



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**ESTILOS DE APEGO ADULTO Y SINTOMATOLOGÍA
PSICOPATOLÓGICA EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD
PÚBLICA DE CUSCO**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachillera:

Zaida Lorena Avendaño Carbajal

Asesora:

Katherine Gretel Fourment Sifuentes

Lima, 2019

Agradecimientos

A mis padres, que me apoyaron incondicionalmente durante mi formación académica. Hoy celebro que velaron siempre por mi desarrollo y crecimiento personal mediante una formación con valores que se alinea a los pilares de esta bella y noble profesión. Este trabajo está dedicado a ambos con todo mi amor.

A mi asesora Katherine Fourment, por sus sugerencias, aportes y por su constante disponibilidad y acompañamiento durante este proceso.

A Juan Nuñez del Prado, por contribuir a la primera parte de la realización de este proyecto de tesis.



Resumen

Distintas investigaciones han asociado la inseguridad en el apego a problemas de salud mental reflejados en el desarrollo de síntomas psicopatológicos. El presente estudio explora la relación entre los *estilos y dimensiones de apego adulto* propuestos por Bartholomew y Horowitz (1991) y la presencia de *sintomatología psicopatológica* de tipo *internalizante* (depresión, ansiedad, somatización) y *externalizante* (comportamiento agresivo y transgresor). En el estudio participaron 164 estudiantes de una universidad pública de Cusco con edades entre 18 y 25 años ($M = 20.51$, $DE = 2.07$), quienes fueron evaluados mediante el *Relationship Questionnaire* (RQ; Bartholomew y Horowitz, 1991) y el *Adult Self Report* (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003). Se hallaron relaciones significativas directas entre los estilos de apego preocupado y temeroso y la presencia de sintomatología internalizante y externalizante. De otro lado, se encontró que la dimensión ansiedad correlacionó positivamente con sintomatología internalizante y externalizante; mientras que la dimensión evitación correlacionó únicamente con la presencia de síntomas ansiosos. Los índices de correlación concuerdan, en su mayoría, con lo hallado en investigaciones previas.

Palabras clave: Estilos de apego adulto, dimensiones de apego adulto, sintomatología psicopatológica, estudiantes universitarios

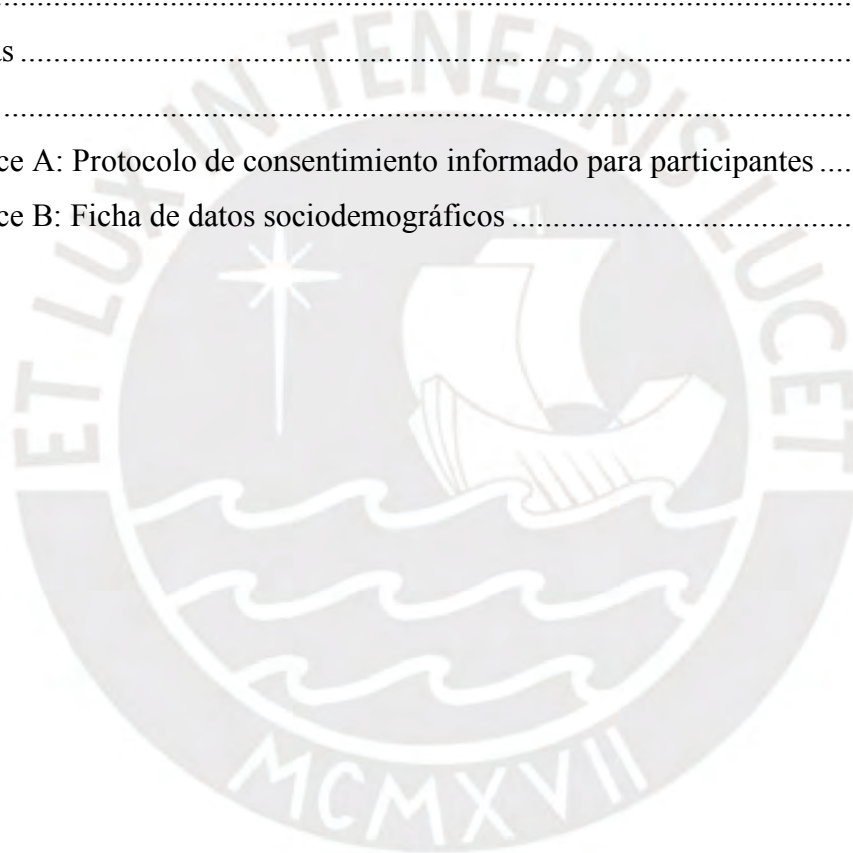
Abstract

Studies have associated insecure attachment to mental health problems reflected in the development of psychopathological symptoms. The present study explores the relationship between *adult attachment styles and dimensions* proposed by Bartholomew and Horowitz (1991) and the presence of *internalizing* (depression, anxiety, somatization) and *externalizing* (aggressive and transgressive behavior) *psychopathological symptoms*. This study included 164 students from a public university in Cusco aged between 18 and 25 years ($M = 20.51$, $SD = 2.07$), who were evaluated with the *Relationship Questionnaire* (RQ, Bartholomew and Horowitz, 1991), and the *Adult Self Report* (ASR, Achenbach & Rescorla, 2003). Significant direct relationships were found between the preoccupied and fearful attachment styles and the presence of internalizing and externalizing symptomatology. On the other hand, it was found that the anxiety dimension correlated positively with internalizing and externalizing symptomatology; while the avoidance dimension correlated only with the presence of anxious symptoms. The correlation indexes agree, in their majority, with what was found in previous investigations.

Keywords: Adult attachment styles, adult attachment dimensions, psychopathological symptomatology, college students

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Método	11
Participantes.....	11
Medición	11
Procedimiento	14
Análisis de datos	15
Resultados	17
Discusión.....	21
Referencias.....	29
Apéndices.....	37
Apéndice A: Protocolo de consentimiento informado para participantes	37
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos	38



Introducción

La teoría del apego, propuesta por Bowlby (1980), enfatiza la importancia de establecer vínculos afectivos estrechos con figuras significativas como criterio fundamental para el desarrollo socioemocional y la salud mental en los seres humanos (Bowlby, 1964). En esa línea, el comportamiento de apego es conceptualizado como un sistema conductual y motivacional que promueve la proximidad entre el infante y sus figuras de apego en situaciones de estrés, peligro o amenaza, e incrementa la oportunidad de supervivencia en edades tempranas (Bowlby, 1980).

Durante los primeros años de vida, el cuidado desplegado por la figura de apego se configura como esencial para la salud mental del infante (Bowlby, 1964). Interacciones con figuras de apego sensibles y responsivas ante las necesidades del infante brindan un sentido estable de seguridad en la relación de apego y se relacionan con el desarrollo de adecuados mecanismos de regulación emocional que favorecen la salud mental (Bowlby, 1964; 1995). En contraste, interacciones con figuras de apego que muestran rechazo o poca disponibilidad ante las necesidades del infante promueven el distanciamiento emocional y la evitación, y se relacionan con mecanismos inadecuados de regulación emocional, así como con la probabilidad de desarrollar problemas socio afectivos que comprometen la salud mental ante eventos estresantes (Dozier, Stovall-McClough & Albus, 2008).

Ainsworth (1964) propuso una clasificación tripartita de estilos de apego a partir de las diferencias específicas que caracterizaban la conducta de apego del infante en relación a su figura de apego. Así, estableció que un infante con apego seguro desarrolla estrategias como la búsqueda de proximidad hacia su figura de apego cuando se encuentra angustiado o en necesidad, para luego, continuar explorando el espacio sin experimentar elevados niveles de ansiedad por separarse de la misma (Dozier et al., 2008). De otro lado, un infante con estilo ansioso-ambivalente busca desesperadamente la proximidad ante la ausencia de su figura de apego, minimizando la exploración, pero en el reencuentro la rechaza (Barroso, 2011). Finalmente, un infante con estilo evitativo presenta mayor autonomía frente a sus figuras de apego, explora el espacio sin manifestar elevados niveles de angustia ante la separación e incluso no busca la proximidad en el reencuentro (Bowlby, 1995).

A medida que el infante se desarrolla, establece expectativas respecto a sus interacciones futuras (Bowlby, 1980; Fonagy et al., 1995) basándose en el grado de seguridad y accesibilidad que le fueron proporcionados por sus principales figuras de

apego desde edades tempranas (Cortina & Liotti, 2003). Posteriormente, dichas expectativas se estructuran en representaciones mentales internalizadas denominadas Modelos Operativos Internos en tanto operan para interpretar, regular y predecir la conducta, pensamientos y sentimientos de las figuras de apego y de sí mismos (Bowlby, 1995; Morales & Santelices, 2007).

En concreto, los Modelos Operativos Internos comprenden dos aspectos fundamentales: un modelo de los otros (una concepción sobre las figuras de apego) y un modelo de sí mismos/self (una concepción sobre sí mismos) (Bowlby, 1976). Dichos aspectos dependen del establecimiento de un vínculo afectuoso e íntimo con las principales figuras de apego, dado que ello determina aspectos centrales de la seguridad en el apego a lo largo del desarrollo, así como también características de personalidad que favorecen la salud mental, tales como la capacidad de establecer un autoconcepto positivo y la posibilidad de establecer y mantener relaciones interpersonales saludables (Bowlby, 1973). Una vez establecidos, los modelos de los otros y del self se retroalimentan entre sí de manera constante, y se configuran como particularmente importantes, pues se integran progresivamente a la estructura de personalidad e influyen la conducta en interacciones íntimas posteriores (Bowlby, 1976, Lorenzini & Fonagy, 2014).

