

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

“ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES FORMALES DE LA EMPRESA NURSE AT HOME, DEL CANTÓN RUMIÑAHUI, EN EL AÑO 2019”

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

Autor:

Pozo Samaniego Maritza Estefanía

Tutor:

Dra. Calvo Rodríguez Marina Milagros. MSc

Quito 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Calvo Rodríguez Marina Milagros, con número de cédula 175692626-5 en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES FORMALES DE LA EMPRESA NURSE AT HOME, DEL CANTÓN RUMIÑAHUI EN EL AÑO 2019, desarrollado por Maritza Estefanía Pozo Samaniego, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicólogo General, ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, de del 2020



Dra. Marina Milagro Calvo Rodríguez MSc

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Psicología, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, de del 2020



Maritza Estefanía Pozo Samaniego

C.I: 172036571-5

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.**

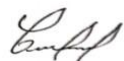
Yo, Maritza Estefanía Pozo Samaniego, declaro ser autor del proyecto de tesis, titulado “ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES FORMALES DE LA EMPRESA NURSE AT HOME, DEL CANTÓN RUMIÑAHUI, EN EL AÑO 2019”, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”. Autorizo al sistema de biblioteca de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del repositorio digital institucional (RDI-UTI).

Los usuarios de RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenio. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo acepto que los derechos de autor, morales y patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los días del mes de del 2020., firmo conforme:

Autor: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Firma: 

Número de Cédula: 172036571-5

Dirección: Tumbaco, Calle Gonzalo Pizarro y Pasaje Vincas

Correo electrónico: maritzapozoestefania@gmail.com

Teléfono: 0999015604

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES FORMALES DE LA EMPRESA NURSE AT HOME, DEL CANTON RUMIÑAHUI, EN EL AÑO 2019**, previo a la obtención del Título de Psicología General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:



.....

PRESIDENTE

Dr. Andrés Subía, M. Sc



.....

VOCAL 1

Lic. Jacqueline Gordon, M. Sc.



.....

VOCAL 2

Ps. Org. Paulina Guerra, M. Sc

Quito, 23 de Junio del 2020

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mis padres Elena Samaniego y Edwin Pozo, ya que gracias a su apoyo incondicional me han ayudado a culminar una etapa más en mi vida, me han enseñado a que la vida se encuentra plegada a varios retos y la Universidad ha sido uno de ellos.

A mis hermanos y a mi demás familia también por el apoyo que siempre me han brindado día a día.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por darme una familia maravillosa por el simple hecho de enseñarme a luchar por mis cosas, apoyarme en cada decisión y proyecto que tenga, me han enseñado que la universidad es de resistencia, y con la bendición de Dios la he culminado, sé que no ha sido fácil el camino, pero gracias a cada uno de mis seres queridos familia, profesores y amigos que no me dejaron vencer. También quiero agradecer a Mateo ya que gracias a su confianza, apoyo y cariño ha estado siempre conmigo guiándome, gracias gordito por tu apoyo.

En especial les agradezco y hago presente mi gran afecto y agradecimiento hacia ustedes.

Familia Pozo Samaniego.

ÍNDICE DE CONTENIDOS PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE

TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORIA	III
AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL TUTOR.....	IV
APROBACIÓN TRIBUNAL	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII

CAPITULO 1

EL PROBLEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
CONTEXTUALIZACIÓN.....	5
CONTEXTO MACRO.....	5
CONTEXTO MESO	6
CONTEXTO MICRO	6
MARCO CONCEPTUAL	8
ESTILOS DE APEGO	8
DEFINICIÓN.....	8
CLASIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO.....	10
APEGO INFANTIL.....	11
APEGO ADULTO.....	11
ESTADO ACTUAL.....	13
DESARROLLO- FORMACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO.....	19
VIDA ADULTA: APEGO ENTRE PARES	19
EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO.....	20

