



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

**Conductas de riesgo y representación de estilos de apego en adolescentes
de un colegio limeño**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

AUTORES

Santiago Romero, Carol Jimena ([0000-0002-9146-3208](tel:0000-0002-9146-3208))

Tataje Requena, Fiorella Thalia ([0000-0002-7939-8490](tel:0000-0002-7939-8490))

ASESOR

Alarcón Parco, Danitsa ([0000-0002-4556-0795](tel:0000-0002-4556-0795))

Lima, 18 de septiembre del 2020

DEDICATORIA

A mi hija Alessa, quien llena mi vida de luz y fortaleza.

Jimena

A mi abuelo Benito, cuyo recuerdo siempre me acompañará para brindarme confort.

Fiorella

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres y familiares, por su amor incondicional y dedicación al velar por nuestro bienestar emocional y académico. A aquellas personas que se volvieron nuestra familia y nunca dejaron de creer en nosotras brindándonos su apoyo. A nuestra asesora, por compartir sus conocimientos y acompañarnos en este proceso.

RESUMEN

Jimena Santiago Romero¹ y Fiorella Tataje Requena²

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – Perú

El objetivo del presente trabajo es correlacionar las conductas de riesgo y representación de estilos de apego en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 177 escolares cuyas edades oscilan entre 12 y 17 años. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Evaluación Cognitiva de Eventos de Riesgo (Fromme, Katz & Rivet, 1997) y la Versión Reducida del Cuestionario CaMir para la evaluación del apego adaptado a Perú (Valenzuela, 2014). Los resultados indican que se ha encontrado una correlación inversa, baja y significativa entre Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego con Conductas agresivas ($r = -.189, p < .05$), Conductas académicas irresponsables ($r = -.199, p < .05$) y Conductas sexuales de riesgo ($r = -.149, p < .05$).

Palabras clave: Representación del apego; conductas de riesgo; adolescencia; estilos de apego; agresividad; conductas sexuales riesgosas; consumo de alcohol; consumo de drogas.

¹ Bachiller en Psicología con especialidad Clínica de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Estudiante de posgrado en Psicología Clínica y de la Salud. Dirección postal: Calle Central 185 – El Agustino, Lima +51. Contacto: jimenasan93@gmail.com

² Bachiller en Psicología con especialidad Clínica de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Dirección postal: Calle Los algarrobos 104 – Chorrillos, Lima +51. Contacto: ftataje1810@gmail.com.

ABSTRACT

The purpose of this work was to correlate risk behaviors with the representative attachment styles among adolescents in a school in Lima. Participants were 177 adolescents ranging in age from 12 to 17 years. Two instruments were used to measure the variables: the CaMir-R (Valenzuela, 2014) and the CARE (Fromme, Katz & Rivet, 1997). The results showed that there is an inverse, low and significant correlation between Safety: Availability and attachment figure supports with Aggressive behaviors ($r = -.189, p < .05$), Irresponsible academic behaviors ($r = -.199, p < .05$) and Risky Sexual Behaviors ($r = -.149, p < .05$). On the other hand, there were significant, direct and low correlation between the factors.

Keywords: Representative attachments; risky behavior; adolescents; attachments styles; aggression; risky sexual behavior; alcohol use; drug use.

Introducción

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por presentar diversos cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales; en ella, el joven enfrenta el reto de consolidar su identidad a fin de definirse como una persona única, independiente y autónoma, por ello, intentará asimilar los cambios suscitados en él y buscará cubrir nuevas necesidades (Balochinni, 2013; Ives, 2014; Mesquita & López, 2014). En esta búsqueda de sí mismo, el adolescente tomará una serie de decisiones a corto y largo plazo, que podrían conducir a un crecimiento personal, pero también, podrían determinar el incremento de conductas de riesgo. (Cueto, Saldarriaga & Muñoz, 2011; Mesquita & López, 2014). Entre estas conductas, se encuentran el consumo de drogas ilegales, el embarazo adolescente, la deserción escolar, el acoso escolar y el involucramiento en conflictos con la ley penal (Instituto Nacional de Estadística e Informática, [INEI], 2015; Romani, Gutiérrez, Lama, 2011). Así como también, el consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección, la exposición a la violencia y la deficiente salud mental (Gallardo, 2013; Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2017).

Con respecto a las conductas sexuales riesgosas, según las estadísticas encontradas en el Perú, a pesar del alto conocimiento que las adolescentes presentan sobre enfermedades venéreas, solo el 30.5% de mujeres entre 15 a 19 años utiliza condón en sus relaciones sexuales con compañeros que no son estables (INEI, 2018). Sumado al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, la práctica de no utilizar algún tipo de protección en las relaciones sexuales también trae consigo la posibilidad de un embarazo no planeado, lo cual presenta un riesgo para ese grupo etario ya que en algunos casos no se encuentran psicológica o físicamente preparadas para tal experiencia, además de que afectan la planificación de vida y perspectiva futura de la adolescente o del adolescente, su hijo(a) y su familia (Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016).

Además de lo dicho anteriormente, el aumento significativo de la inseguridad ciudadana y su vinculación con la participación de adolescentes en hechos violentos es una realidad que aqueja al país actualmente. Según los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), la prevalencia de tendencias psicopáticas (venta de objetos robados, mentiras frecuentes, actos delictivos y abandono de la escuela), entre los adolescentes del país, es del 37.0% en promedio (Ministerio de Salud del Perú, [MINSA], 2017). Según el Consejo Nacional de Política Criminal (2017) en abril del 2017, se registraron 3.723 adolescentes infractores en el Perú, 35.0% por Robo o robo agravado, 23.4% por Hurto, 12.3% por Violación sexual, 3.7% por tráfico ilícito de drogas, entre otros. Solo en Lima se encuentran 1170 infractores menores, siendo el lugar con mayor concentración. Además, se ha podido determinar que el 55.3% (1.801) consume drogas, el 83.7% consume alcohol de manera esporádica y el 60.8% dejó de asistir a clases, por lo que se puede ver que estos comportamientos se encuentran relacionados.

El consumo de sustancias no solo se encuentra relacionado a las conductas delictivas, sino que representa un riesgo por sí solo. Según las estadísticas, el inicio del consumo de alcohol empieza en la adolescencia, oscilando entre los 11 y 13 años en Perú (Maximiliano, Ortega, Salas & Vaiz, 2015). Asimismo, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010) señala que la edad de inicio en el consumo de drogas se sitúa en un rango de 13 a 18 años. Se observa entonces una tendencia de inicio de consumo de sustancias en edades tempranas, lo que puede afectar negativamente la maduración del adolescente.

Todas estas conductas podrían poner en peligro no solo la salud actual del adolescente, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos (Mamani, 2017), razón por la cual las instituciones encargadas de garantizar la salud y seguridad de los adolescentes han creado el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) con la finalidad de disminuir el impacto de las diversas situaciones de riesgo a las que se ven expuestos los adolescentes y así permitir un adecuado desarrollo (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2012). Esto permite apreciar que el Perú, como sociedad, se interesa por la adolescencia y por su crecimiento saludable.

Conductas de Riesgo

Argaez Echeverría, Evia y Carrillo (2018), refieren que las conductas de riesgo son aquellas acciones activas o pasivas que involucran peligro para el bienestar y, que derivan directamente a consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos del desarrollo. Fromme, Katz y Rivet (1997) señalan que existe un amplio rango de comportamientos de riesgo, sin embargo, ellos se centraron en estudiar una cantidad limitada de 6 conductas, estas son el consumo de drogas, el consumo de alcohol, los deportes de alto riesgo, las conductas agresivas, las conductas académicas irresponsables y las conductas sexuales de riesgo. Estas fueron elegidas en base a una encuesta realizada por ellos en una escuela de Estados Unidos para determinar cuáles conductas de riesgo eran las más frecuentes en esa población, tomando en cuenta solo aquellas que pueden presentar consecuencias negativas inmediatas o a corto plazo (Fromme, Katz & Rivet, 1997).