A medida que se desarrolla el individuo, los Modelos Operativos Internos que caracterizan a los distintos estilos de apego dejan de concernir únicamente a las figuras de apego iniciales y se generalizan hacia relaciones interpersonales significativas como pares, pareja, etc. (Bowlby, 1976). A pesar de la posible influencia de nuevas figuras significativas, distintos autores sostienen que muchas de las características de los estilos desarrollados durante las etapas tempranas del desarrollo, se mantienen a lo largo de todo el ciclo vital (Bowlby, 1980; Fernández-Fuertes, Begoña, Fuertes & Carcedo, 2011).

Específicamente, investigaciones realizadas respecto a las relaciones adultas respaldan la definición del apego como un sistema conductual basado en la representación mental que la persona tiene de sí misma (self) y de los demás (otros) (Fernández-Fuertes et al., 2011). Dichas representaciones se encuentran relacionadas, a su vez, a dos dimensiones primarias presentes al momento de relacionarnos con otros significativos: ansiedad y evitación (Bartholomew & Horowitz, 1991). La primera de ellas, hace referencia a un estado de alerta experimentado por el sujeto ante posibles signos de rechazo o abandono de la figura de apego (Fraley & Shaver, 2000). El

mantener una representación negativa del self se relaciona con un mayor estado de alerta, dado que la creencia de que no se es merecedor de recibir afecto y apoyo en momentos de necesidad genera en el individuo temor ante la posibilidad de ser eventualmente abandonado por figuras significativas (Bartholomew & Horowitz, 1991). Por el contrario, sujetos con una representación positiva del self, experimentan menor alerta ante posibles signos de rechazo o abandono por parte de sus figuras de apego (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Por otro lado, la dimensión evitación refleja el grado en que las personas tienden a evitar el contacto cercano con otros como resultado de sus expectativas de consecuencias aversivas (Bartholomew & Horowitz, 1991). El mantener una representación negativa de los otros se relaciona con una mayor evitación a establecer relaciones íntimas con otros significativos, en tanto el sujeto parte de la creencia de que el resto no mostrará disponibilidad ante sus necesidades, por lo que el interés por establecer relaciones íntimas será opacado por el miedo al rechazo (Bartholomew & Horowitz, 1991; Fraley & Shaver, 2000). En contraste, individuos con un modelo positivo de los otros muestran menores niveles de evitación ante situaciones que implican intimidad con el resto (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Las dimensiones ansiedad y evitación determinan, a su vez, diferentes características comportamentales en los individuos (Bartholomew & Horowitz, 1991; Fraley & Shaver, 2000). Puntuaciones elevadas en la dimensión ansiedad caracterizan a individuos que tienden a hiperactivar la conducta de apego evidenciando intentos enérgicos para obtener proximidad, soporte y amor (Mikulincer & Shaver, 2012). En contraste, puntuaciones elevadas en la dimensión evitación caracterizan a individuos que tienden a desactivar la conducta de apego al no buscar proximidad, negar la necesidad de apego y evitar la intimidad e interdependencia en las relaciones (Mikulincer & Shaver, 2007).

Conforme al enfoque planteado por Bartholomew y Horowitz (1991), que es el utilizado en la presente investigación, al combinar las dimensiones ansiedad y evitación junto con la representación positiva o negativa de uno mismo y de los otros, se configuran cuatro prototipos de estilos de apego adulto: seguro, preocupado, temeroso y rechazante.

Los individuos con estilo de *apego seguro* se caracterizan por presentar una valoración positiva de sí mismos y por percibir a los otros como personas en quien confiar, accesibles y sensibles a las propias necesidades; además, experimentan menor

nivel de ansiedad y evitación en las relaciones interpersonales, ya que buscan más la proximidad en sus relaciones interpersonales (Camps-Pons et. al., 2014).

En tanto, en personas con estilo de *apego rechazante* predomina una visión positiva de sí mismos y una visión negativa de los otros que los lleva a desconfiar de ellos; estos individuos experimentan menor nivel de ansiedad ya que se muestran escépticos ante las relaciones y sobrevaloran su necesidad de independencia (Bartholomew & Horowitz, 1991). Asimismo, presentan un nivel elevado de evitación de la intimidad, ya que se protegen poniendo distancia (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Por otro lado, individuos con estilo de *apego preocupado*, presentan una visión del self negativa por lo que tienen una imagen devaluada de sí mismos y, en contraste, tienen una visión positiva de los otros que los lleva a ensalzarlos, buscar su aprobación y valoración (Bartholomew & Horowitz, 1991). A partir de ello, estas personas suelen confiar ciegamente, sin percibir defectos, limitaciones o riesgos en los demás (Camps-Pons et al., 2014). Asimismo, se caracterizan por presentar altos niveles de ansiedad y miedo al rechazo en sus relaciones interpersonales, pero no tienden a evitar la intimidad (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Por último, las personas con estilo de *apego temeroso* tienen una visión negativa tanto del self como de los otros; en ese sentido, no solo se autodevalúan, sino que suelen mantenerse en un estado de hipervigilancia defensiva, y establecen relaciones en las que se muestran reservados y suspicaces (Bartholomew & Horowitz, 1991). Además, buscan relacionarse y aproximarse a los otros, pero experimentan altos niveles de ansiedad reflejada en desconfianza y miedo a ser rechazados, lo cual los lleva a establecer relaciones menos íntimas (Castillo & Medina, 2007).

En función a la dicotomización categorial (seguro – inseguro), la seguridad e inseguridad en el apego definen distintas características en los individuos (Mikulincer & Shaver, 2007). La seguridad en el apego en la adultez ha sido asociada al mantenimiento de un autoconcepto positivo, adecuadas estrategias de regulación ante situaciones estresantes y mejor calidad en las relaciones interpersonales establecidas (Bowlby, 1973; Lorenzini & Fonagy, 2014; Thompson, 2016). En contraste, la inseguridad en el apego se relaciona con sentimientos de soledad, aislamiento social, baja satisfacción en las relaciones, más rupturas amorosas y conflictos violentos (Bartholomew & Horowitz, 1991). Concretamente, individuos con estilo rechazante suelen presentar dificultades de cuidado con el otro, como ser poco sensibles y distantes; mientras que sujetos con estilo

ansioso suelen presentar más dificultades emocionales, como ser sobre expresivos (Mikulincer & Shaver, 2007).

La inseguridad en el apego ha sido asociada, a su vez, a problemas de salud mental reflejados en el desarrollo de sintomatología psicopatológica (Mikulincer & Shaver, 2007). Respecto a esta, en la presente investigación, se toma en cuenta la distinción planteada por Achenbach y Rescorla (2003) respecto a sintomatología internalizante, que comprende la presencia de problemas que se encuentran principalmente en el self; y externalizante, que involucra principalmente conflictos con otros y conflictos sociales. En esa línea, se ha reportado evidencia de que estilos particulares de apego guardan relación con sintomatología psicopatológica internalizante de tipo depresiva, ansiosa, somática; y externalizante, como conducta agresiva y transgresora (Jinyao et al. 2012; Cyr & Alink, 2017; Read, Clark, Rock & Coventry, 2018; Waldinger, Schulz, Barsky & Ahern, 2006; Allen, Porter & McFarland, 2007; Hovee et al., 2012), las cuales serán consideradas como variables en el presente estudio

Una gran cantidad de investigaciones ha asociado los estilos preocupado y temeroso con la presencia de sintomatología depresiva en población adulta no clínica (Jinyao et al. 2012). Los resultados reportados señalan que, independientemente de las representaciones mentales de los otros, el sostener un modelo negativo del self está asociado al desarrollo de síntomas depresivos (Dagan, Facompré & Bernard, 2018; Murphy & Bates, 1997). La autocrítica, un componente de los estilos de apego temeroso y preocupado, es señalada además como una importante característica que hace a los individuos más proclives a la depresión (Dinger et al., 2015; Murphy & Bates, 1997). En contraste, el apego rechazante, al no envolver el componente autocrítico, no tiene una relación directa con la predisposición a experimentar síntomas depresivos, a pesar de implicar características de evitación de la intimidad y autosuficiencia (Dinger et al., 2015). De otro lado, se sostiene que el poseer un estilo seguro sugiere una menor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva (Murphy & Bates, 1997).

En línea con lo anterior, diferentes investigadores han sugerido que el desarrollo de sintomatología depresiva en la adultez asociada al mantenimiento de representaciones negativas del self, tendría su base en experiencias interpersonales adversas a temprana edad (tales como crianza inadecuada), configurando a estas últimas como un factor potencial de desarrollo de síntomas depresivos en la adultez (Cyr & Alink, 2017; Bifulco, Moran, Ball & Lilie, 2002; Blatt & Homann, 1992). Al respecto,

Roisman et al. (2017) encontraron que adultos con mayor presencia de sintomatología depresiva reportaron haber sufrido maltrato en la infancia y desarrollaron consecuentemente relaciones menos seguras en la infancia y adultez, en comparación con aquellos que reportaron ausencia de maltrato.

La presencia de sintomatología ansiosa también ha sido relacionada a los estilos de apego temeroso y preocupado (Cooper, Rowe, Penton-Voak & Ludwig, 2009; Mickelson, Kessler & Shaver, 1997; Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). Diferentes investigaciones indican que dichos estilos han reportado una predominancia de representaciones negativas del self, incluyendo contingencias disfuncionales de valía y baja autoestima asociadas al desarrollo de síntomas ansiosos (Roberts, Gotlib & Kassel, 1996). Si bien las representaciones negativas del self predominan tanto en individuos que experimentan síntomas ansiosos y depresivos, diversos investigadores han señalado que la naturaleza específica de las relaciones de apego y de los modelos operativos internos negativos es distinta en cada uno de ellos, ya que las representaciones negativas del self se encuentran fundadas en diferentes experiencias previas, que a su vez derivarán en futuras conductas relacionales y estrategias de regulación emocional particulares (Read et al., 2018). De tal forma, en individuos que presentan sintomatología depresiva los temas de pérdida y de deficiencia de uno mismo suelen ser resaltantes, mientras que los elementos que denoten peligro (es decir, el miedo a la pérdida futura) predominan en los individuos que presentan sintomatología ansiosa.

Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto el estilo temeroso como el preocupado se relacionan positivamente con síntomas de ansiedad y del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (Cooper, Rowe, Penton-Voak & Ludwig, 2009; Mickelson, Kessler & Shaver, 1997), y que el apego ansioso predice de forma prospectiva síntomas de ansiedad a los dos años de seguimiento (Hankin, Kassel & Abela, 2005). En la misma línea, Simonelli, Ray y Pincus (2004) encontraron que los individuos con apego temeroso, preocupado y rechazante presentaron más síntomas de ansiedad que los individuos con apego seguro. Al respecto, Jinyao et al. (2012) reportan de igual forma que estilos de apego inseguros predicen mayores niveles de sintomatología ansiosa, dado que individuos con tales estilos de apego suelen percibirse inmersos en situaciones problemáticas que generan síntomas ansiosos.

Sobre la base de lo mencionado, diversos investigadores sugieren que la asociación entre los estilos inseguros y la presencia de sintomatología ansiosa se

encontraría mediada por inadecuadas estrategias de regulación emocional, en tanto estas incrementarían el desarrollo de síntomas ansiosos (Nielsen et al., 2017). Particularmente, Marganska, Gallagher y Miranda (2013) reportan que el estilo de apego seguro se encuentra asociado a una menor presencia de síntomas de ansiedad y TAG, y a menor desregulación emocional; mientras que los estilos de apego inseguro se asocian a mayores puntajes de síntomas del TAG, y a una mayor desregulación emocional.

En tanto, la sintomatología somática también ha demostrado guardar relación con el estilo de apego inseguro (Waldinger et al., 2006). Al respecto, Ciechanowski, Walker, Katon y Russo (2002) mencionan que los estilos de apego preocupado y temeroso se encuentran significativamente relacionados con la presencia de síntomas somáticos en comparación con los individuos con estilo seguro. Dicha relación es explicada por Stuart y Noyes (1999), quienes plantean que las experiencias de enfermedad en la infancia influyen los modelos operantes internos que se desarrollan en pacientes con trastornos somatomorfos. Esto es, la enfermedad crónica puede erosionar el sentido de auto-eficacia y la integridad corporal del niño, creando un modelo de sí mismo (self) como alguien desvalido que requiere atención constante en situaciones de sufrimiento físico (Waldinger et al., 2006). La relación entre el estilo de apego y la presencia de sintomatología somática en pacientes se encuentra sustentada entonces en el mantenimiento de una imagen negativa del self a lo largo del ciclo vital (Ciechanowski et al., 2002). Adicionalmente, los modelos de los otros significativos se encuentran determinados por las respuestas de los padres a la enfermedad. Esta dinámica confusa deriva en una comunicación interpersonal disfuncional, haciendo a los pacientes somatizadores menos tolerantes ante la angustia y menos capaces de hacer frente a los conflictos interpersonales (Stuart & Noyes, 1999).

Finalmente, la presencia de síntomas relacionados a la conducta externalizante, es decir, oposición, provocación agresiva, pensamientos negativos y transgresión de las normas sociales (Achenbach & Rescorla, 2003) ha sido asociada predominantemente a los estilos preocupado y rechazante. La investigación respecto a dicha asociación se ha concentrado en su mayoría en población infantil y adolescente. A partir de ello, se menciona que niños con estilos de apego preocupado y rechazante han demostrado mayor predisposición a desarrollar posteriores conductas delictivas (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). Dichas correlaciones son explicadas en base a las diferencias en el comportamiento de los sujetos; así, adolescentes con estilo de apego

preocupado tienden a una mayor búsqueda de atención socialmente observable mediante muestras de un comportamiento llamativo, mientras que aquellos con apego rechazante exhiben conductas inadaptadas más introvertidas (Allen et al., 2002, Larose & Bernier, 2001).

Una posible explicación de la relación entre el estilo de apego inseguro y el comportamiento externalizante es que el miedo y la intimidación que derivan del castigo físico sufrido en edades tempranas de manera sistemática pueden inhibir la capacidad de los adolescentes para reflexionar de forma adecuada sobre la naturaleza de sus experiencias de apego, ya que se centran en las vivencias de maltrato prioritariamente (Allen et al., 2007). Consecuentemente, la inhibición de la capacidad reflexiva merma la adecuada internalización de normas, así como también el desarrollo de la capacidad de empatía y de mostrar afecto y preocupación por el resto, y genera que los sujetos establezcan compromisos débiles hacia las instituciones y convenciones sociales de forma sostenida (Hoeve et al., 2012).

A partir de lo mencionado anteriormente, se desprende la idea de que los estilos de apego inseguro se constituyen como un factor de riesgo relacionado a la manifestación de síntomas psicopatológicos de tipo internalizante y externalizante en la adultez (Jinyao, et al., 2012; Siegel, 1999). En ese sentido, se considera particularmente importante evaluar variables asociadas a la prevalencia de psicopatología, como lo son los estilos y dimensiones de apego adulto.

Particularmente en el contexto latinoamericano, como también a nivel mundial, distintas investigaciones han reportado y avalado hallazgos que indican que los problemas de salud mental en universitarios constituyen una problemática de relevancia actual (Czernik, Jiménez, Morel & Almirón, 2006; Riveros, Hernández & Rivera, 2007; Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002, Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2005) en la cual sintomatología relacionada a ansiedad y depresión resalta como predominante (Arrieta, Díaz & González, 2014). Dicha problemática podría relacionarse directamente a la presencia de una serie de factores de riesgo, tales como el estrés ligado al estudio universitario, historial psicopatológico previo y dificultades en la elección vocacional, así como también a problemas adaptativos, experiencias vitales tempranas y propias de la edad, y estructuras de personalidad (Campo-Cabal & Gutierrez, 2001).

Considerando que Perú es el segundo país latinoamericano con mayor número de universidades después de Brasil (Monzón, 2014) la población universitaria se erige como una importante a tener en cuenta para el análisis de variables asociadas a los

respectivos niveles de presencia de psicopatológica, como los estilos y dimensiones de apego adulto. En ese sentido, resulta relevante trabajar dicha asociación de manera que los hallazgos aporten eventualmente en la línea de ser considerados en la elaboración de propuestas integrales de prevención en salud mental para la población mencionada.

En el contexto nacional, dos investigaciones realizadas en la ciudad de Lima han dado cuenta de la presencia de sintomatología psicopatológica en estudiantes universitarios, predominantemente de tipo internalizante. Un estudio en el que se evaluó a 225 alumnos de medicina de una universidad privada de Lima, identificó que el 46.6% de los estudiantes experimentaban síntomas psicopatológicos donde resaltaban los relacionados a ansiedad (Galli, Noriega & Murguía, 2002). De otro lado, la investigación realizada por Galli (2005) con 71 estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima con edades entre 17 y 25 años reportó que un 40% de la muestra presentaba elevados niveles de sintomatología psicopatológica configurándose como predominante la de tipo ansiosa y depresiva.

Las investigaciones mencionadas destacan que los principales factores que explicarían la experimentación de psicopatología estarían relacionados tanto a las posibles situaciones estresantes vivenciadas por los estudiantes, como a ciertas características de personalidad de los mismos (Galli, Noriega & Murguía, 2002). En la misma línea, si bien las investigaciones reportadas resaltan la prevalencia de la sintomatología psicopatológica en población universitaria en nuestro contexto, estas también dan cuenta de la necesidad de obtener data de prevalencia más reciente y de extender la investigación a muestras representativas de contextos fuera de Lima. En esa línea, en el presente estudio se considerará a población perteneciente a la ciudad de Cusco para el análisis, ya que ha reportado ser la cuarta ciudad con mayor tasa de matrícula a educación superior de mujeres y hombres de 17 a 24 años de edad (INEI, 2018).

Particularmente en el contexto nacional no existe mucha bibliografía respecto a variables psicológicas que describan a universitarios cusqueños. Sin embargo, una investigación reciente (que analiza la misma data de la presente investigación) realizada por Dammert (2018) reportó que los universitarios cusqueños tuvieron las puntuaciones más altas en conductas externalizantes (comportamiento agresivo y transgresor) en comparación con los participantes de otras cinco ciudades. Ello indicaría que los universitarios cusqueños serían más propensos a la hostilidad e irritabilidad, así como a tener discusiones verbales y agredir físicamente a otros (Dammert, 2018), lo cual podría

configurarse como un factor de riesgo relacionado a los estilos de apego específicos de estos estudiantes.

En la misma línea, en un estudio previo, Villasante (2007) reportó que una característica destacada de los estudiantes de una universidad pública de Cusco era que estos presentaban diversidades étnicas y culturales, donde la lengua materna difería en distintos casos (quechua, aimara, lenguas amazónicas o español). Así, se centró específicamente en la descripción de los estudiantes de origen indígena, que forman parte del global de estudiantes y que se encontrarían formando también parte de la muestra en la presente investigación. Respecto a ellos, el autor señala que la mayoría reporta que sus problemas tienen que ver con los contenidos y con las metodologías de aprendizaje, con la pérdida de su identidad étnica y con sus estrategias de subsistencia (Villasante, 2007), los cuales también podrían configurarse como un factor de riesgo para el desarrollo de ciertos síntomas psicopatológicos en algunos estudiantes de las universidades públicas de Cusco.