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LOS ESTILOS DE APEGO.....	21
ANHEDONIA SOCIAL	23
DEFINICIÓN DE ANHEDONIA SOCIAL.....	23
Evolución neurológica de la Anhedonia	26
Evolución conceptual.....	26
CLASIFICACIÓN DE LA ANHEDONIA	29
ANHEDONIA SOCIAL	29
ANHEDONIA FÍSICA.....	29
ANHEDONIA SEXUAL.....	30
ANHEDONIA TOTAL	30
ANHEDONIA MOTIVACIONAL	30
ANHEDONIA SOCIAL Y SALUD.....	31
ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES FORMALES	32
JUSTIFICACIÓN	35
OBJETIVOS	37
OBJETIVO GENERAL.....	37
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37

CAPITULO II

METODOLOGÍA	38
DISEÑO DEL TRABAJO.....	38
INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL	38
INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL.....	38
ÁREA DE ESTUDIO.....	38
ENFOQUE.....	38
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
ESTRUCTURA DE LA MUESTRA.....	39

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	41
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL APEGO ADULTO	41
ESCALA DE PLACER INTERPERSONAL ANTICIPATORIO Y CONSUMATORIO	45
PROCEDIMIENTOS PARA OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	46
ACTIVIDADES	46

CAPITULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS	48
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	48
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	50

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	55
DISCUSIÓN	56

CAPITULO V

PROPUESTA.....	58
TEMA DE LA PROPUESTA.....	58
JUSTIFICACIÓN	58
OBJETIVOS	59
GENERAL.....	59
ESPECÍFICOS	59
ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA	60
ARGUMENTACIÓN TEÓRICA.....	61
DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA	61

ACTIVIDAD 1.....	64
ACTIVIDAD 2.....	69
ACTIVIDAD 3.....	75
ACTIVIDAD 4.....	79
ACTIVIDAD 5.....	84
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Estado actual de los estilos de apego.....	13
Tabla La situación extraña de los estilos de apego.....	14
Tabla Clasificación de los estilos de apego según varios actores.....	17
Tabla Descripción de los participantes por edad.....	39
Tabla Descripción de los participantes según el sexo	40
Tabla Seguridad/inseguridad afectiva en función del análisis.....	44
Tabla Baremos estadísticos y descriptivos del cuestionario de apego adulto... ..	45
Tabla Nivel expresado de anhedonia social	46
Tabla Actividades principales de la investigación... ..	47
Tabla Descripción de los participantes según los estilos de apego... ..	48
Tabla Descripción de los participantes según la presencia de anhedonia social	49
Tabla Resumen de correlación chi-cuadrado... ..	50
Tabla cruzada escala 1... ..	51
Tabla Resumen de correlación chi-cuadrado estilo preocupado	51
Tabla cruzada escala 2... ..	52
Tabla Resumen de correlación chi-cuadrado estilo temeroso	52
Tabla cruzada escala 3... ..	53
Tabla Resumen de correlación chi-cuadrado estilo seguro	53
Tabla cruzada escala 4... ..	54
Tabla Resumen de correlación chi-cuadrado estilo alejado	54
Tabla Propuesta de talleres.....	61
Tabla Taller 1... ..	62
Tabla Taller 2... ..	67
Tabla Taller 3... ..	73
Tabla Taller 4... ..	77
Tabla Taller 5... ..	82

TABLA DE ILUSTRACIONES

Gráfico Descripción de los participantes según edad.....	40
Gráfico Descripción según el sexo.....	41
Gráfico Descripción porcentual de la muestra estudiada en los estilos de apego	48
Gráfico Descripción porcentual de la muestra estudiada según la presencia de anhedonia social.....	49

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA FACULTAD DE
CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA**

RESUMEN EJECUTIVO

TEMA: “ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES
FORMALES DE LA EMPRESA NURSE AT HOME, DEL CANTÓN
RUMIÑAHUI, EN EL AÑO 2019”

AUTOR: Maritza Pozo
TUTOR: Dra. Marina Calvo

*Autorizado para Abstract.
31/5/2020*

RESUMEN:

