3	4	5
8.Detesto el sentimiento de depender de los demás.	1	2	3	4	5
9.Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
10.Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.	1	2	3	4	5
11.Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.	1	2	3	4	5

12.No puedo concentrarme en otras cosas, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.	1	2	3	4	5
13.Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.	1	2	3	4	5
14.Siempre estoy preocupado(a) por la tristeza que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.	1	2	3	4	5
15.Cuando era niño(a), tenía una actitud de dejarme hacer (por ejemplo, me dejaba manipular y dominar por los demás).	1	2	3	4	5
16.De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
17.Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.	1	2	3	4	5
18.Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
19.Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.	1	2	3	4	5
20.Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.	1	2	3	4	5
21.Siento confianza en mis seres queridos.	1	2	3	4	5
22.Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.	1	2	3	4	5
23.Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
24.A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.	1	2	3	4	5
25.Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).	1	2	3	4	5
26.Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5
27.Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.	1	2	3	4	5
28.Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa.	1	2	3	4	5
29.Es importante que el niño aprenda a obedecer.	1	2	3	4	5
30.Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.	1	2	3	4	5
31.La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.	1	2	3	4	5
32.A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

11.7. Anexo 7. Inventario de Síntomas SCL – 90 -R

INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

A continuación, le presentamos una lista de problemas que suelen experimentar las personas. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una X en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o, o encerrado/a.					

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormir.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

11.8. Anexo 8. Tablas

Tabla 7

Índice de severidad global de acuerdo al sexo de los adolescentes que han sido maltratados

	Género				Total	
	Femenino		Masculino		f	%
	f	%	f	%		
Hay malestar psicológico	23	42,50 %	1	1,90 %	24	44,40 %
No hay malestar psicológico	22	40,80 %	8	14,80 %	30	55,60 %
Total	45	83,30 %	9	16,70 %	54	100,00 %

En la tabla 7 se puede evidenciar que, del total de la población evaluada un 83,30 % correspondiente al sexo femenino prevalece sobre la presencia o no de malestar psicológico.

Tabla 8

Correlación de Spearman: Tipos de apego y Sintomatología clínica en adolescentes que han sido maltratados

		Preocupado	Evitativo	Seguro	
RHO DE SPEARMA	Somatizaciones	Coeficiente de correlación	-0,079	0,037	0,006
		Sig. (bilateral)	0,572	0,791	0,967
		N	54	54	54
	Obsesiones y compulsiones	Coeficiente de correlación	.	.	.
		Sig. (bilateral)	.	.	.
		N	54	54	54
	Sensitividad Interpersonal	Coeficiente de correlación	-0,017	0,078	0,149
		Sig. (bilateral)	0,905	0,575	0,282
		N	54	54	54
	Depresión	Coeficiente de correlación	0,067	0,000	0,025
		Sig. (bilateral)	0,628	1,000	0,860
		N	54	54	54
	Ansiedad	Coeficiente de correlación	-0,238	0,337*	0,088
		Sig. (bilateral)	0,083	0,013	0,525
		N	54	54	54
	Hostilidad	Coeficiente de correlación	-0,053	0,100	0,109
		Sig. (bilateral)	0,702	0,472	0,432
		N	54	54	54
Ansiedad Fóbica	Coeficiente de correlación	0,000	0,000	0,055	
	Sig. (bilateral)	1,000	1,000	0,692	
	N	54	54	54	
Ideación paranoide	Coeficiente de correlación	0,171	-0,189	0,074	
	Sig. (bilateral)	0,216	0,171	0,597	
	N	54	54	54	
Psicoticismo	Coeficiente de correlación	0,147	-0,060	0,103	
	Sig. (bilateral)	0,290	0,668	0,461	
	N	54	54	54	
Malestar psicológico	Coeficiente de correlación	-0,017	0,158	0,234	
	Sig. (bilateral)	0,904	0,253	0,088	
	N	54	54	54	

En la tabla 8 se muestran los resultados obtenidos por medio de la Prueba de Correlación de Spearman, donde se evidencia que no existe una relación significativa entre las variables puesto que, los valores de significancia bilateral exceden al 0,05 establecido como margen de error.