Los estudios muestran que las conductas de riesgo se dan al momento de tener emociones intensas, pero que los estados afectivos específicos varían dependiendo del individuo (Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch, 2001; Nock, 2010; Zuckerman & Kuhlman, 2000). En el caso de los adolescentes, el grupo de pares y el círculo social donde este se encuentre puede suponer un riesgo, puesto que muchos de ellos se ven en la posición de asumir conductas de riesgo por la presión de sus amistades y el tomar decisiones arriesgadas se ve como una ganancia a nivel social, a pesar de que estas puedan afectar su salud de manera negativa (Awapara & Valdivieso, 2013; Rosabal, Romero, Gaquín & Hernández, 2015). Asimismo, se encontró que las consecuencias de incidir en actividades

de riesgo que involucra la aceptación del grupo son más aceptadas en el proceso de toma de decisiones de los adolescentes, si se compara con los adultos (Cueto, Saldarriaga & Muñoz, 2011)

Es importante señalar que la aparición de conductas de riesgo en los adolescentes, se consideran como comportamientos normales en su desarrollo, ya que como se ha mencionado, se pueden utilizar para obtener ganancias sociales como conseguir el respeto de los compañeros, así como también, las pueden usar para alejarse de las normas establecidas por los padres y la sociedad, lo cual los hace sentirse más autónomos, es decir, se podrían considerar como un paso de transición hacia la adultez (Hidalgo & Júdez, 2007). Sin embargo, el factor que determina la severidad de la conducta de riesgo es la frecuencia, tanto de la conducta de riesgo, como de las consecuencias negativas (Sadeh & Baskin-Sommers, 2016).

A pesar de las características propias de la adolescencia, que los puede exponer a realizar comportamientos peligrosos, el tipo de vínculo generado en la primera infancia vendría a ser factor protector o de riesgo frente a estas conductas, debido a que este primer contacto influye en la creación de patrones de comportamiento, formas de expresar afecto, relacionarse con los demás, de resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado (Valenzuela et al., 2013). Bajo la misma línea, Camps, Castillo y Cifre (2014), refieren que el tipo de vínculo que se haya logrado entre padres e hijos es un indicador de cómo este se va a relacionar en el futuro, adquiriendo un protagonismo especial en la adolescencia por ser un periodo donde se establecen nuevos vínculos de amistad y pareja teniendo como base el vínculo primario.

Representación del estilo de Apego

La teoría del apego fue postulada por el psiquiatra infantil, John Bowlby (1986), quien refiere que es una conducta instintiva primaria y una tendencia de todos los seres humanos a establecer vínculos sólidos con personas determinadas a lo largo de la vida, la cual promoverá que se mantengan juntos en el espacio y tiempo. El apego centra su atención en una regulación dinámica entre bebé y cuidador, por lo que es de gran importancia la presencia y disponibilidad de este último, este vínculo primario tiene doble función, la primera es de protección física y seguridad emocional; y la segunda función es de socialización, debido a que el comportamiento de la madre se amplía a figuras auxiliares.

Entonces, el apego surge durante los primeros años de vida, por lo tanto, es un periodo crítico para el infante (Coon, 2014) pues configurará su personalidad, para lo cual se consideran dos influencias, la presencia o ausencia del cuidador y el segundo es su capacidad para reconocer si la persona es digna de confianza (Sarmiento, Puhl, Oteyza, Bermúdez & Siderakis, 2009). Entonces, en función de la disponibilidad del cuidador y al cumplir las necesidades del bebé, el infante va a generar el vínculo que será internalizado y dará lugar a modos o tipos de comportamiento psicosocial (Casullo

& Fernandez, 2005). Además, como se ha mencionado, la calidad de este vínculo influirá a futuro en el infante en aspectos como la regulación de impulsos, deseos y la construcción de sentimientos y su interacción con los demás (Sarmiento et al., 2009).

El apego se forma a temprana edad, pero continúa influyendo en el niño a futuro y en las conductas que realice a lo largo de su vida (Magaz, Chorot, Sandín, Santen & Valiente, 2011). Se plantea entonces que la forma en que el cuidador atendió las necesidades del infante ya sea de proximidad o no, generará modelos mentales que serán duraderos y se extenderán a relaciones posteriores, predisponiendo a que la persona responda en interacciones a futuro de la misma forma que lo hizo con su cuidador primario (Márquez, Rivera. & Reyes, 2009). De igual modo, Guzmán y Contreras (2012) añaden que las conductas de apego presentan diferencias individuales que pueden ser explicadas en términos de modelos operativos internos (MOI), formados sobre una base de experiencias repetidas con las figuras significativas, estos son definidos como esquemas que el sujeto tiene de sí mismo y de los otros, lo cual guiará la manera en que la persona interactúa en diversos contextos, especialmente los que propician intimidad.

Cuando el infante logra el balance entre la búsqueda de la proximidad y distancia de su figura de apego, se podría decir que ha desarrollado un apego seguro, pues será capaz de explorar el mundo sintiéndose seguro de que tiene a su figura de apego a la cual puede volver cuando se sienta amenazado (Posada, Gao, Fang, Posada, Tascon, Schoelmerich, Sagi, KondoIkemura, Ylaland y Synnevaag, 1995). Además, de este tipo de apego seguro, existen otros que surgen según el tipo de interacción que se ha logrado en esta diada, estas primeras investigaciones fueron dirigidas por Ainsworth, donde a través de un procedimiento estandarizado llamado “Situación extraña”, observó el vínculo que existía entre madre-bebé desarrollando tres estilos de apego: Apego seguro, Apego evitativo y Apego ambivalente (Rojas, 2006).

Entonces, tal y como se observó previamente, el infante con apego seguro logrará explorar el mundo con tranquilidad, pues sabe que tiene a su cuidador como base segura cuando surja alguna situación difícil, se da cuenta que este estará disponible cuando lo necesite (Botella, 2005). Entonces, el infante y posteriormente adolescente con un apego seguro, destacará por presentar altos niveles de confianza, cercanía y patrones adecuados de comunicación (Festorazzi, Castañeiras & Posada, 2011), serán adolescentes con tendencia a la calidez, estabilidad y coherencia consigo mismos y con los demás (Barudy & Dantagnan, 2005), logrando una relación sana y equilibrada tanto con sus padres, familia y entorno social. Asimismo, los sujetos que presentan un estilo seguro serán adultos que tendrán relaciones adecuadas, podrán empatizar con otros y modular sus emociones (Loinaz & Echeburúa, 2012).

Por otro lado, el niño con estilo evitativo es menos tendiente a llorar y no saluda a la madre cuando esta vuelva sino la ignora (Bravo & Tapia, 2006), en este caso, su cuidador ha negado las

necesidades del niño, lo que generaría que inhiba su conducta de apego a fin de evitar futuras frustraciones, por lo tanto, deja de llorar, no busca ser consolado y percibe a los demás de forma negativa al igual que a sí mismo, debido a que ve a su entorno como no disponibles y a él como alguien que no merece ser cuidado (Grimalt & Heresi, 2012). Por lo tanto, los adolescentes con este tipo de apego, podrían ser jóvenes con dificultad en la expresión de emociones, dificultad para ser reconfortados o consolados fácilmente, tendrán una perspectiva negativa del otro y de sí mismo, lo cual puede llevarlos a tener comportamientos hostiles y antisociales, pues no se sienten comprendidos y ello generaría diversos problemas conductuales (Barudy & Dantagnan, 2005) como podría ser la tendencia a buscar conductas de riesgo.

Finalmente, los ambivalentes lloran en la separación y continúan cuando la madre regresa, estos bebés no se calman con facilidad (Bravo & Tapia, 2006). Entonces, surgen sentimientos contradictorios frente a las figuras de apego debido a la inestabilidad en la satisfacción de sus necesidades afectivas (Sarmiento et al., 2009), caracterizando a los infantes con apego ambivalente por tener bajos niveles de confianza al querer establecer relaciones afectivas. A pesar de ello, presentan deseo de mantener proximidad con su entorno, pero ello va acompañado con mucho temor e inseguridad (Festorazzi et al., 2011). Los sujetos con este tipo de apego tendrán una tendencia a querer buscar cuidado y afecto sumado a sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados y una respuesta emocional hipersensible (Grimalt & Heresi, 2012). Como consecuencia de esta vinculación temprana, se observará un adolescente que se sentirá muy ansioso sobre cómo debe actuar con su entorno y con temor frente a la disponibilidad y el apoyo de los demás, pues sentirá dudas, no obstante, el interés que tiene por relacionarse y buscar apoyo en su ambiente hará que el adolescente obtenga un mejor desempeño en el ámbito social (Olivia, 2011).