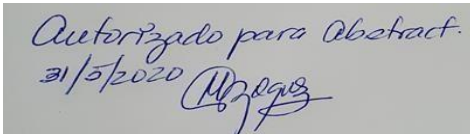
La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre Estilos de Apego y Anhedonia Social en cuidadores formales de la empresa Nurse at Home del cantón Rumiñahui en el año 2019. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental y de campo, contando con una población conformada por 104 cuidadores formales entre hombre y mujeres con edades comprendidas entre 20 a 60 años. Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos psicológicos, el Cuestionario de Apego de Melero y Cantero para identificar los Estilos de Apego y la Escala de Placer Interpersonal Anticipatorio y Consumatorio (ACIPS) para medir el nivel de Anhedonia Social. El análisis de la información recopilada se realizó mediante el uso del programa estadístico SPSS, obteniéndose mediante la correlación de Pearson que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Tomando en consideración los resultados obtenidos se realiza una propuesta de intervención a desarrollar con los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home.

PALABRAS CLAVES: Estilos de apego, Anhedonia Social, Cuidadores Formales.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA FACULTAD DE CIENCIAS
HUMANAS Y DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA**

EXECUTIVE SUMMARY

THEME: “STYLES OF APEGO AND SOCIAL ANHEDONY IN FORMAL CAREERS OF THE COMPANY NURSE AT HOME, OF THE CANTON RUMIÑAHUI, IN THE YEAR 2019”



Autorizado para Abstract.
21/5/2020

AUTHOR: Maritza Pozo

TUTOR: Dra. Marina Calvo

EXECUTIVE ABSTRACT:

The objective of this research was to determine the relationship between Attachment Styles and Social Anhedonia in formal caregivers of the Nursing company in the home of the Rumiñahui canton in 2019. The study had a quantitative, correlational, non-experimental and field approach, counting with a population made up of 104 formal caregivers between men and women aged between 20 to 60 years. Two psychological instruments will be used for data collection, the Melero and Cantero Attachment Questionnaire to identify Attachment Styles and the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) to measure the level of Social Anhedonia. The analysis of the information collected was performed using the SPSS statistical program, obtaining through the Pearson correlation that there is a statistically significant correlation between the variables studied. Taking into account the results obtained, an intervention proposal is made to develop with the formal caregivers of the company Home Nurse.

KEY WORDS: Attachment styles, Social Anhedonia, Formal Caregivers.

INTRODUCCIÓN

El estudio del apego aporta elocuentemente a los conocimientos sobre el desarrollo infantil y su relación con su medio social, pues en la Teoría del Apego, de la cual se desprende este término, centra su atención en el primer vínculo socio afectivo que el niño establece con aquella figura que se encarga de sus cuidados físicos y afectivos; se considera que a partir de esta relación, usualmente conformada por madre e hijo/a, el infante construye esquemas de conducta que pueden replicarse continuamente en sus relaciones futuras. Por lo cual también se ha abordado el tema de la Anhedonia Social lo cual se manifiesta la falta de placer, lo cual resulta que es la incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de sus aspectos sociales. La presente investigación se encuentra estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I se describe el problema a investigar, junto con la contextualización (macro, meso y micro), los antecedentes investigativos que corroboran el trabajo, en este capítulo también se encontrarán la justificación y los objetivos.

En el Capítulo II específico la metodología usada para la recolección de datos y la descripción de las variables, el tipo de población y finalmente los instrumentos que se emplearon para la recolección de los datos.

En el Capítulo III se presentan los resultados estadísticos obtenidos a través de los instrumentos psicológicos, y el proceso estadístico de los mismos, centrándose en la observación detallada de la presencia de Anhedonia en los cuidadores formales y su estilo de apego correspondiente.

En el Capítulo IV se plantea las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los objetivos planteados.

En el Capítulo V se encuentra una propuesta de intervención diseñada sobre la base de su justificación, argumentación teórica y objetivos para tratar la problemática.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La responsabilidad que conlleva ser cuidador formal requiere ciertas cualidades, debido a las condiciones y demandas de su trabajo, ya que están en riesgo de sufrir afectaciones tanto físicas como psicológicas y estas pueden afectar el desempeño de su labor. Se han realizado numerosos estudios relacionados a esta profesión, estos estudios han resaltado que los algunos Estilos de Apego como el Temeroso o el Alejado contribuyen a la presencia de Anhedonia Social y a la sobrecarga del cuidador que a su vez ocasiona que el cuidado brindado no sea adecuado y efectivo, poniendo de manifiesto la necesidad de su estudio y del desarrollo de programas de intervención.