11.9. Anexo 9. Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Tipo de apego	,366	54	,000
Índice de severidad global	,368	54	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla de anexo 8 se muestra el análisis de normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov debido a que la muestra con la que se trabajó es superior a 50 datos. Los grados de significancia que se pueden evidenciar en las dos variables mediante la mencionada prueba no superan al 0,05 que ha sido establecido como margen de error, lo que nos indica que la muestra de estudio no sigue una distribución normal, y direcciona a que se emplee para su análisis inferencial la prueba de correlación de Spearman.

11.10. Anexo 10. Matriz de Datos en Excel

Participante	Edad	Género	Somatizaciones (12 ítems)														Nro de Respuestas	Promedio: SOM	Obsesiones y Compulsiones (10 ítems)										Nro de Respuestas	Promedio: OBS
			P1	P4	P12	P27	P40	P42	P48	P49	P52	P53	P56	P58	Total	P3			P9	P10	P28	P38	P45	P46	P51	P55	P65	Total		
1	15	F	2	0	0	0	2	2	0	0	2	0	2	0	10	12	0,8	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	14	10	1,4
2	14	F	3	4	3	2	4	0	3	2	1	2	1	1	26	12	2,2	4	1	1	0	0	2	2	0	4	0	14	10	1,4
3	15	F	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	12	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0
4	13	F	1	1	0	0	1	0	0	2	0	3	1	2	11	12	0,9	3	3	0	3	2	3	3	0	3	0	20	10	2
5	15	F	2	1	1	3	3	3	1	3	3	3	4	3	30	12	2,5	2	0	1	3	3	3	3	1	1	4	21	10	2,1
6	14	F	2	1	1	0	2	0	2	0	1	2	0	1	12	12	1,0	3	1	3	1	0	1	2	0	0	0	11	10	1,1
7	15	F	2	2	1	2	1	2	2	1	1	3	1	2	20	12	1,7	3	2	1	2	3	1	2	2	3	1	20	10	2
8	13	F	1	0	0	2	0	2	3	2	1	3	3	2	19	12	1,6	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	21	10	2,1
9	14	F	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	5	12	0,4	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	4	10	0,4
10	14	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	12	0,1	0	1	0	1	3	2	1	1	3	0	12	10	1,2
11	16	F	1	3	0	2	1	0	1	3	2	2	1	4	20	12	1,7	3	3	0	1	2	1	1	2	2	1	16	10	1,6
12	14	F	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	0	1	11	12	0,9	0	3	2	1	1	1	2	1	2	1	14	10	1,4
13	13	F	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	0,1	1	2	0	1	0	0	1	0	2	1	8	10	0,8
14	14	F	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	12	0,3	1	2	0	1	0	0	2	0	2	0	8	10	0,8
15	15	F	3	2	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	13	12	1,1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	0	13	10	1,3
16	13	F	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	12	0,3	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	8	10	0,8
17	14	F	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	12	0,3	0	2	0	1	1	1	2	0	2	0	9	10	0,9
18	13	F	3	3	1	0	1	2	1	2	0	1	2	2	18	12	1,5	1	2	0	2	1	2	2	0	2	1	13	10	1,3