Fonagy (2000) postula que la crianza insensible y prolongada, como es el caso de los niños institucionalizados o que viven en un ambiente que les falla constantemente, en los cuales, el infante experimenta internamente que no es comprendido, generaría un apego desorganizado, el niño intentaría inhibir su capacidad de mentalización a fin de evitar captar la hostilidad que sus cuidadores le transmiten. En este grupo, el apego sería conflictivo y provocaría una respuesta desorganizada, debido a que el cuidador sería fuente de miedo, pero a la vez es quien brinda los cuidados. Entonces, el apego desorganizado sería consecuencia de la contradicción entre la búsqueda de acercamiento físico y de alejamiento mental, el niño enfrentará dificultades en la autorregulación, pues no tuvo un cuidador que logre regular sus afectos.

La relación con el cuidador es un elemento indispensable y fundamental para generar el desarrollo individual del sujeto a fin de que este pueda crear un aparato mental estable y con capacidad autónoma. Por lo tanto, los procesos de apego pueden influir sobre nuestra expresión, ya sea funcional o no, de la ira, violencia, el comportamiento delictivo y antisocial (Loinaz & Echeburúa,

2012). Por lo general, ello se observa en la adolescencia, etapa donde el sujeto pasa por cambios, tanto psicológicos, emocionales y sociales (Seoane, 2015; Valenzuela et al., 2013). En este, el apego también sufre una transformación, es de carácter bidireccional y recíproco, el adolescente no sólo es receptor, sino da afecto a otras personas, además existe una relación más simétrica con sus pares, los padres son desplazados por este nuevo grupo, a fin de lograr una mayor autonomía en el sujeto (Festorazzi et al., 2011). No obstante, este proceso puede influir de manera no funcional y más aún cuando no presentó un cuidador que pueda contenerlo, lo cual va a generar un desequilibrio en el desarrollo de la personalidad y el potencial de maduración va a ser perturbado, la ausencia parental puede inducir a los adolescentes a conductas de riesgo o al suicidio (Sarmiento et al., 2009).

Sroufe (2000), refiere el apego está relacionado con la regulación emocional, por lo tanto, el niño con apego seguro tendrá consecuencias positivas en la expresión, modulación y flexibilidad de sus emociones, lograrán expresar abiertamente sus sentimientos, exhibirá notable curiosidad y tendrá gusto por la exploración y expresión. Además, en situaciones que susciten emociones intensas, lograrán permanecer organizados, manifestando lo que les sucede, demostrando flexibilidad emocional y podrán acudir eficazmente a los demás cuando ellos fallen. En una investigación realizada por Kerr et al. (2013), se exploró la relación entre el estilo de apego adulto y expresividad emocional, denotando que los sujetos con estilo seguro son más expresivos emocionalmente, mientras que el grupo ambivalente reportó niveles altos de afecto negativo y altos niveles de inhibición emocional, este grupo considera que se le dificulta expresar emociones. Por otro lado, el grupo evitativo, reportó niveles más bajos de experiencia emocional y bajos niveles de emociones positivas, evidenciando una falta de conciencia o incapacidad de reconocer sus experiencias emocionales propias y dificultad en la expresión de sus emociones.

Entonces, se trató de hallar investigaciones que hayan relacionado estas dos variables, encontrando así estudios internacionales, entre ellas, el trabajo de Pooravari, Ghanbari, Mohammadi, Panaghi y Aghdasta (2014) revela que aquellos con apego inseguro hacia la madre y el padre tendrán mayor propensión a practicar conductas como consumo de tabaco, drogas y alcohol a comparación de los que presentan un apego seguro. Otro estudio realizado por Fuertes, Grindell, Krestenbaum y Gorman (2017) mostró una relación inversa entre las conductas de riesgo y apego seguro hacia la madre debido a que estas personas tendrían mejores conductas adaptativas, como disposición de ayudar a los demás y mejores habilidades en resolución de conflicto. También encontró que el apego seguro hacia el padre funciona como mediador, debido a que se relaciona con mejores habilidades sociales, competencia racional, entre otros, las cuales, a su vez, se relacionan con una menor aparición de conductas de riesgo. Tanto la investigación de Paulk y Zayac (2013) como la de Letcher y Slesnik (2014) han encontrado una relación entre las conductas de riesgo y los estilos inseguros de apego. La asociación de estilos de apego inseguros u hostiles con variables negativas como una menor

autoestima, mayor impulsividad o ira también ha sido encontrada en una muestra española de agresores de pareja (Loinaz, Echeburúa & Ullarte, 2012).

Con todo lo anteriormente descrito, se ha podido ver que en el Perú existe una problemática real y latente que tiene a los adolescentes como protagonistas de diversas situaciones riesgosas que afectan tanto su desarrollo como a la sociedad. Debido a ello, la presente investigación, aportará información valiosa acerca de este grupo etario al profundizar sobre de los posibles factores involucrados que fomentan o disminuyen la aparición de los comportamientos mencionados. Además, se busca resaltar la importancia del apego a modo de prevención, puesto que se ha visto como un vínculo temprano inadecuado puede forjar futuras relaciones y comportamientos desadaptativos (Márquez, Rivera. & Reyes, 2009) como consumo de drogas y relaciones sexuales prematuras (Seoane, 2015). Asimismo, se podrán generar posibles planes de intervención a adolescentes, puesto que en esta etapa existe la posibilidad de un cambio debido a las nuevas relaciones que se forman entre compañeros, amigos, profesores y pareja, por lo tanto, estas nuevas relaciones vinculares pueden cuestionar las experiencias de apego pasadas pudiendo crear nuevos comportamientos (Horno, 2014). Por lo tanto, enfocarse en esta población podría ser beneficioso a fin de fomentar el desarrollo de adultos sanos.

Finalmente, en base en lo expuesto, el objetivo general de la presente investigación es correlacionar las conductas de riesgo y la representación del estilo de apego en los adolescentes de un Colegio Limeño. Además, los objetivos específicos son comparar las variables de la investigación según sexo y edad.

Método

Participantes

Para la selección de los participantes se utilizó un procedimiento no probabilístico por conveniencia, este muestreo consiste en seleccionar a personas por su accesibilidad y relación con las características de la investigación (Alaminos & Castejón, 2006). Para calcular el tamaño de la muestra se llevó a cabo un análisis calculado a través del programa G* Power (Versión 3.1.9.2) para una hipótesis de una cola empleando un tamaño del efecto de .28 tomado del estudio de Fuertes et al (2017), $\alpha = .05$ y poder = .95 y se obtuvo como mínimo una cantidad 133 participantes.

Finalmente, la muestra del estudio estuvo conformada de un total de 177 estudiantes de secundaria de un colegio nacional de Lima, cuyas edades oscilan entre 12 y 17 años, con una edad promedio de 15.08 años (D.E.= 1.374) de los cuales el 43.5% son mujeres y el 56.5% son hombres. Asimismo, 11.9% de los participantes cursaban primer grado de educación secundaria, 21.5%

el segundo grado, 32.8% en tercer grado, 20.3% se encontraba en cuarto grado, mientras que el 13.5% estaban en quinto grado. Del total de estudiantes, el 18.1% ha repetido de año.

Con respecto a la ocupación laboral de los padres el 31.1% no sabe en qué trabaja el padre y el 11.9% afirma que labora como comerciante. En lo que respecta a la madre, el 33.9% afirma que se desempeña como ama de casa y el 16.4% reporta que trabaja como comerciante. Al respecto, según los datos de la institución, el 80% de los padres pertenecen al nivel socioeconómico bajo, dentro de los sectores C y D y que son comerciantes, confeccionadores de prendas de vestir, mochilas y distribución de alimentos.