La relación entre Estilos de Apego y la Anhedonia Social se ha constituido en un campo de investigación en desarrollo en la actualidad.

Varios estudios, donde se ha evaluado la asociación entre los Estilos de Apego y las disposiciones interpersonales, han encontrado que las personas con apego evasivo expresan constantemente una preferencia por estar solos en lugar de afiliarse a otros; estos hallazgos sugieren que la falta de sociabilidad de los individuos con estos Estilos de Apego se asocia con altos niveles de Anhedonia Social. Estos estudios se han realizado en diversas poblaciones incluidos los cuidadores formales (Torres, 2008).

Los cuidadores formales están sometidos a exigencias incrementadas relacionadas con su propia actividad de cuidado, que los coloca en situaciones donde pueden verse afectados desde el punto de vista físico, como psicológico y social, que a su vez pueden influir negativamente en el desempeño de su labor. Se han estudiado numerosos aspectos relacionados con el cuidador, dentro de los cuales debemos destacar los relacionados con los Estilos de apego y la Anhedonia Social.

CONTEXTUALIZACIÓN

Contexto Macro:

En estudio realizado a nivel mundial, sobre autoestima, depresión y apego en Chile por Bravo y Loren (2006), el apego indiferente se presenta en un 28.9% de adolescentes, seguido del apego-preocupado con 28,3%, el apego seguro con 22,6% y el apego ansioso con un 20,1%, concluyendo que existe una asociación entre el Estilo de Apego seguro y una buena autoestima. Entonces, en ambas investigaciones realizadas se puede observar que existe un menor porcentaje de apego en la población adolescente, lo que implica que cuando no existe un apego seguro desarrollado el individuo no cuenta con mecanismos adecuados para el desarrollo de sus vínculos afectivos posteriores y otros aspectos relacionados, como el auto concepto y autoestima.

Con respecto al auto concepto en la investigación realizada por López (2015), en la Universidad Rafael Landívar de Guatemala con 46 estudiantes con edades entre 14 y 17 años, tiene como resultado que el 63% puntúa un auto concepto alto, el 35% un autoconcepto medio y el 2% un autoconcepto bajo, apreciando que el autoconcepto no tiene una relación directa con el fracaso escolar.

De lo investigado se puede recalcar que diversos autores han relacionado la Anhedonia con diferentes términos en los cuales se ha determinado que, en el estudio de motivación en la esquizofrenia, puede ser muy extensa y abarcar aspectos como la motivación intrínseca, la Anhedonia o el aplanamiento afectivo, sin embargo, los autores de algunos estudios recientes consideran que este déficit en el placer por las diversas ocupaciones tendría que ser definido de una mejor manera cuando se habla de la esquizofrenia como un vínculo de creencias relacionadas con el bajo placer que los participantes informan cuando se les interroga acerca de sus sentimientos en general (Strauss, 2013).

Sin embargo, el factor neurocognitivo representó 35% de la varianza, mientras que la motivación- Anhedonia fue un 13%. Puesto que las correlaciones en su mayoría se identificaron como independientes de las características de metodología y demografía de los estudios, esta variación podría explicarse por la diversidad observada entre los estudios de motivación y por el número de estudios considerados por cada metaanálisis, ya que 14 estudios informaron correlaciones entre funcionalidad y neuro cognición y 34 lo hicieron para la motivación-

Anhedonia.