En función de lo propuesto teóricamente, la presente investigación busca explorar la relación entre los estilos de apego adulto propuestos por Bartholomew y Horowitz (1991) y la presencia de sintomatología internalizante relacionada a la depresión, ansiedad y somatización, y sintomatología externalizante referida a conducta transgresora y conducta agresiva en estudiantes universitarios de una universidad pública de Cusco entre los 18 y 25 años. Como objetivo específico se busca explorar la relación entre las dimensiones ansiedad y evitación, y la presencia de sintomatología psicopatológica.

Para este propósito, se evaluó a los sujetos en un solo momento de manera grupal en un centro de estudios particular de la ciudad de Cusco. Es importante indicar que esta investigación se desarrolla en el marco del proyecto “Apego y psicopatología en jóvenes universitarios: el rol de la regulación emocional” desarrollado por el grupo “Relaciones vinculares y desarrollo socioemocional” que hace uso de la data con propósitos similares de investigación, pero a un nivel más amplio. En ese sentido, el presente estudio utiliza solo una parte de la data total, que corresponde a la ciudad de Cusco y, además, solo hace uso de dos instrumentos que conforman la batería total de pruebas.

Método

Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por 164 estudiantes de una universidad pública de Cusco, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años ($M = 20.51$, $DE = 2.07$). Participaron 97 mujeres (59.1%) y 67 varones (40.9%), cuyos años de ingreso a la universidad correspondían a los años 2009 a 2016. Asimismo, gran parte de los estudiantes pertenecía a carreras que podrían ser consideradas de letras (73.7%). La mayoría de participantes vivió con su madre (90.9%) y padre (73.2%) biológicos durante sus primeros 16 años. En la actualidad, la mayoría reportaba continuar viviendo con su madre (83.9%) y con su padre (65.1%). De otro lado, cabe mencionar que como parte de la ficha de datos sociodemográficos (Apéndice B) se recogió también información sobre el nivel socioeconómico y el estado migratorio de los estudiantes; sin embargo, esta no se tomó en consideración para el reporte de datos sociodemográficos dada la gran cantidad de datos perdidos.

La muestra fue conformada mediante una invitación abierta a estudiantes de pregrado matriculados en distintas facultades del centro universitario. Se buscó que todos los participantes se encontraran dentro del rango de edad entre 18 y 25 años y, además, se procuró tener una distribución en la que la mayoría de ellos no fuese de la facultad de psicología, con el fin de evitar sesgos en la data. En todos los casos, la participación fue libre y voluntaria, lo cual se confirmó con la firma de un consentimiento informado (Apéndice A) previamente revisado y aprobado por la institución universitaria. A través del mismo, los participantes tuvieron conocimiento sobre los fines de la investigación, sobre su libertad de participación y sobre la confidencialidad de la información brindada. Adicionalmente, se informó sobre la posibilidad de retirarse en cualquier momento y se refirió un contacto con el cual comunicarse en caso requirieran información adicional.

Medición

La medición de los estilos de apego adulto se realizó utilizando la versión adaptada al español (Alonso-Arbiol, 2000) del Relationship Questionary (RQ), originalmente propuesto por Bartholomew y Horowitz (1991). Dicho instrumento permite dar cuenta de las características de relaciones cercanas que un individuo puede llegar a tener en la adultez. Permite evaluar las dimensiones del apego adulto ansiedad y evitación. El cuestionario consta de cuatro párrafos, cada uno de ellos representa las

descripciones prototípicas de los cuatro estilos de apego –seguro, rechazante, preocupado y temeroso- propuestas por Bartholomew y Horowitz (1991).

Los participantes deben asignarle a cada párrafo una puntuación que refleje su identificación con cada uno de ellos, utilizando una escala Likert de 7 puntos, en la que 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es totalmente de acuerdo. Finalmente, deben dar cuenta del párrafo con el que se sienten más identificados. La puntuación en la dimensión ansiedad corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una alta ansiedad hacia las relaciones (temeroso y preocupado) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una baja ansiedad hacia las relaciones (seguro y rechazante) (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011). De otro lado, la puntuación en la dimensión evitación, por su parte, corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (rechazante y temeroso) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (seguro y preocupado) (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011).

La versión adaptada del RQ (Alonso-Arbiol, 2000) reporta evidencias de validez de constructo, ya que tras realizar el análisis factorial de componentes principales, se encontró dos factores independientes: *evitación* y *ansiedad* ($r = -.01$) (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011), que a su vez guardan correspondencia con los propuestos en la versión original del instrumento (Bartholomew, 1990).

De otro lado, el RQ ha mostrado evidencias de validez convergente en el contexto Latinoamericano (Echevarría & Auvert, 2007) al establecer correlaciones positivas moderadas entre el estilo de apego preocupado y la dimensión ansiedad de Brennan ($r = .33, p = .01$), y de igual forma entre el estilo de apego temeroso y la dimensión evitación de la misma prueba mencionada ($r = .34, p = .01$). Adicionalmente, el RQ ha presentado una alta relación con el Adult Attachment Styles (AAS) de Hazan y Shaver (Crowell & Treboux, 1995).

El RQ también ha reportado evidencias de validez de criterio al correlacionar con el Parental Bonding Inventory (PBI; Parker et al., 1979). Así, González y Méndez (2006) reportan que la subescala de apego seguro del RQ obtuvo una correlación positiva con la subescala de cuidado materno del PBI ($r = .23, p = .01$). Asimismo, los autores mencionan que la subescala de apego ansioso correlacionó positivamente con la subescala de sobreprotección materna del PBI ($r = .23, p = .01$).

Respecto a la confiabilidad, el presente instrumento reportó evidencias de confiabilidad test-retest tras dos aplicaciones con un intervalo de separación de ocho meses, evidenciando correlaciones de .72 a .96 para los cuatro estilos de apego (Crowell & Treboux, 1995).

En el presente estudio, el instrumento evidenció un funcionamiento esperado en la línea de las relaciones establecidas teóricamente entre los estilos y las dimensiones del apego adulto. Así, se encontraron correlaciones inversas y moderadas entre el estilo de apego seguro y las dimensiones ansiedad ($r = -.43, p = .00$) y evitación ($r = -.44, p = .00$). El estilo de apego rechazante correlacionó inversa y moderadamente con la dimensión ansiedad ($r = -.57, p = .00$) y directa y moderadamente con la dimensión evitación ($r = .60, p = .00$). El estilo de apego preocupado correlacionó directa y moderadamente con la dimensión ansiedad ($r = .52, p = .00$) e inversa y moderadamente con la dimensión evitación ($r = -.41, p = .00$). Finalmente, el estilo de apego temeroso correlacionó directa y moderadamente con las dimensiones ansiedad ($r = .42, p = .00$) y evitación ($r = .46, p = .00$).

La presencia de sintomatología psicopatológica fue evaluada mediante la versión en español del Adult Self Report (ASR) propuesta por Achenbach y Rescorla (2003), el cual es un cuestionario de auto-reporte para adultos de edades comprendidas entre 18 y 59 años. Dicho instrumento está basado en el modelo de clasificación de la patología por síndromes que permite reportar el propio funcionamiento adaptativo, problemas adaptativos y el consumo de sustancias (Achenbach & Rescorla, 2003). El ASR consta de cuatro escalas: escala de síndromes (dividida en internalizante y externalizante), escalas orientadas al DSM, escala de funcionamiento adaptativo y escala de uso de sustancias. En el presente estudio se trabajó solo con ciertas subescalas de las dos primeras escalas mencionadas, ya que aportan al propósito de la investigación. De las subescalas de Síndromes, se trabajó con “Ansioso/Depresivo” (18 ítems), “Quejas somáticas” (12 ítems), “Comportamiento agresivo” (15 ítems) y “Comportamiento trasgresor” (14 ítems). De las subescalas de DSM, se trabajó con “Problemas depresivos” (14 ítems), “Problemas de ansiedad” (7 ítems), “Problemas somáticos” (9 ítems), y “Problemas de personalidad antisocial” (20 ítems).

El ASR consta de 126 ítems que cuentan con distintos formatos de respuesta. Así, los evaluados completan redactando sus respuestas en ciertos ítems, mientras que en otros deben responder de acuerdo a escalas Likert de 0 a 2 puntos, donde 0

corresponde a “no es cierto”, 1 a “en cierta manera, algunas veces” y 2 a “muy cierto o cierto a menudo”.

El ASR ha reportado evidencias de validez de constructo al correlacionar con el Symptom Checklist-90- Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994), ya que todas las correlaciones entre las escalas de Síndromes y DSM del ASR y las escalas de somatización, ansiedad, depresión, y hostilidad del SCL, fueron altas, oscilando entre .69 y .78 (Achenbach & Rescorla, 2003).

El ASR presenta evidencias de confiabilidad test-retest con una muestra explorada en distintos momentos con una semana de intervalo; así, se obtuvieron correlaciones altas (de .77 a .94; $p = .01$) entre las escalas Síndrome y DSM (Achenbach & Rescorla, 2003). Asimismo, la prueba ha evidenciado alta consistencia interna en dichas escalas, que oscilan en Alphas de Cronbach de .73 a .92 (Achenbach & Rescorla, 2003).

El ASR ha sido adaptado a fin de obtener versiones para Latinoamérica. Tras la revisión de las versiones en español, se encontró una confiabilidad alta, obteniendo un coeficiente Alpha de Cronbach de .93. De igual forma, se reportaron coeficientes Alpha de Cronbach para las subescalas de síndromes que oscilaban entre .52 a .81; mientras que, específicamente para las subescalas amplias de síndrome, es decir, Externalizante e Internalizante, se encontraron coeficientes de .85 y .87, respectivamente (Samaniego & Vázquez, 2011).