Instrumentos

Se empleó el CaMir R de Valenzuela (2014), el cual es la versión reducida y adaptada a la población peruana del cuestionario original desarrollada por Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisley, Miljkovitch et al. (1996). Es un cuestionario de 32 ítems que evalúan los modelos operativos internos de las personas y brinda información respecto a la representación del apego. El participante debe utilizar una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que se extiende desde 1 (“Muy en desacuerdo”) a 5 (“Muy de acuerdo”). Las propiedades psicométricas de esta versión indican que la escala posee índices de fiabilidad satisfactorios, ya que presentó un alfa de Cronbach de .70 y cada subescala obtuvo un adecuado coeficiente de consistencia interna que osciló entre .60 a .89. Las correlaciones elemento-total van de .33 a .82, las cuales son aceptables al ser positivas y superiores a .20.

Por otro lado, para medir las conductas de riesgo se utilizó el Cuestionario de Evaluación Cognitiva de Eventos de Riesgo - CARE elaborado por Fromme, Katz & Rivet, (1997) el cual fue diseñado para evaluar las consecuencias esperadas y la frecuencia de involucramiento de 6 conductas de riesgo: Uso ilícito de drogas, Consumo de alcohol, Conductas sexuales riesgosas, Conductas ilegales y agresivas, Deportes de alto riesgo y Conductas académicas irresponsables. A partir de lo anterior, se elaboraron 4 escalas: Frecuencia pasada (FP), Riesgo esperado (RE), Beneficio esperado (BE) e Involucramiento esperado (IE) con 30 ítems cada una (Fromme, Katz & Rivet, 1997).

Para demostrar evidencias de validez, se realizaron análisis factoriales exploratorios separados para cada una de las escalas. Posteriormente, se realizaron análisis factoriales confirmatorios usando el programa estadístico LISREL VII, y se encontró que el modelo de 6 factores mostraba índices de ajuste que podían mejorar, por lo que se procedió a la eliminación de 3 ítems, quedando así, 30 ítems por cada escala. Una vez hechas las modificaciones necesarias, se volvió a realizar los análisis factoriales confirmatorios logrando índices de ajuste adecuados. La confiabilidad del instrumento se realizó mediante la evaluación de la consistencia interna Alfa de Cronbach de cada

uno de los seis factores y se obtuvo un rango de .77 a .90, lo cual sugiere una adecuación aceptable del cuestionario (Fromme, Katz & Rivet, 1997).

Procedimiento

De acuerdo con los aspectos éticos, en primer lugar, se obtuvo el permiso de los autores para el uso de los instrumentos. Una vez obtenidos, se necesitaba validar la escala CARE-FP, por ello, se realizó la traducción de los ítems al español, luego se ejecutó la validación de contenido, una vez que se hicieron las correcciones señaladas por los jueces, se realizó el contacto con el director de la institución escogida, a quien se le explicó los objetivos y se consiguió la autorización a través de una carta institucional. Posteriormente, se entregó un consentimiento informado a los padres y un asentimiento informado a los estudiantes, detallando la finalidad académica de la investigación. Luego de tener los documentos firmados, se procedió a realizar el piloto de las escalas y al obtener resultados favorables respecto a la confiabilidad de los instrumentos, se ejecutó la aplicación final de los instrumentos en la muestra. Seguidamente, se procedió a realizar el análisis con los datos obtenidos en el programa estadístico SPSS.

Resultados

Se realizaron los análisis psicométricos del Cuestionario de Evaluación Cognitiva de Eventos de Riesgo y del Camir para determinar la validez de la estructura interna de ambos instrumentos, se aplicó la técnica del análisis factorial.

Análisis de la Evidencia Psicométrica del Cuestionario de Evaluación Cognitiva de Eventos de Riesgo - CARE - Frecuencia Pasada.

Análisis preliminar de los ítems. Destacó el ítem 21 con la media más baja (Media =1.03) y el ítem 12 (Media =2.79) presenta la media más alta. Las desviaciones estándar más altas están en los ítems 7 y 12. Casi todos los ítems presentan valores de curtosis superiores al intervalo +/- 1.5 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010), por lo que no presentan una distribución normal.

Correlación ítem-escala. Para obtener una apropiada consistencia interna de la escala, se realizaron correlaciones entre cada ítem, se aprecian correlaciones estadísticamente significativas ($p < .01$ para dos colas), superiores a .20 (Kline, 1998).

Coefficientes Alfa de Cronbach. La escala total presenta una elevada consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de .897. Los resultados permiten afirmar que el CARE – FP de 25 ítems presenta una alta confiabilidad, de acuerdo con los procedimientos utilizados.

Medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Con la finalidad de analizar la viabilidad del empleo del análisis factorial para la determinación de la validez de constructo del CARE se emplearon las medidas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de

esfericidad de Bartlett. La medida de adecuación KMO obtiene una puntuación de .833, calificada como buena según Kaiser (1974), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett presenta un valor de 2251.601 significativo al .00. Estos resultados permiten continuar con el análisis factorial.

Análisis factorial. Se empleó el análisis de factores máxima verosimilitud mediante el método oblmin y se identificaron 6 componentes, los cuales no se ajustaban al modelo original propuesto por Fromme, Katz y Rivet (1997). Los seis factores obtuvieron valores eigen que varían de 1.103 a 7.822 y explicaban el 54.59% de la varianza total. Al obtener el alfa de Cronbach de las 6 dimensiones se encontró que una de ellas obtuvo un puntaje menor a .60 lo cual se considera una confiabilidad baja por lo que se procedió a eliminarla quedando un total de 5 factores, que se ajusta a la teoría inicial.

Análisis de confiabilidad por cada dimensión. El componente 1 (Conductas agresivas) conformado por 9 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach elevado, $\alpha = .78$ (IC 95%: .705 – .838), y una confiabilidad compuesta elevada, $\omega = .81$. El Componente 2 (Conductas académicas irresponsables) conformado por 4 ítems obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach elevado, $\alpha = .78$ (IC 95%: .705 – .838), y una confiabilidad compuesta elevada, $\omega = .80$. El Componente 3 (Conductas sexuales de riesgo) conformado por 4 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach elevado, $\alpha = .79$ (IC 95%: .727 – .840), y una confiabilidad compuesta elevada, $\omega = .84$. El Componente 4 (Consumo de drogas) conformado por 3 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach elevado, $\alpha = .75$ (IC 95%: .677 – .808), y una confiabilidad compuesta elevada, $\omega = .82$. El Componente 5 (Consumo de alcohol) conformado por 3 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach elevado, $\alpha = .82$ (IC 95%: .757 – .868), sin embargo, presenta una confiabilidad compuesta baja, $\omega = .40$, en este caso, se tomará en consideración solo el coeficiente alfa. Por consiguiente, al ser las alfas superiores a .60 y la mayoría de los coeficientes omega superiores .70 la escala es confiable.

Análisis de la Evidencia Psicométrica del Cuestionario CaMir-R

Análisis preliminar de los ítems. Destacó el ítem 23 con la media más baja (Media =2.24); mientras que el ítem 5 (Media =4.55) presenta la media más alta. Las desviaciones estándar más altas las presentan los ítems 1 y 28. Casi todos los ítems presentan valores de curtosis superiores a +/- 1.5 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010), por lo tanto, no presenta una distribución normal.

Correlación ítem-escala. En las correlaciones ítem-test corregido de los 32 ítems, se eliminaron los ítems 8, y 23 debido a que eran inferiores a .20 y el coeficiente de alfa aumentaba. Se realizó por segunda vez las correlaciones ítem-test y el ítem 24 obtuvo un puntaje menor a .20 por lo que se procedió a eliminarlo aumentando el coeficiente de alfa significativamente. Al realizarse las correlaciones ítem-test una tercera vez, se observó que algunos ítems aún presentaban una carga

menor a .20, no obstante, no se realizó un cuarto análisis, debido a que los ítems que se eliminarían no cambiarían el alfa de manera significativa.