Sensitividad Interpersonal (9 ítems)							Depresión (13 ítems)													Ansiedad (10 ítems)																
P34	P36	P37	P41	P61	P69	P73	Total	Nro de Respuestas	Promedio: SI	P5	P14	P15	P20	P22	P26	P29	P30	P31	P32	P54	P71	P79	Total	Nro de Respuestas	Promedio: DEP	P2	P17	P23	P33	P39	P57	P72	P78	P80	P86	Total
2	2	2	0	0	2	0	8	9	0,9	0	0	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	16	13	1,2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2	6
4	1	3	2	3	2	0	19	9	2,1	0	1	2	4	2	4	4	1	0	2	3	0	1	24	13	1,8	4	2	4	3	1	3	2	2	0	0	21
1	0	0	0	0	0	0	1	9	0,1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	13	0,1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
2	3	3	1	2	1	2	17	9	1,9	0	3	1	0	4	2	3	3	2	2	1	1	24	13	1,8	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	21	
0	0	3	0	4	0	3	14	9	1,6	0	4	0	2	2	0	3	3	0	4	3	1	22	13	1,7	4	2	0	3	3	3	0	1	3	3	22	
2	3	0	1	2	1	0	12	9	1,3	2	2	1	0	3	2	2	0	2	3	1	2	22	13	1,7	2	0	1	0	0	2	0	1	3	1	10	
2	3	3	2	3	2	0	18	9	2,0	0	2	1	3	2	1	3	3	1	3	1	2	25	13	1,9	2	2	1	2	1	1	0	1	1	1	11	
3	1	1	3	2	2	1	15	9	1,7	0	2	0	4	2	2	3	3	3	2	3	1	27	13	2,1	3	4	3	3	3	2	2	1	1	2	24	
4	2	2	0	0	0	0	8	9	0,9	0	0	0	0	2	1	1	2	1	0	0	0	8	13	0,6	2	0	0	1	1	1	1	0	1	0	7	
0	1	1	0	2	0	0	4	9	0,4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	5	13	0,4	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3	
2	2	0	1	1	1	2	9	9	1,0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	3	0	0	11	13	0,8	2	1	4	0	4	0	1	1	1	1	15	
4	2	2	2	1	2	0	15	9	1,7	0	1	2	2	4	1	2	2	1	2	1	1	20	13	1,5	2	1	2	3	1	2	3	1	2	2	19	
3	2	1	1	1	1	0	9	9	1,0	0	1	0	0	2	2	1	2	0	0	0	1	9	13	0,7	2	0	0	2	0	2	1	0	0	1	8	
4	1	1	1	1	1	0	10	9	1,1	0	1	0	1	3	1	2	2	1	1	2	1	16	13	1,2	2	0	0	2	0	2	2	0	0	0	8	
3	3	2	2	2	2	1	18	9	2,0	0	1	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	28	13	2,2	2	2	3	3	1	3	2	3	2	1	22	
3	3	1	1	1	1	0	11	9	1,2	0	0	0	0	3	0	2	2	0	0	0	1	8	13	0,6	2	1	0	2	0	2	2	0	0	0	9	
3	2	1	1	1	1	0	10	9	1,1	0	1	0	1	3	1	2	2	1	1	2	1	16	13	1,2	1	1	0	2	0	2	2	0	0	0	8	
3	2	1	1	2	2	1	15	9	1,7	0	1	2	2	3	3	2	3	2	2	2	1	25	13	1,9	3	2	1	2	0	2	2	1	0	1	14	

11.11. Anexo 11. Matriz de Datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS

The screenshot shows the SPSS data editor window. The top menu bar includes Archivo, Editar, Ver, Datos, Transformar, Analizar, Gráficos, Utilidades, Ampliaciones, Ventana, and Ayuda. The main window displays a data matrix with the following columns: PARTICIPANTES, GÉNERO, EDAD, Codificación_n_edad, P1C, P2C, P3C, P4C, P5C, P6C, P7C, P8C, P9C, P10C, and P11C. The rows represent individual participants, numbered 1 through 22. The data values are categorical, such as 'Femenino' for gender and 'Adolescenci...' for age. The bottom of the window shows the 'Vista de variables' (Variable View) tab, which displays the properties of the variables, including their scale (e.g., 'Numérico' for P11C) and display format (e.g., '1, en total ... Ninguno').