En el presente estudio se reportó una confiabilidad adecuada para cada una de las subescalas del ASR. Así, se encontraron Alphas de Cronbach de .78, .63, .80 y .78 para las subescalas DSM “Problemas depresivos”, “Problemas de ansiedad”, “Problemas somáticos”, y “Problemas de personalidad antisocial”, respectivamente. Mientras que para las subescalas Síndromes “Ansioso/Depresivo”, “Quejas somáticas”, “Comportamiento agresivo” y “Comportamiento trasgresor” se encontraron Alphas de Cronbach de .86, .80, .83, y .72, respectivamente.

Procedimiento

La presente investigación se da en el marco del proyecto “Apego y psicopatología en jóvenes universitarios: el rol de la regulación emocional” desarrollado por el grupo “Relaciones vinculares y desarrollo socioemocional” de la PUCP. Dicha investigación hace uso de una base de datos resultante de una evaluación que se dio en seis sedes universitarias ubicadas en Cusco, Lima, Huaraz, Huancayo, Arequipa y

Cajamarca. En todos los casos, la aplicación se dio en un solo momento, previo consentimiento informado aprobado- en cada universidad y ciudad, respectivamente. En la presente investigación solo se hizo uso de la data correspondiente a los participantes de la ciudad de Cusco.

Durante la aplicación, se hizo uso de los instrumentos que responden a los objetivos de la investigación: Relationship Questionary (RQ; Alonso-Arbiol, 2000) y el Adult Self Report (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003). Ambos instrumentos formaban parte de una batería de pruebas que además constaba del Parental Bonding Inventory (PBI; Parker et al., 1979), Experiences en Close Relationships Revised (ECR-R; Fraley et al., 2000) y Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004). El orden de presentación de los instrumentos fue ASR, ECR-R, DERS, PBI y, finalmente, RQ. Para la realización de dicha aplicación, todos los aplicadores fueron previamente capacitados, declarándose aptos para el manejo de pruebas y para proceder con la aplicación de estas.

Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos realizados se ejecutaron mediante el software IBM SPSS Statistics 20. En primer lugar, se realizó el análisis de consistencia interna para cada una de las sub-escalas de Síndromes y DSM. La confiabilidad del RQ no pudo establecerse dada la estructura del instrumento (las respuestas de autoadscripción a cada estilo de apego se encuentran en escala nominal, lo cual no permite ejecutar el análisis de confiabilidad para las mismas). Por ello, se analizaron las correlaciones entre los estilos y las dimensiones de apego y, de tal forma, se corroboró un funcionamiento coherente con lo esperado teóricamente.

Posteriormente, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con el fin de explorar la distribución de los datos recogidos a partir de ambos instrumentos. En base a ello se logró determinar que la distribución de los puntajes del RQ fue no normal (Seguro, $ks = .14$; $p = .000$; Rechazante, $ks = .14$; $p = .000$; Preocupado, $ks = .14$; $p = .000$; Temeroso, $ks = .13$; $p = .000$; Ansiedad, $ks = .12$; $p = .000$; Evitación, $ks = .10$; $p = .000$).

De igual forma, la distribución de los puntajes en 7 subescalas del ASR fue no normal (Problemas Depresivos, $ks = .11$; $p = .000$; Problemas Ansiosos, $ks = .12$; $p = .000$; Problemas Somáticos, $ks = .18$; $p = .000$; Problemas de Personalidad Antisocial, $ks = .12$; $p = .000$; Síndrome Quejas Somáticas, $ks = .16$; $p = .000$; Síndrome

Comportamiento Agresivo, $k_s = .10$; $p = .000$; Síndrome Comportamiento Transgresor, $k_s = .15$; $p = .000$). Únicamente la subescala Síndrome Ansioso Depresivo ($k_s = .09$, $p = .002$), presentó una distribución normal.

Se realizó una revisión de la distribución y se evidenció la presencia de datos atípicos que constituían valores dudosos en relación a las medianas. Así, estos evidenciaban incongruencia que muy probablemente sería producto de la deseabilidad social o bien de desinterés por parte de los participantes al brindar las respuestas; a partir de ello, se procedió a eliminar el 10% de la data. Seguidamente, para responder al objetivo general, se corrieron correlaciones de Spearman entre los estilos de apego y las 8 subescalas del ASR. Finalmente, para responder al objetivo específico se realizó una correlación de Spearman entre las dimensiones de apego y las 8 subescalas del ASR.



Resultados

En primer lugar, se reportan los estadísticos descriptivos de los estilos y dimensiones de apego, y de las subescalas de psicopatología del ASR. En segundo lugar, se muestran las correlaciones obtenidas entre los estilos de apego adulto y las subescalas del ASR, que responden al objetivo principal de investigación. Finalmente, se muestran las correlaciones obtenidas entre las dimensiones de apego adulto y las subescalas del ASR, que responden al objetivo específico del presente estudio.

De acuerdo a los resultados prototípicos obtenidos, se evidencia que el 42.7% de los participantes reportó identificarse con el estilo de apego seguro, 37.8% con el estilo rechazante, 12.2% con el estilo preocupado y un 7.3% con el estilo temeroso. Al agrupar los resultados mencionados en la dicotomización categorial seguro – inseguro, un 57.3% de la muestra reporta identificarse más con un estilo de apego inseguro.

Descriptivamente (Tabla 1), se reportan puntajes de identificación más próximos al extremo superior en los estilos de apego seguro y rechazante, considerando que estos se encuentran en un rango entre 1 y 7. En contraste, los estilos de apego preocupado y temeroso reportan puntajes medios considerando el mismo rango. De otro lado, la dimensión ansiedad presenta una mediana de -2, ubicada en el segundo cuartil de un rango entre -12 y 12; mientras que la dimensión evitación presenta una mediana de .00 ubicada también en el segundo cuartil, considerando el mismo rango. Estos resultados indican que el grupo de participantes reportó bajos niveles de temor a la pérdida o abandono por parte de sus figuras de apego, y baja evitación al contacto social, respectivamente.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos Estilos y Dimensiones de Apego

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Intervalo de confianza</i>
Seguro	4.84	1.43	5	1	7	[4.62,5.06]
Rechazante	4.63	1.70	5	1	7	[4.37,4.90]
Preocupado	3.29	1.40	3	1	7	[3.07,3.50]
Temeroso	3.63	1.51	4	1	7	[3.40,3.87]
Dimensión Ansiedad	-2.55	3.06	-2	-12	7	[-3.03,-2.08]
Dimensión Evitación	.14	3.00	0	-9	7	[-.32,.60]

En relación a los puntajes obtenidos en las escalas que miden psicopatología (Tabla 2), se evidencia que los participantes reportan descriptivamente mayores puntajes en Problemas Ansiosos DSM (DSM2), seguido de las escalas Síndrome Ansioso/Depresivo ASR (ASR1) y Problemas Depresivos DSM1 (DSM1), tomando en cuenta que se encuentran en un rango entre 0 y 2. Asimismo, se evidencia que las escalas Problemas de Personalidad Antisocial DSM (DSM4) y Síndrome Comportamiento Transgresor ASR (ASR4) reportan descriptivamente menores niveles.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos Subescalas DSM y ASR

Subescala	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Intervalo de confianza</i>
DSM1	.52	.30	.50	.00	1.57	[.47,.57]
DSM2	1.07	.34	1.00	.29	2	[1.02,1.12]
DSM3	.45	.38	.33	.00	1.67	[.39,.50]
DSM4	.36	.23	.30	.00	1.05	[.32,.39]
ASR1	.67	.32	.61	.06	1.72	[.62,.72]
ASR2	.50	.35	.42	.00	1.75	[.44,.55]
ASR3	.53	.33	.47	.00	1.67	[.48,.58]
ASR4	.36	.25	.29	.00	1.14	[.32,.40]

Nota: DSM1= Problemas Depresivos DSM, DSM2= Problemas Ansiosos DSM, DSM3= Problemas Somáticos DSM, DSM4=Problemas de Personalidad Antisocial DSM, ASR1= Síndrome Ansioso/Depresivo, ASR2= Síndrome Quejas Somáticas, ASR3= Síndrome Comportamiento Agresivo, ASR4= Síndrome Comportamiento Transgresor.

Respecto al objetivo general, en la Tabla 3 se reportan relaciones significativas directas entre los estilos de apego preocupado y temeroso y todas las subescalas del DSM Problemas Depresivos (DSM1), Problemas Ansiosos (DSM2), Problemas Somáticos (DSM3) y Problemas de Personalidad Antisocial (DSM4), con excepción del estilo preocupado y DSM3. Dichos estilos de apego también correlacionaron directa y significativamente con todas las subescalas de Síndromes: Ansioso/Depresivo (ASR1), Quejas Somáticas (ASR2), Comportamiento agresivo (ASR3) y Comportamiento Transgresor (ASR4).

Tabla 3

Relación entre estilos RQ y subescalas ASR

Escala	DSM1	DSM2	DSM3	DSM4	ASR1	ASR2	ASR3	ASR4
Seguro	-.07	-.04	.02	.05	-.08	.02	-.02	-.00
Rechazante	.02	.12	.08	-.07	.05	.07	.03	-.09
Preocupado	.18*	.17*	.10	.14*	.23**	.14*	.14*	.20**
Temeroso	.27**	.24**	.17*	.22**	.24**	.23**	.21**	.26**

Nota: DSM1= Problemas Depresivos DSM, DSM2= Problemas Ansiosos DSM, DSM3= Problemas Somáticos DSM, DSM4=Problemas de Personalidad Antisocial DSM, ASR1= Síndrome Ansioso/Depresivo, ASR2= Síndrome Quejas Somáticas, ASR3= Síndrome Comportamiento Agresivo, ASR4= Síndrome Comportamiento Transgresor.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Respecto al objetivo específico (Tabla 4), se reportan relaciones significativas directas entre la dimensión Ansiedad y las subescalas Problemas Depresivos (DSM1), Problemas Ansiosos (DSM2), Problemas de Personalidad Antisocial (DSM4), Síndrome Ansioso/Depresivo (ASR1), Síndrome Comportamiento Agresivo (ASR3) y Síndrome comportamiento transgresor (ASR4). De otro lado, la dimensión Evitación correlacionó directamente con la subescala Problemas Ansiosos (DSM2).