Coefficientes Alfa de Cronbach. La escala total presenta una elevada consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de .779. Los resultados permiten afirmar que el cuestionario CaMir-R de 28 ítems presenta una alta confiabilidad, de acuerdo con los procedimientos utilizados.

Medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin y el test de esfericidad de Bartlett. Con la finalidad de analizar la viabilidad del empleo del análisis factorial para la determinación de la validez de constructo del CaMir-R se emplearon las medidas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. Las cuales obtuvieron puntuaciones de .79 y 1702.414 significativo al .00 respectivamente. Los resultados permiten continuar con el análisis factorial.

Análisis factorial. Se empleó el análisis de factores máxima verosimilitud mediante el método oblimin y se identificó 8 componentes, los cuales obtuvieron valores eigen que varían de 1.051 a 5.760 que explican el 47.12% de la varianza total. Los ítems 2, 17 y 29 presentaban una carga factorial menor a .40, que no es aceptable, por lo cual se optó por eliminarlos (Tabachnick & Fidell, 2013). Además, se eliminaron 4 factores, debido a que 2 de estos sólo presentaban un ítem, y los 2 siguientes obtuvieron coeficientes alfa menores a .60, lo cual se considera una confiabilidad baja según la teoría clásica de .60 (Grady & Wallston, 1988), quedando un total de 4 factores.

Análisis de confiabilidad por cada dimensión. El componente 1 (Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego) conformado por 7 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach elevado, $\alpha = .87$ (IC 95%: .829 – .902), y una confiabilidad compuesta elevada, $\omega = .84$. El Componente 2 (Preocupación familiar – apego ambivalente) conformado por 6 ítems obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach adecuado, .60 (IC 95%: .496 – .687), y una confiabilidad compuesta elevada, $\omega = .76$. El Componente 3 (Interferencia de los padres – sobreprotección en la infancia) conformado por 5 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach adecuado, $\alpha = .60$ (IC 95%: .496 – .687) y una confiabilidad compuesta baja, $\omega = .56$. El Componente 4 (Autosuficiencia - Evitativo) conformado por 2 ítems, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach adecuado, $\alpha = .60$ (IC 95%: .496 – .687) y una confiabilidad compuesta baja, $\omega = .57$. Las dimensiones presentan un alfa de Cronbach con un valor mínimo aceptable según la teoría clásica de .60 (Grady & Wallston, 1988). En este caso, se tomará en consideración solo el coeficiente alfa, ya que los coeficientes omegas han obtenido puntajes debajo de lo aceptable, por lo que se puede calificar a la escala como confiable de acuerdo con los procedimientos utilizados.

Los resultados de los análisis descriptivos en cuanto al CARE – Frecuencia pasada, muestran que los dos factores con la media más alta fueron las de *conductas agresivas* ($M=15.13$, $SD=6.31$) y *conductas académicas irresponsables* ($M = 12.87$, $SD = 4.94$). Por otro lado, los factores con la media más baja fueron *Conductas sexuales de riesgo* ($M = 4.68$, $SD = 2.03$), *consumo de drogas* ($M =$

3.47, SD = 1.72) y *consumo de alcohol* (M = 2.75, SD = 1.61). Con respecto a los análisis de perfil del CaMir-R, se observa que el factor con una media mayor fue la de *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego* (M = 28.09, SD = 5.96) y el factor con una media más baja fue *Autosuficiencia (Evitativo)* (M = 6.10, SD = 2.19).

Antes de poder realizar las correlaciones y comparaciones necesarias se efectuó la prueba de normalidad utilizando el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, puesto que la muestra se compuso de más de 50 personas. Del análisis se obtuvo que los datos de los factores de las dos escalas no presentaban una distribución normal ($p < .05$), por lo cual se decidió utilizar pruebas no paramétricas para comparar los datos de las escalas por género y edad.

Tabla 1

Resultados de la prueba U de Mann – Whitney entre CARE FP – RE, CaMir-R y género.

	Hombre		Mujer		U	Sig.	PS
	N	Media	N	Media			
CARE – FP							
Conductas agresivas	77	100.64	100	80.04	2953.500	.008	.3835
Conductas académicas irresponsables	77	95.60	100	83.92	3342.000	.132	.4340
Conductas sexuales de riesgo	77	96.16	100	83.49	3299.000	.013	.4284
Consumo de drogas	77	92.44	100	86.36	3585.500	.180	.4656
Consumo de alcohol	77	91.24	100	87.28	3677.500	.523	.4775
CAMIR-R							
Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego	77	92.58	100	86.25	3574.500	.414	.4642
Preocupación familiar (Apego ambivalente)	77	82.78	100	93.79	3371.000	.155	.4377
Interferencia de los padres (Sobreprotección en la infancia)	77	94.90	100	84.46	3396.000	.178	.4410
Autosuficiencia (Evitativo)	77	86.79	100	90.71	3679.500	.610	.4777

Nota: U= U de Mann-Whitney, PS: Probabilidad de Superioridad (Tamaño del efecto).

Se decidió utilizar la prueba no paramétrica U de Mann – Whitney para comparar por género. Los resultados mostraron que los valores del CARE – FP que presentan diferencias estadísticamente significativas son los factores Conductas agresivas (U = 2953.50 $p < .05$) y Conductas sexuales de riesgo (U= 3299.00, $p < .05$).

En la escala CaMir-R, los resultados mostraron que los valores no fueron estadísticamente significativos entre ambos grupos: Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego (U = 3574.50 , $p > .05$), Preocupación Familiar (Apego ambivalente) (U = 3371.00 , $p > .05$), Interferencia de

los padres (Sobreprotección en la infancia) ($U = 3396.00$, $p > .05$) y Autosuficiencia (Evitativo) ($U = 3679.50$, $p > .05$).

Los factores de la escala CARE- FP que presentan diferencias significativas (Conductas agresivas y Conductas sexuales) obtuvieron un tamaño del efecto de .3835 y .4284 respectivamente, por lo tanto, ambos presentan un efecto medio.

Tabla 2

Resultados de la prueba U de Mann – Whitney entre CARE FP – RE, CaMir-R y edad.

	12		13		14		15		16		17		H.	Sig.	Tamaño
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	Kruskal Wallis		del efecto
CARE - FP															
Conductas agresivas	13	75.27	32	77.88	44	84.89	39	101.59	37	92.18	12	97.92	5.636	.343	.057
Conductas académicas irresponsables	13	56.50	32	73.48	44	76.53	39	108.78	37	94.58	12	129.79	24.778	.000	.141
Conductas sexuales de riesgo	13	80.46	32	79.16	44	89.31	39	85.56	37	95.59	12	114.21	12.263	.031	.070
Consumo de drogas	13	78.50	32	81.02	44	90.81	39	85.33	37	97.45	12	100.92	9.469	.092	.054
Consumo de alcohol	13	69.19	32	82.97	44	79.75	39	86.14	37	105.34	12	119.38	18.709	.002	.106
CAMIR-R															
Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego	13	122.92	32	110.09	44	84.34	39	73.15	37	83.92	12	80.25	16.015	.007	.091
Preocupación familiar (Apego ambivalente)	13	96.04	32	109.28	44	73.97	39	91.42	37	87.04	12	80.58	9.559	.089	.054

Interferencia de los padres (Sobreprotección en la infancia)	13	96.42	32	87.08	44	75.85	39	83.63	37	97.49	12	125.58	10.852	.054	.062
Autosuficiencia (Evitativo)	13	94.12	32	77.91	44	90.94	39	95.44	37	88.43	12	86.75	2.385	.794	.014

A fin de comparar los factores y las edades, se decidió utilizar Kruskal Wallis, los resultados arrojados mostraron que los valores del CARE – FP fueron estadísticamente significativos en: Consumo de alcohol ($H= 18.709, p<.05$), Conductas académicas irresponsables ($H= 24.778, p<.05$) y Conductas sexuales de riesgo ($H= 12.26, P<.05$). Con respecto a los resultados de la escala CaMir-R mostraron que hubo diferencias significativas en el factor de Seguridad: Disponibilidad, y apoyo de figuras de apego ($H = 16.01, p<.05$), por lo tanto, si hay diferencias de respuesta entre los grupos. Sin embargo, los resultados del tamaño del efecto de los factores que si presentan diferencias significativas se encuentran por debajo de .20. Los factores de la escala CARE – FP, Conductas académicas irresponsables, Conductas sexuales de riesgo y Consumo de alcohol obtuvieron un valor .141, .070 y .106 respectivamente. El factor del CaMir-R, Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego obtuvo un valor de .091. Según Cohen (1992) los resultados obtenidos se consideran despreciables.

Tabla 3*Correlaciones entre los factores de la Escala CARE – FP – RE Y CaMir-R*

Factores	Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego	Preocupación familiar (Apego ambivalente)	Interferencia de los padres (Sobreprotección en la infancia)	Autosuficiencia (Evitativo)
CARE - FP				
Conductas agresivas	-.189*	-.144	.221**	.127
Conductas académicas irresponsables	-.199**	-.071	.061	.110
Conductas sexuales de riesgo	-.149*	-.151	.079	.007
Consumo de drogas	-.053	-.123	.172*	.087
Consumo de alcohol	-.063	-.075	.172*	.005

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.

Para realizar las correlaciones, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman. Con respecto al CARE – FP y el CaMir-R, los resultados muestran que existen correlaciones significativas, inversas y bajas entre los factores: Seguridad: Disponibilidad y apoyo de figuras de apego con Conductas agresivas, Conductas académicas irresponsables y Conductas sexuales de riesgo. Preocupación familiar (Apego ambivalente) con Conductas sexuales de riesgo. Por otro lado, se encontraron correlaciones significativas, directas y bajas en los factores: Interferencia de los padres (Sobreprotección en la infancia) con Conductas agresivas, Conductas académicas irresponsables y Consumo de alcohol.

Discusión

Los resultados del presente estudio confirman una relación entre conductas de riesgo y la representación de estilos de apego. El estilo de apego seguro correlacionó de forma significativa, inversa y baja con tres conductas de riesgo, entre ellas se encuentran las conductas agresivas, las conductas sexuales de riesgo y las conductas académicas irresponsables. En cuanto a las conductas agresivas, la relación descrita podría deberse a que el apego seguro juega un rol importante en lo que se refiere a la regulación emocional, ya que estos sujetos tienden a expresar sus emociones

abiertamente y pueden modular la intensidad de ellas, por lo tanto, se podría decir, que ante posibles conflictos, los adolescentes con un apego seguro no acudirían a la agresión, sino que expresarían asertivamente sus emociones, pudiendo manifestarlas sin desbordarse y si la situación lo amerita, pueden pedir la ayuda que necesitan, logrando resolver los problemas de manera adecuada. Por otro lado, Fonagy, Steele, Steele y Target (1997) refieren que la seguridad en el apego permite y facilita la capacidad autorreflexiva y la mentalización que asegura la comprensión intuitiva de las motivaciones del otro y su predicción, lo cual hace al individuo capaz de intuir los sentimientos del otro y generar empatía. Este mecanismo podría evitar conductas que impliquen un daño directo o indirecto hacia las personas.

La variable conductas académicas irresponsables también correlacionó de forma negativa con el estilo de apego seguro. El apego en uno de los principales componentes que promueven la autorregulación, siendo este último lo que capacita a las personas a poder monitorear y cambiar sus comportamientos a fin de obtener metas a largo plazo y posponer las gratificaciones inmediatas (Blalock, Franzese, Machella & Straumanc, 2015). Teniendo ello en cuenta, la relación entre las dos variables descritas puede haber surgido debido a que los estudiantes de secundaria que presentan un apego seguro no solo están conscientes de los beneficios de tener hábitos responsables académicamente, sino que además, gracias a presentar una capacidad de autorregulación adecuada, pueden postergar posibles comodidades y modificar sus conductas a fin de alcanzar los objetivos que puedan tener en el ámbito escolar. Asimismo, se ha visto que los estudiantes con apego seguro presentan una adecuada competencia social, curiosidad, y exploración, además tienen una buena relación con los compañeros y aceptan los límites impuestos por el maestro (Geddes, 2006). Por lo que se puede suponer que la adaptación al ámbito escolar podría ser uno de los factores que influye en los hábitos que desarrollan los estudiantes frente a sus responsabilidades académicas, ya que, al sentirse más cómodo con su entorno, sus compañeros y sus profesores, mayor podría ser su motivación de asistir a clases, hacer sus tareas con tiempo, etc.

Con respecto a las conductas sexuales riesgosas, se puede apreciar en los resultados una relación inversa con el estilo de apego seguro, alineándose con otras investigaciones en las cuales se encontró que los adolescentes que presentaban este tipo de apego iniciaron su vida sexual más tardíamente que los inseguros, han tenido menos parejas y es el grupo que ha utilizado métodos anticonceptivos con mayor consistencia (Moore, 1997; Paulk & Zayac, 2013; O'Beirne, 1999). Uno de los motivos encontrados frente a esta relación es que, quienes presentan un apego seguro se encuentran más abiertos a explorar su sexualidad y disfrutar de esta (Butzer & Campbell, 2008; Kim & Miller, 2020), pero además, al contar con una adecuada regulación emocional, estas personas no sentirían la necesidad de tomar los riesgos que una persona con apego inseguro sí, ya que, si bien puede sentirse cómodas explorando el ámbito sexual, también tendrían la capacidad de regular sus emociones y comportamientos para aplazar el placer y adoptar prácticas sexuales seguras. Desde otro

ángulo, los adolescentes con un apego seguro evidencian una adecuada relación y comunicación con sus figuras de apego y entorno familiar lo que podría quienes podrían proporcionarles información más confiable en cuestión de prácticas de autocuidado sexual.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas según sexo, los hombres obtuvieron una puntuación mayor y significativa en Conductas agresivas que las mujeres. En algunos estudios se ha encontrado que los hombres tienden a ejercer con mayor frecuencia la agresión directa, es decir, agresión física e insultos verbales, a diferencia de las mujeres, quienes tienen conductas agresivas más socializadas como indirectas o manipulaciones dentro del grupo social, además se ha visto que los hombres presentan una mayor impulsividad motora que las mujeres, y que ese tipo de impulsividad está relacionado con una mayor frecuencia de conductas agresivas físicas (Sánchez, Moreira & Mirón, 2011; Morales, 2014; Moya & Meseguer, 2004). Estos estudios se relacionan con los resultados hallados, debido a que la escala utilizada mide conductas agresivas directas y físicas, siendo estas las que frecuentemente ocasionan consecuencias negativas inmediatas, y son esas conductas en las cuales los hombres puntúan más alto. Lo cual, podría deberse tanto a la edad de desarrollo en la que se encuentran como a los roles de género, puesto que se ha visto que los adolescentes pueden practicar conductas de riesgo para obtener ganancias secundarias, como vendría a ser la aceptación del grupo social; es decir, los varones se podrían comportar de manera agresiva frente a sus pares a modo de reconocimiento y además de consolidar su identidad como “hombres” al prevalecer un pensamiento de que el hombre debe ser rudo y agresivo para tener mayor reconocimiento y poder en la sociedad.

Con respecto a las conductas sexuales de riesgo, se encontraron diferencias significativas entre ambos géneros, siendo las mujeres quienes obtuvieron una puntuación menor, en contraste a otras investigaciones en las cuales no se encontraron tales diferencias (García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012; Rangel y García, 2010), ello puede deberse a las características propias de la muestra, entre las cuales se encontró que un 33.9% de las madres se desempeñan como ama de casa, lo cual significa que tendrían una mayor disponibilidad de la figura materna, al respecto, se observó en investigaciones peruanas que las madres son más comunicativas con sus hijas respecto a temas sexuales y son las adolescentes las que tienden a buscar información de índole sexual con sus progenitoras (Motta, Keogh, Prada, Núñez-Curto, Konda, et al, 2017; Ríos, 2016). Entonces, es posible que la disponibilidad materna en conjunto con la tendencia a ser las mujeres más comunicativas y mostrar más apertura con sus madres que los varones, disminuya las probabilidades de que ellas incurran en conductas sexuales de riesgo.