Tabla 4

Relación entre dimensiones RQ y subescalas ASR

Escala	DSM1	DSM2	DSM3	DSM4	ASR1	ASR2	ASR3	ASR4
Dimensión Ansiedad	.23**	.15*	.07	.16*	.23**	.12	.14*	.25**
Dimensión Evitación	.09	.15*	.08	-.04	.08	.08	.07	-.03

Nota: DSM1= Problemas Depresivos DSM, DSM2= Problemas Ansiosos DSM, DSM3= Problemas Somáticos DSM, DSM4=Problemas de Personalidad Antisocial DSM, ASR1= Síndrome Ansioso/Depresivo, ASR2= Síndrome Quejas Somáticas, ASR3= Síndrome Comportamiento Agresivo, ASR4= Síndrome Comportamiento Transgresor.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Discusión

En primer lugar, se analizarán los resultados descriptivos obtenidos respecto a los estilos y dimensiones de apego adulto, y acerca de la presencia de sintomatología psicopatológica. En segundo lugar, se discutirán los hallazgos principales respecto al objetivo general de la investigación, que corresponden a las correlaciones reportadas entre los estilos de apego adulto y la presencia de sintomatología psicopatológica. Finalmente, se analizarán las asociaciones entre las dimensiones de apego adulto y la presencia de sintomatología psicopatológica, que responden al objetivo específico del estudio.

En relación a los estilos de apego adulto, los resultados correspondientes a los cuatro prototipos indican que, de manera general, los participantes reportaron identificarse en mayor medida con el estilo de apego seguro, en comparación a los estilos preocupado, temeroso y rechazante. Tal resultado sugeriría que dicha parte de la muestra se encuentra caracterizada por presentar un modelo positivo de sí mismo y un modelo positivo de los otros, lo que implicaría que experimentarían mayor autonomía y satisfacción en sus relaciones de apego. Así, se sentirían cómodos confiando en el resto y valorarían que el resto confíe en ellos (Bartholomew & Horowitz, 1991). De igual forma, mostrarían niveles más elevados de afecto positivo, gran cantidad de energía y placer, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía (Kerr, Melley, Travea & Pole, 2003).

A pesar de que los resultados prototípicos indican una mayor auto-adscripción al estilo seguro, la distribución de puntajes hallados en relación a los distintos estilos de apego difiere con la mayoría de investigaciones en contextos latinoamericanos y norteamericanos, ya que estas sugieren puntuaciones de auto-adscripción al apego seguro por encima del 50% (Sheinbaum et al., 2013; Schmitt et al., 2004; Yáñez-Yaben & Comino, 2011). Incluso, en el contexto nacional, una investigación reciente con el instrumento RQ ha reportado una mayor auto-adscripción al estilo seguro (75%), pero en el contexto limeño (Hidalgo, 2017).

La particularidad de la distribución de puntajes hallados en la presente investigación queda claramente evidenciada en la dicotomización seguro-inseguro la cual indica que una gran parte de los participantes (57.3%) refiere identificarse más con algún estilo de apego inseguro: rechazante, preocupado o temeroso. Al respecto, factores asociados al establecimiento de un apego inseguro son las experiencias de maltrato o abuso, los eventos traumáticos o las relaciones de pareja insatisfactorias

(Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000). De igual forma, los cambios en el contexto social, la pobreza, el bajo nivel socioeconómico, la monoparentalidad y la violencia doméstica (Huth-Bocks et al., 2004) han sido vinculados al desarrollo de un estilo de apego inseguro. En esa línea, se considera que las puntuaciones descriptivas de los estilos de apego obtenidas en la presente investigación podrían diferir de investigaciones previas por características propias de la muestra relacionadas a los factores previamente mencionados. Sin embargo, se necesitan más estudios que hagan énfasis en características sociodemográficas de estudiantes universitarios de la zona andina para establecer comparaciones.

Respecto a las dimensiones de apego adulto, las puntuaciones reportan que la mayoría de participantes presentaba niveles bajos en las dimensiones ansiedad y evitación, es decir, el grupo poseía escaso temor a la pérdida o abandono por parte de sus figuras significativas, así como baja tendencia a evitar el contacto social. Por lo tanto, se podría plantear que la muestra del estudio estaría caracterizada por estudiantes que mantienen un concepto positivo de sí mismos y que recurren a otros significativos como fuentes de soporte. Estas características a su vez indicarían que los estudiantes de la muestra presentarían una mejor regulación emocional en momentos de estrés (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2016). Estos resultados se corresponden con lo reportado en investigaciones en el contexto nacional tanto con estudiantes universitarios de distintas ciudades, como con estudiantes de maestría (Dammert, 2018; Hidalgo, 2017).

De otro lado, los resultados descriptivos de sintomatología psicopatológica indican que los estudiantes presentaban predominantemente sintomatología ansiosa y depresiva, en comparación a otros síntomas psicopatológicos. Ello se corrobora en ambas escalas del instrumento que fueron utilizadas en el presente estudio, es decir, tanto en aquella correspondiente a síndromes, como en aquella correspondiente al DSM. Así, en general la muestra reporta mayor presencia de sintomatología de tipo internalizante, es decir, aquella relacionada a problemas con el self, en comparación con sintomatología externalizante. En esa línea, lo hallado muestra correspondencia con resultados de investigaciones en el contexto latinoamericano, los cuales indican que estudiantes universitarios reportan predominantemente experimentación de síntomas ansiosos y depresivos (Arrieta et al., 2014; Balanza, Morales & Guerrero, 2009). Como se ha señalado en investigaciones previas, la presencia de dichos síntomas en la muestra podría deberse a la interacción entre factores de riesgo para la ansiedad y depresión,

tales como el sexo, antecedentes personales y familiares, pérdidas, separación de los padres, consumo de sustancias, etc.; y a aquellos relacionados a poner a prueba las competencias y habilidades para alcanzar objetivos durante la formación universitaria, tales como grandes cargas de exigencias académicas, evaluaciones, presiones familiares, económicas y sociales, etc. (Arrieta et al., 2014).

En relación al objetivo general de la investigación, el hallazgo principal corresponde a que se corrobora que los estilos de apego preocupado y temeroso guardan relación con sintomatología psicopatológica de tipo internalizante en el presente grupo de participantes, tal como se esperaba teóricamente. En ese sentido, los universitarios caracterizados con esos estilos, presentarían mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y somática, cuyo desarrollo se encontraría fundado en la representación negativa que estos tendrían de sí mismos. Ello, a su vez, es congruente con lo reportado respecto a la inseguridad en el apego, ya que las particularidades que caracterizan a los individuos con estilos de apego inseguro, tales como el mantenimiento de un autoconcepto negativo, inadecuadas estrategias de regulación emocional y una baja calidad en sus relaciones, conllevan a un mayor desarrollo de síntomas psicopatológicos a lo largo del ciclo vital (Lorenzini & Fonagy, 2014).

Particularmente, lo hallado en relación a sintomatología depresiva coincide con investigaciones que han utilizado el instrumento RQ en muestras no clínicas, en las que se reporta que predominantemente los participantes auto-adscritos a los estilos preocupado y temeroso suelen reportar mayores niveles de sintomatología depresiva en contraste con los estilos seguro y temeroso (Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson & Lyons-Ruth, 2016; Simonelli et al., 2004). Ello podría deberse a que el componente autocrítico en los estilos preocupado y temeroso, se configura como un factor clave en el desarrollo de síntomas depresivos, tal como se ha sugerido en investigaciones previas (Murphy & Bates, 1997). De igual forma, temas predominantes en la experimentación de síntomas depresivos, serían aquellos relacionados a la pérdida y deficiencia de uno mismo.

En contraste, la experimentación de los síntomas ansiosos por parte de los estudiantes estaría relacionada al miedo a la pérdida futura y/o al miedo al rechazo. Ello es congruente con lo reportado en investigaciones con población universitaria, en las que se halló que los individuos caracterizados por estilos preocupado y temeroso reportaban experimentar mayor ansiedad, ya que estos tendían a anticipar la posibilidad de que les ocurra algún evento estresor (Jinyao et al., 2012). Este resultado se entiende

también desde la línea de experimentación predominante de emociones negativas por parte de individuos con estilos de apego temeroso y preocupado, ya que se ha reportado que estos suelen sentir alta ansiedad, preocupación, rabia, miedo y estrés (Garrido-Rojas, 2006).

Lo hallado en relación a la sintomatología somática guarda relación con lo reportado por una reciente investigación en el contexto latinoamericano, en la que de igual forma se reporta que sobre todo individuos de estilo temeroso expresarían, en mayor medida, malestares emocionales a través de síntomas físicos (Pinto-Cortez, Beyzaga, Cantero, Oviedo & Vergara; 2018). Así, los estudiantes de la muestra podrían utilizar la somatización como mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual, convertirían el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención de los conflictos psicológicos que les podrían estar generando ansiedad.

Continuando en la línea del objetivo general, se encontró que los estilos temeroso y preocupado también se relacionan con la sintomatología internalizante, mas no con el estilo rechazante, como se esperaba teóricamente. Los resultados sugerirían que los individuos que mantienen una visión negativa de sí mismos y una visión positiva de los otros, evidencian mayor tendencia a dirigir su conducta externamente (hacia otros), y a evidenciar conductas trasgresoras hacia el ambiente externo donde predomina el quiebre de normas. Ello podría deberse a que individuos de estilo temeroso suelen relacionarse y aproximarse a otros mediante la búsqueda de aprobación y valoración lo cual podría llevarlos a mostrar comportamientos llamativos como parte de la búsqueda de atención socialmente observable, ya sea mostrando una conducta violenta o transgrediendo las normas sociales (Allen et al., 2002). Los resultados mencionados encuentran sustento en un reciente meta-análisis de Madigan et al., (2016), que consideró 116 estudios, en los que se reporta que el estilo de apego temeroso se asociaba particularmente a síntomas externalizantes como problemas de conducta, oposicionismo, agresión e ira.