Por otro lado, los resultados del presente estudio mostraron que la correlación entre el apego seguro y las tres conductas mencionadas anteriormente es baja. Una posible explicación de ello es que no es solo el estilo de apego lo que definiría si el adolescente realiza conductas de riesgo o no, sino también otras variables, por ejemplo, se ha visto que existen diversos factores de riesgo y factores

protectores que pueden regular la conducta de estos jóvenes, como el temperamento, la dinámica familiar, los estilos de crianza, la resiliencia, las relaciones con su círculo social, el contexto en el que viven, entre otros. Incluso, Meyer (2011) le da importancia a la psicoterapia alegando que se puede crear un apego seguro en el vínculo terapéutico que puede servir como base segura para futuras situaciones. Por lo que se puede inferir que, si bien existe una relación con los estilos de apego, a lo largo de la vida del adolescente, se van a presentar circunstancias tanto internas como externas a él que pueden promover esas conductas o disuadirlas.

Se concluye que las conductas de riesgo serán menores en adolescentes con un estilo de apego seguro, mientras que estas serán mayores en el grupo que presenta un estilo de apego inseguro. Específicamente, las conductas agresivas, conductas sexuales de riesgo y las conductas académicas irresponsables son menores en personas que presentan un estilo de apego seguro. Asimismo, se observa que sí existen diferencias en conductas de riesgo según sexo, denotando un puntaje más alto en los hombres en conductas sexuales de riesgo y conductas agresivas.

Se espera que los resultados obtenidos abran nuevas líneas de estudio a futuro a fin de seguir investigando ambas variables en el contexto peruano. Además, con esta investigación se busca promover la implementación de campañas preventivas para padres, en las cuales se pueda informar sobre la influencia del apego y las posibles consecuencias de un apego inseguro con el objetivo de favorecer y promover vínculos adecuados entre padres y adolescentes, pues se observa diversos beneficios del apego seguro, como una regulación emocional adecuada, mayor seguridad, autonomía, empatía y nivel comunicativo de los adolescentes, todo ello favorecerá su desarrollo como individuos sanos y también contribuirá a reducir las conductas de riesgo. Asimismo, se espera que los datos del estudio puedan servir como base teórica para posibles programas de intervención en adolescentes, tomando en cuenta las variables expuestas.

En el Perú ya se han creado campañas que promuevan un apego seguro, como el del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: “Construyendo el Apego Seguro” en el Metro de Lima, en el cual, se hicieron escenificaciones de una familia que mostraban un adecuado cuidado entre padres y bebés (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016). En este sentido, se podrían realizar campañas similares, pero no solo enfocándose en el cuidado a los bebés sino también, expandiéndolo a la población de adolescentes y cómo este vínculo los puede afectar. A pesar de que se realizan planes de acción, estos se han visto limitados por una nueva realidad social, por ejemplo la norma que promovía el contacto precoz en la primera hora de vida ya no está vigente debido al Covid-19, donde las madres no pueden realizar piel con piel y pasan un tiempo prolongado separadas de su bebé, esta nueva variable da pie a futuras investigación en lo que respecta al apego, debido a que esta situación externa está afectando directamente el primer contacto madre-bebé, lo cual podría tener

repercusiones a futuro como un vínculo inseguro o ambivalente, dando lugar a adolescentes que presenten conductas de riesgo.

Cabe mencionar que el estudio también tuvo ciertas limitaciones, si bien se realizó una explicación de cómo resolver las escalas, los estudiantes tuvieron algunas preguntas al momento de resolver de ambos cuestionarios, esto pudo deberse al nivel de comprensión lectora de los escolares, debido a que este conflicto se generó en los primeros grados de secundaria, por lo que se debería considerar otorgar un tiempo mayor en la explicación, y comprobar su comprensión antes de iniciar. Por otro lado, los resultados arrojados no pueden ser generalizados, ya que se usó un muestreo no probabilístico, por lo cual los datos sólo se tomarían como referencia. Además, la muestra tiene características demográficas similares, si se hubiese tomado una muestra más diversa, los resultados posiblemente hubieran variado. Otra limitación se debió a que la escala para medir conductas de riesgo no se encontraba adaptada para la población peruana, por lo que las diferencias culturales podrían ser un obstáculo para la recolección de información, a pesar de haberla adaptado. Por último, las escalas no presentan ítems de deseabilidad social, por lo cual, no se puede saber si los participantes realizaron la prueba con sinceridad y sin estar influenciados por el deseo de tener una imagen favorable.

Se recomienda que futuros estudios continúen ahondando en las variables planteadas, de este modo, se podrá tener no sólo más investigaciones al respecto, sino también más planes a modo de programas preventivo-promocionales e intervenciones. Asimismo, se recomienda que se emplee una muestra mayor y más aleatoria para que, de este modo se pueda obtener datos más generales y acorde a la población peruana, considerando el nivel socioeconómico y educativo. Asimismo, se sugiere agregar más variables a fin de profundizar y tener un mayor conocimiento de estas, en la literatura investigada se han visto diversas variables que pueden servir de mediadores entre representaciones de estilos de apego y conductas de riesgo como, los estilos de crianza, los factores protectores de los adolescentes, la autoestima y/o resiliencia, entre otros.

Referencias

- Argaez, S., Echeverría, R., Evia, N. & Carrillo, C. (2018). Prevención de Factores de Riesgo en Adolescentes: Intervención para Padres y Madres. *Psicología Escolar e Educativa*, 2 (22), 259-269.
- Alaminos, A. & Castejón, J. (2006). Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escala de opinión. Alicante, España: Editorial Marfil S.A. Recuperado de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20331/1/Elaboraci%C3%B3n,%20an%C3%A1lisis%20e%20interpretaci%C3%B3n.pdf>
- Awapara, S. & Valdivieso, M. (2013). Características bio-psicosociales del adolescente. *Odontología Pediátrica*, 12(2), 119-128.
- Balocchini E, Chiamenti G, Lamborghini A. (2013). Adolescents: which risks for their life and health? *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 54(4), 191-194.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa Editorial.
- Blalock, D., Franzese, A., Machella, K & Straumanc, T. (2015). Attachment style and self-regulation: How our patterns in relationships reflect broader motivational styles. *Elsevier*, 87, 90-98
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativas en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de psiquiatría*, 17(1), 27-33.
- Bravo, L. & Tapia, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de concepción Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1), 5-14.
- Butzer, B. & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.
- Camps, S., Castillo, J. & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74.
- Casullo, M. & Fernández, M. (2005). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de Investigaciones*, 12, 183-192
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

- Consejo Nacional de Política Criminal (2017). Adolescentes infractores en el Perú. Recuperado de <https://indaga.minjus.gob.pe/sites/default/files/BOLETIN%20N6%20Adolescentes%20Infractores%202017.pdf>
- Coon, D. (2004). *Psicología*. México DF: Cengage Learning.
- Cueto, V., Saldarriaga, S. & Muñoz, I. (2011). Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Lima, Perú: Grade.
- Festorazzi, V., Castañeiras, C. & Posada, C. (2011). Estilos de apego y autoconcepto: bases para una adolescencia positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 1(11), 27-42.
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. Aperturas Psicoanalíticas 004. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000104>
- Fromme, K., Katz, E. & Rivet, K. (1997). Outcome Expectancies and Risk-Taking Behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 21(4), 421-442
- Fuertes, J., Grindell, S., Krestenbaum, M. & Gorman B. (2017). Sex, Parent Attachment, Emotional Adjustment, and Risk-Taking Behaviors. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(2), 3-12
- Gallardo, F. (2013). Conductas de riesgos en los adolescentes, estudiantes de los colegios de. *Revista Científica de FAREM Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 6(2), 1-12.
- Geddes, H. (2006) *El apego en el aula, Relación entre las primeras experiencias infantiles, el bienestar emocional y el rendimiento escolar*. Barcelona: Editorial Graó.
- Grady K. & Wallston, B. (1988) *Research in Health Care Settings*. Newberry Park, CA: Sage.
- Grimalt, L. & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246.
- Guzmán, M. & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psyche*, 21(1), 69-82.
- Hidalgo, M. & Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral*, 10(10), 895-910
- Horno, P (2014). Apego y adolescencia: Narrándose en el espejo de los otros. *Adolescere* 2(3), 19-28

- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2015). Las adolescentes y su comportamiento reproductivo. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2018). Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES). Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. Cómo se construye. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(2), 14-18.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36.
- Kim, H. & Miller, L. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health Psychology*, 39(1), 46-57.
- Letcher, A. & Slesnik., N. (2014). Early relationships of adolescents Evaluation and observation of romantic attachment and risk behavior. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(3), 366-383.
- Loewenstein, G., Weber, E., Hsee, C. & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 267-286.
- Loinaz, I. & Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja. *Acción psicológica*, 9(1), 33-46.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. & Ullarte, M. (2012). Estilos de apego, empatía y autoestima en agresores de pareja. *Terapia Psicológica*, 30(2), 61-70.
- Macías, N. & Chérrez, F. (2017). *El tipo de apego y su relación con el rendimiento académico, en los niños y niñas que acuden a consulta psicológica al dispensario médico del Patronato Provincial de Tungurahua.* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1990/1/76500.pdf>
- Magaz, A., Chorot, P., Sandín, B., Santed, M. & Valiente, R. (2011). Estilos de apego y acoso entre iguales (Bullying) en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 207-221.

- Mamani, J. (2016) Habilidades sociales y conductas de riesgo en los adolescentes escolares de la institucion educativa secundaria José Antonio Encinas (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú. Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5538/Mamani_Condori_Juana_Brigida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Maximiliano., L., Ortega, A., Salas, M. & Vaiz, R. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Revista de enfermería Herediana*, 8(2), 89-96.
- Mendoza, L., Claros, D. & Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.
- Mesquita, W. & López, A. (2014). Conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. *Huellas Revista*. 1(2), 1-20.
- Meyer, D. (2011). Neuroplasticity as an explanation for the attachment process in the therapeutic relationship.
- Ministerio de salud del Perú (2017). Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (2013). Segundo informe anual de avances del plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2021, año 2013 (Ley N° 27666). Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/resumen-ejecutivo-II-informe-anual-PNAIA.pdf>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (2016). MIDIS: “Construyendo el Apego Seguro” en Metro de Lima. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/noticias.php>
- Moore, C. (1997). Models of attachment, relationships with parents, and sexual behavior in at risk adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(6B), 3322.
- Morales, C (2014). Impulsividad y agresividad en los estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato. Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina.

- Motta, A., Keogh, S., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillmanand, M. & Cáceres, C. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú. *Gutmacher Institute, 1*, 1-86.
- Moya, J. & Meseguer, V. (2004) Dimensiones de personalidad, diferencias de género, y agresividad. *Jornades de Foment de la Investigació, 1*, 1-11
- Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual Reviews of Clinical Psychology, 6*, 339-363.
- O'Beirne, H. (1999). Individual, peer and family predictors of adolescent sexual experiences: A longitudinal study. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering, 59(7B)*, 3706.
- Organización Mundial de la Salud (2017). More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/en/>
- Paulk, A. & Zayac, R. (2013). Attachment style as a predictor of risky sexual behavior in adolescents. *Journal of Social Sciences, 9(2)*, 42-47.
- Pooravari, M., Ghanbari, S., Mohammadi, A., Panaghi, L. & Aghdasta, E. (2014). The Comparison of Tendency to Risky Behaviour, in Secure/Insecure Attachment in Parents. *International Journal of Scientific Research and Innovative Technology, 1(1)*, 11-25.
- Posada, G., Gao, Y., Fang, W., Posada, R., Tascon, M., Schoelmerich, A., Sagi, A., Kondolkemura, K., Ylaland, W., & Synnevaag, B. (1995). The secure-base phenomenon across cultures: Children's behavior, mothers' preferences, and experts' concepts. *55 Monographs of the Society for Research in Child Development, 60 (2-3, Serial No. 244) 27-48*
- Ríos, C (2016). Conductas de riesgo sexual y reproductivo en estudiantes universitarios en Huancayo. *Apuntes: Revista de.Ciencias.Sociales, 06(01)*, 74-79.
- Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38(3)*, 439-507.
- Romaní, F., Gutiérrez, C. & Lama, M. (2011) Autorreporte de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Peru Epidemiol. 15(2)*, 8-8.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. & Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar, 44(2)*, 218-229.

- Sadeh, N. & Baskin-Sommers, A. (2016). Risky, Impulsive, and Self-Destructive Behavior Questionnaire (RISQ): A Validation Study. *Assessment*, 1-15.
- Sánchez, A., Moreira, B. & Mirón, L. (2011) Sexo, género y agresión: Análisis de la relación en una muestra de universitarios. *Boletín de Psicología*, 101, 35-50.
- Sarmiento, A., Puhl, S., Oteyza, G., Bermudez, F. & Siderakis, M. (2009). Las conductas transgresoras de los adolescentes en conflicto con la ley penal; su relación con las perturbaciones en el vínculo primario. *Anuario de investigaciones*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945041>
- Seoane, A. (2015). Adolescencia y Conductas de Riesgo. (Tesis de pregrado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperada de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo Emocional*. México: Oxford
- Valenzuela, C. (2014). *Representación de Apego Adulto y de Rol Materno en madres con niños con Trastorno del Espectro Autista (Tesis de pregrado)*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
- Valenzuela, M., Ibarra, A., Zubarew, T. & Loreto, M. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54.
- Zuckerman, M. & Kuhlman, D. (2000). Personality and risktaking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.

Anexo

1. Consentimiento informado para el Padre de familia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria que mi hijo _____ participe en la evaluación, que será realizada por las alumnas Jimena Santiago y Fiorella Tataje del 10mo ciclo de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) como parte de su formación académica en el curso de Investigación II.

Esta evaluación ha sido concebida de modo tal que asegure la **preservación de la integridad del niño(a)**. La información obtenida será utilizada de manera discreta con fines exclusivos de la realización de la investigación, manteniendo siempre el **anonimato del evaluado y de sus padres**. Las alumnas se comprometen a no revelar la identidad del evaluado ni la de sus padres en ningún momento de la actividad de campo ni posterior a ella. Las alumnas, no obstante, no podrá brindar ningún tipo de resultados a los padres o apoderados ni al menor, dado que, el uso de los instrumentos técnicos por sí mismo no estará inscrito en un proceso de evaluación psicológica formal.

Dado que la participación es voluntaria, el director, los padres, apoderados o el menor puede decidir retirarse del proceso en el momento que lo consideren pertinente.

He sido informado(a) de las condiciones en las cuales aceptó colaborar.

Lima, ____ de _____ del 2017.

Firma del participante

Para cualquier información comunicarse con los responsables de la investigación:

Jimena Santiago (u201313542@upc.edu.pe) y Fiorella Tataje (u201313563@upc.edu.pe)

2. Asentimiento informado para adolescentes

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de ____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en un proceso de aplicación de escalas, que será realizado por las alumnas, Jimena Santiago identificada con DNI 48250826 y Fiorella Tataje identificada con DNI 74736170 de la Carrera de Psicología (Facultad de Psicología) de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). La evaluación se realizará como parte de la formación académica del estudiante en la realización de su tesis, bajo la supervisión de profesionales en el tema.

Esta evaluación implicará la aplicación de dos escalas, que no resultarán perjudiciales para la integridad del evaluado(a), de modo que puede dejar de contestar las escalas en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Asimismo, si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de no responderlas, hacérselo saber al evaluador o de retirarse del proceso aun cuando inició la evaluación si así lo desea. Durante el proceso, el(la) alumno(a) se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento de la evaluación ni después de esta. Para cualquier información adicional y/o dificultad, el(la) evaluado(a) puede contactarse a los siguientes correos, los cuales son de las investigadoras respectivamente: u201313542@upc.edu.pe y u201313563@upc.edu.pe

Lima, ____ de _____ del 2017.

Firma del participante