En relación al objetivo específico, se encontró que la dimensión ansiedad se relaciona de manera directa con las subescalas de sintomatología internalizante (relacionadas a depresión y ansiedad) y externalizante (relacionadas al comportamiento agresivo y transgresor). Un alto puntaje en la dimensión ansiedad implicaría una tendencia por parte de los estudiantes a hiperactivar la conducta de apego, evidenciando intentos enérgicos por obtener proximidad, soporte y amor en sus relaciones interpersonales. Así, la experimentación de sintomatología internalizante en la muestra

podría entenderse a través de características que presentarían los estudiantes, tales como la dificultad para calmarse frente a las adversidades, la dificultad para afrontar situaciones relacionadas a pérdida y deficiencia de uno mismo, y la tendencia a la anticipación de la ocurrencia de posibles eventos estresores. En contraste, respecto a la conducta externalizante, se podrían entender los cambios bruscos en el estado de ánimo, la irritabilidad y la hostilidad como vías para alcanzar la proximidad de la figura de apego (Dammert, 2018). Lo mencionado encuentra sustento en estudios previos en los que se ha establecido que el mantener una visión negativa del self y el mantenerse alerta ante posibles signos de rechazo o abandono, predeciría la aparición de sintomatología psicopatológica (McLewin & Muller, 2006). Adicionalmente, otros estudios sugieren que la relación entre la dimensión ansiedad y la presencia de sintomatología psicopatológica se encuentra mediada por ineficaces estrategias de regulación emocional (Read et al., 2018).

Continuando en la línea del objetivo específico, se encontró que la dimensión evitación solo se relaciona con una subescala de tipo internalizante relacionada a problemas de ansiedad, lo cual sugeriría que los estudiantes que tienden a desactivar la conducta de apego reportarían mayor presencia de síntomas ansiosos. Así, quedaría evidenciado que estos estudiantes tenderían a desconectarse de la ansiedad que experimentan en momentos de estrés negando la necesidad de apego y evitando la intimidad e interdependencia en sus relaciones. Ello se sustenta con estudios que ponen de manifiesto la manera en que individuos con altos puntajes de evitación afrontan las adversidades (Shaver & Mikulincer, 2016).

Los hallazgos principales de la presente investigación aportan empíricamente en la línea de establecer asociaciones entre la sintomatología de tipo internalizante y los estilos de apego en el contexto nacional, y sugieren que estudiantes caracterizados por presentar niveles elevados de ansiedad ante las separaciones y/o caracterizados por estilos de apego temeroso y preocupado presentarían mayores indicios de sintomatología psicopatológica de tipo internalizante y externalizante. Asimismo, lo hallado evidencia que la presencia de sintomatología relacionada a depresión y ansiedad predomina en esta población universitaria, tal como han reportado distintas investigaciones al respecto (Arrieta et al., 2014).

Respecto a las limitaciones del presente estudio, se podría pensar en una falta de representatividad de la muestra, en tanto probablemente se requería un tamaño de muestra más grande que permitiese asegurar una distribución representativa de la

población. De igual forma, la falta de estudios específicos sobre la población en cuestión, se considera una limitación en tanto no existen muchos elementos que aporten al análisis y discusión de las relaciones halladas en la presente investigación. A partir de ello, se considera necesario realizar más investigaciones que permitan definir características sociodemográficas, socioculturales y académicas en estudiantes de la zona andina, ya que esto permitiría profundizar en lo hallado en futuros estudios.

Finalmente, se sugiere que investigaciones futuras consideren la inclusión de otras variables que también han sido teóricamente vinculadas como mediadoras potenciales entre ciertos estilos/dimensiones de apego y sintomatología psicopatológica, puesto que podrían generar un efecto positivo en las potenciales correlaciones a obtener. Así, considerando la predominante prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en población universitaria, se sugiere que las líneas de investigación se centren precisamente en variables mediadoras entre los estilos de apego y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, las cuales podrían, a su vez, ser tomadas en cuenta por los departamentos psicopedagógicos para iniciar programas centrados en fortalecer dichas áreas en los estudiantes, tal como se viene haciendo en países latinoamericanos (Arrieta et al., 2014).

Se propone, entonces, que, en relación a la sintomatología depresiva, se consideren mediadores potenciales como autoestima, trauma y autocrítica reportados en distintas investigaciones, dado que dichos mediadores se encontrarían estrechamente relacionados a la visión que los individuos mantienen de sí mismos (Bifulco et al., 2002; Roberts et al. 1996; Scharfe, 2007; Wei, Shaffer, Young & Zakalik, 2005; Wei, Russell & Zakalik, 2005). De otro lado, en relación a la sintomatología ansiosa, se sugieren variables mediadoras potenciales como la incapacidad percibida para desarrollar estrategias eficaces de regulación emocional, la no aceptación de las emociones negativas y la incapacidad para controlar los comportamientos impulsivos (Marganska et al., 2013), ya que estas podrían ser incorporadas a programas de prevención que aborden la regulación de emociones en estudiantes universitarios.

En síntesis, los hallazgos de la presente investigación adquieren relevancia en tanto representan un aporte a la temática del apego considerando a su vez que la población tomada en cuenta para el estudio no ha sido muy investigada previamente. De igual forma, es importante mencionar que, si bien en el marco de numerosas investigaciones se ha dejado clara la existencia de una asociación entre los estilos inseguros y la presencia de sintomatología psicopatológica en adultos, no existe acuerdo

común respecto a qué estilo de apego se relaciona en mayor medida con la presencia de sintomatología de tipo internalizante y/o externalizante (Dozier et al., 1999; Mikulincer & Shaver, 2007), sino que las correlaciones halladas en distintos estudios varían de acuerdo a particularidades de la muestra. En ese sentido, los resultados hallados en la presente investigación se configuran como indicadores importantes del funcionamiento de la relación entre estilos de apego y sintomatología psicopatológica en estudiantes universitarios de la zona andina. Sin embargo, se considera relevante enfatizar que se requieren más investigaciones en el contexto nacional para continuar explorando tal compleja relación.



Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). Manual for the ASEBA adult forms & profiles. Research Center for Children, Youth, & Families, University of Vermont, Burlington, VT, USA.
- Ainsworth, M. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 10, 51–58.
- Allen, J., Marsh, P., McFarland, C., McElhaney, K., Land, D., Jodl, K., & Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 56–66. doi:10.1037/0022-006X.70.1.56
- Allen, J., Porter, M. & McFarland, C. (2007). The Relation of Attachment Security to Adolescents' Paternal and Peer Relationships, Depression, and Externalizing Behavior. *Child Development*, 78, 4, 1222 – 1239.
- Alonso-Arbiol, I. (2000). *Atxikimendu insegurua eta genero rolak pertsonarteko mendekotasunaren korrelatu gisa*. Tesis doctoral no publicada, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián.
- Arrieta, K., Díaz, S., & González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223–263. doi:10.1080/14616730902814762
- Balanza, S., Morales, I. & Guerrero, J. (2009) Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y socio-familiares asociados. *Clínica y Salud*, 20 (2): 177-87.
- Barroso, O. (2011). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.

- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002) Adult attachment style: It's relationship to psychosocial depressive vulnerability. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Bowlby, J. (1964). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanitas.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Paidós, Psicología Profunda.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. España: Paidós.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal Working Models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Application*. New York: Guilford.
- Campo-Cabal, G. & Gutierrez, S. (2001) Psicopatología en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351-358.
- 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). doi.org/10.5093/cl2014a6
- Ciechanowski, P; Walker, E; Katon, W. & Russo, J. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*.
- Cooper, R. M., Rowe, A. C., Penton-Voak, I. S., & Ludwig, C. (2009). No reliable effects of emotional facial expression, adult attachment orientation, or anxiety on the allocation of visual attention in the spatial cueing paradigm. *Journal of Research in Personality*, 43, 643-652.
- Cortez, M. (1999). Formación universitaria e identidad étnica de los estudiantes indígenas ingresantes a la UNMSM. Lima: Facultad de Lingüística de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cortina M. & Liotti, G. (2003). "Hacia un modelo pluralista de la motivación humana basado en el paradigma del apego". N° 15. WWW. Aperturas psicoanalíticas,
- Crowell, J. & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4, 294-327.
- Cyr, C., & Alink, L. R. A. (2017). Child maltreatment: The central roles of parenting capacities and attachment. *Current Opinion in Psychology*, 15, 81-86.

- Czernik, S., Jiménez, S., Morel, M. & Almirón L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 274-290.
- Dammert, S. (2018). *Apego adulto y conductas externalizantes en un grupo de jóvenes universitarios de seis ciudades del Perú*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/12762>
- Dinger, U., Barrett, M.S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A.G., Renner, F., Zilcha-Mano, S., & Barber, J.P. (2015). Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*, 71 1, 93-104.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. & Albus, K. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy, and P.R. Shaver (eds), *Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications*, 2nd edition, pp. 718-744. Nueva York.
- Echevarría, Q. & Auvert, N. (2007). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apego Adulto sobre Relaciones (Relationship Questionnaire) en población venezolana. *Universidad Rafael Urdaneta*. En: 200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-07-01439.pdf
- Fernández-Fuertes, A. Begoña, O. Fuertes, A. & Carcedo, R. (2011). La evaluación del apego romántico en adolescentes españoles: validación de la versión reducida del Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R). *Anales de Psicología*, 27() 827-833. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720048030>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. New York: The Analytic Press.
- Fraley, R. & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132-154.

- Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 1, 55-66.
- Galli, A., Noriega, S. & Murguía, M. (2002). *Programa de prevención del estrés en alumnos de primer año de una universidad privada*. Manuscrito no publicado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 493-507.
- González, L. & Méndez, L. (2006). Relación entre Autoestima, Depresión y Apego en Adolescentes Urbanos de la Comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24, 5-14. 0716-6184.
- Hankin, B., Kassel, J., & Abela, J. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 136–151.
- Hidalgo, B. (2017). *Dimensiones y estilos del apego adulto y diferenciación del self en adultos de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/8878>
- Hoeve, M., Stams, G., van der Put, C., Dubas, J., van der Laan, P. & Gerris, J. (2012). A Meta-analysis of Attachment to Parents and Delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 771-785. doi: 10.1007/s10802-011-9608-1
- Huth-Bocks, A., Levendosky, A., Bogat, G. A. & von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant – mother attachment. *Child Development*, 75, 480-496.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2018). *Perú: Indicadores de Educación por departamento, 2007 – 2017*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf
- Jinyao, Y., Xiongzhaio, Z., Auerbach, R., Gardiner, C., Lin, C., Yuping, W., & Shuqiao, Y.(2012). Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomology. *Depression and Anxiety*, 29(9), 789-796.
- Kerr, S., Melley, A., Travea, L. & Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style. *Individual Differences Research*, 1, 108-123.

- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development, 3*, 96–120. doi:10.1080/14616730010024762
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin, 142*(4), 367-399. doi:10.1037/bul0000029
- Marganska, A; Gallagher, M; & Miranda, R. (2013). Adult Attachment, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Depression and Generalized Anxiety Disorder.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid. Psimática.
- McLewin, L., & Muller, R. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 30*(2), 171-191. doi:10.1016/j.chiabu.2005.10.004
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1092–1106.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry, 11*(1), 11-15. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2016a). Adult Attachment and Emotion Regulation. En J. Cassidy & P. R. Shaver. (Eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. 507-533. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2016b). Attachment Processes and Emotion Regulation. En *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics and Change*. 187-225. New York: Guilford Press.
- Monzón, R. (2014). Perú es el segundo país en Sudamérica con más universidades. Perú 21. Recuperado de: <https://peru21.pe/politica/peru-segundo-pais-sudamerica-universidades-138982>
- Morales, S. & Santelices, M. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia psicológica, 25*(2), 163-172. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200007>

- Murphy, B. & Bates, G. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Person Individ*, 22, N° 6, pp. 835-844.
- Nielsen, S., Lonfedlt, N., Wolitzky-Taylor, K., Hageman, I., Vangkilde, S. & Daniel, S. (2017). Adult attachment and anxiety - The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*. 218, 253-259.
- Park, L., Crocker, J., & Mickelson, K. (2004). Attachment styles and contingencies of self-worth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1243-1254.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pinto-Cortez, C., Beyzaga, M., Cantero, M., Oviedo, X., & Vergara, V. (2018). Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 23-29. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.3.3
- Read, D., Clark, G., Rock, A., Coventry, W. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *PLoS ONE* 13(12): e0207514.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM*, 10, 91-175.
- Roberts, J., Gotlib, I., & Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 70(2), 310-320.
- Roisman, G., Rogosch, F., Cicchetti, D., Groh, A., Haltigan, J., Haydon, K., Holland, A., & D. Steele, R. (2017). Attachment states of mind and inferred childhood experiences in maltreated and comparison adolescents from low-income families. *Development and Psychopathology*. 29. 337-345.
- Samaniego, V. & Vázquez, N. (2011). Psicopatología en adultos, ¿coinciden los auto-reportes con los reportes de otros informantes?. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22, 407-416.

- Scharfe, E. (2007). Cause or consequence?: Exploring causal links between attachment and depression. *Journal Of Social And Clinical Psychology, 26*(9), 1048-1064.
- Schmitt, D., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., Bennett, K., et al. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and of other pancultural constructs? *Journal of CrossCultural Psychology, 35*(4). 367-402. doi: 10.1177/0022022104266105.
- Sheinbaum, T., Bedoya, E., Kwapil, T & Barrantes-Vidal, N. (2013). Comparison of selfreported attachment in young adults from Spain and the United States. *Psicothema, 25*(4), 514-519.
- Simonelli, L., Ray, W., & Pincus, A. L. (2004). Attachment models and their relationships with anxiety, worry and depression. *Counseling and Clinical Psychology Journal, 1*, 107–118.
- Stuart, S. & Noyes, R. (1999). Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*.
- Styron, T. & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect, 21*(10), 1015-1023.
- Thompson, R. (2016). Early Attachment and Later Development: Reframing the Questions. En *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. 330-348. New York: Guilford Press.
- Vicente, P., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005) Incidencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXIV*, 506-514.
- Waldinger, R; Schulz, M; Barsky, A & Ahern, D. (2006). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*.
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology, 52*(4), 591-601. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.591>
- Wei, M; Russel, D & Zakalik, R. (2005). Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, Loneliness, and subsequent depression for freshman college students: a longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 602-614.

Weinfield, N., Sroufe, L. A., y Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to Early Adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 7 (3), 695-702.

Yáñez-Yaben, S. & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.



Apéndices

Apéndice A: Protocolo de consentimiento informado para participantes

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por Magaly Nóblega de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer la relación que existe entre regulación emocional, distintos indicadores de malestar psicológico y las características de la relación con otros significativos de estudiantes universitarios peruanos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una batería de cuestionarios sobre estos temas, lo que le tomará un aproximado de 35 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria y la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Los cuestionarios resueltos por usted serán anónimos, por ello serán codificados utilizando un número de identificación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, y la información provista en los cuestionarios llenados serán utilizados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido y resolver dudas adicionales que pudiera tener sobre el mismo. Para esto, puedo comunicarme con Magaly Nóblega al correo mnoblega@pucp.pe, o al teléfono (01)626 2000 anexo 4547.

Nombre completo del (de la) participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

Dra. Magaly Nóblega Mayorga	Firma	Fecha
Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha

Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos

Datos Personales				
Edad		Sexo	Masculino	Femenino
Lugar de nacimiento		Edad de migración (De ser su caso)		
Año y semestre de ingreso a la universidad		Facultad en la que estudia		
Durante sus primeros 16 años, la mayor parte del tiempo usted vivió con (Puede marcar más de una opción.)		Madre biológica o alguna figura que cumplió ese rol.	Padre biológico o alguna figura que cumplió ese rol.	Otros
Actualmente usted vive con: (Puede marcar más de una opción)		Madre biológica o alguna figura que cumplió ese rol.	Padre biológico o alguna figura que cumplió ese rol.	Pareja
¿Actualmente tiene pareja?	Si	No	Si tiene pareja actualmente, ¿cuánto tiempo ha estado con ella?	
Si actualmente no tiene pareja, ¿ha tenido usted alguna pareja antes?	Si	No		

N1. ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó el jefe de hogar? (ACLARAR “COMPLETA O INCOMPLETA”)		
Sin educación/Educación inicial	Superior universitario incompleto	
Primaria incompleta o completa/Secundaria incompleta	Superior universitario completo	
Secundaria completa/Superior técnico completo	Post-Grado universitario	
Superior técnico completo		
N2. ¿Cuál de estos bienes o servicios tiene en su hogar que esté funcionando?		
Bien o servicio	Si	No
Computadora, laptop, tablet en funcionamiento		
Lavadora en funcionamiento		
Horno microondas en funcionamiento		
Refrigeradora/ Congeladora en funcionamiento		
Auto o camioneta solo para uso particular (NO TAXI NI AUTO DE LA EMPRESA)		
Servicio doméstico en el hogar pagado (MINIMO QUE VAYA AL HOGAR UNA VEZ POR SEMANA)		

N4. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda? (CONSIDERAR ÁREA CONSTRUIDA. RESPUESTA ÚNICA)	
Tierra / Otro material (arena y tablonos sin pulir)	
Laminado tipo madera, láminas asfálticas o similares	
Cemento sin pulir o pulido / Madera (entablados)/ tapizón	
Parquet o madera pulida y similares; porcelanato, alfombra, mármol	
Losetas / terrazos, mayólicas, cerámicos, vinílicos, mosaico o similares	
N5. ¿A qué sistema de prestaciones de salud está afiliado el jefe de hogar? (SI TIENE MÁS DE UNO CONSIDERAR EL DE MAYOR PUNTAJE. RESPUESTA ÚNICA)	
No está afiliado a ningún seguro/ Seguro Integral de Salud (SIS)	ESSALUD
Seguro Salud FFAA/ Policiales	Entidad prestadora de salud (EPS)/ Seguro privado de salud
N6. ¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores de su vivienda? (NO REVESTIMIENTO, ES EL MATERIAL. RESPUESTA ÚNICA)	
Estera	Madera/ Piedra con barro/ Quincha (caña con barro)/ Tapia/ Adobe
Piedra o sillar con cal o cemento	Ladrillo o bloque de cemento
N7. El baño o servicio higiénico que tiene en su hogar está CONECTADO a	
NO TIENE O NO ESTÁ CONECTADO A UN DESAGUE (SIN RED PÚBLICA)	SÍ ESTÁ CONECTADO AL DESAGUE (CON RED PÚBLICA)
No tiene baño	Baño compartido fuera de la vivienda. (Ejem: quintas, corralones, cuartos con baño compartido, etc.)
Baño que da a un pozo ciego, silo, letrina, pozo séptico, río, acequia o canal dentro o fuera del hogar	Baño dentro de la vivienda