Contexto Meso:

En los años 2013 y 2016 se realizaron los estudios por Child Development, lo cual estudian en niños de países como México, Colombia y Perú. Lo cual se observaron en los niños de entre tres y seis años junto a sus madres, interactuando en su ambiente natural. Para evaluar el tipo de apego se usó el instrumento AQS. En estos estudios al revisar los resultados es notorio que las madres que tienen un mayor número de edad presentan un apego más arraigado a sus hijos y más años de educación son más sensibles a las necesidades de sus hijos; además, que la calidad de las atenciones que brinda la madre afectan en el niño no solo en los años de infancia, sino también, durante la niñez e inicios de su adolescencia; se concluyó respecto a los niños que cursan el preescolar que estos tendrán confianza y seguridad en el caso en que reciban disponibilidad y buenas respuestas de parte de la madre (Posada, y otros, 2016, págs. 297- 305).

Respecto a los países latinoamericanos, una característica evidente fue que los niños evaluados presentan bajas puntuaciones en la dimensión de conductas referentes a la proximidad a la madre, así como también en la dimensión de placer en el contacto físico con la madre (Posada, y otros, 2013, pág. 1902).

En Latinoamérica no se han realizado investigaciones, en las que se pueda encontrar el término específicamente denominado Anhedonia, más bien existen varias investigaciones que mencionan este término al hablar de la motivación, es por esto que la presente investigación es de vital importancia para conocer los diversos niveles de esta variable en la población seleccionada.

Contexto Micro:

Según Ganchozo (2015), realizó una investigación de Estilos de Apego en la Universidad Técnica de Ambato, con 100 estudiantes de la edad de 13 a 15 años, lo que se ha obtenido como resultados que el 53% de los adolescentes tienen un Estilo de Apego inseguro evitativo, seguido de un 28% con un estilo de apego inseguro resistente, un 15% un Estilo de Apego desorganizado y el apego seguro con apenas un 4%, es decir, que lo óptimo sería que los distintos al presentar una dominancia en el Estilo de Apego inseguro se puede recalcar que la persona tiene ciertos momentos de frustración, es por esto que se debe desarrollar en su totalidad un estilo de apego seguro para que pueda desenvolverse de mejor

manera y sentirse mejor consigo mismo.

En el Ecuador no existen investigaciones con estas dos variables que son Estilos de Apego y Anhedonia Social, pero cabe recalcar que existen investigaciones, que han abordado de manera independiente estas variables, no se han encontrado estudios comparativos es por esta razón que se considera de suma importancia el estudio de este campo.

MARCO CONCEPTUAL

ESTILOS DE APEGO

Entre los años 1907-1920 surge una teoría que permite explicar las diferencias individuales respecto a cómo la gente piensa, siente y se comporta en las relaciones interpersonales, elaborada por John Bowlby y nombrada teoría del apego. Esta teoría hace mención a los vínculos emocionales que creamos con otros a lo largo de la vida, primero con nuestros progenitores, y después con nuestros amigos, la pareja y nuestros hijos.

Definición

El apego según Bowlby (1995) refiere que

Se considera más capacitado para enfrentar el mundo, la forma de conducta tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con el individuo. Lo cual resulta claro que la persona está asustada, cansada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados.

Este autor, destaca dentro de su concepto del apego, varias ideas centrales entre las cuales es importante mencionar:

- Existe una tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados.
- Es un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez.
- Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo.

Son complementados por nuevos lazos durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten. (Bowlby, 1995)

En esta teoría el apego se considera una dependencia personal ya que para el desarrollo de las actividades dentro de la vida diaria se necesita ayuda para la realización personal e interpersonal, lo cual se evidencia en que la persona en su entorno social necesita apegos seguros hacia otras personas y durante este proceso auto evoluciona en su interacción social.

Se debe tomar en cuenta que Bowlby ha sido el principal contribuyente dentro de la teoría del apego, por lo cual es un eje principal dentro de esta investigación, siendo así una fuente esencial para reconocer que siempre hay un vínculo emocional entre la persona y su cuidador.

En años posteriores Bowlby fue modificando su definición inicial sobre el apego destacando estos postulados:

La teoría del apego es una forma de conceptualizar el Estilo de Apego de los seres humanos lo cual cada uno de estos apegos crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas ya sea la madre o su cuidador, en algunos casos se producen como una consecuencia la separación indeseada y de la pérdida afectiva tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional. (Bowlby, 1977)

La teoría del apego es una forma de ligar con los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y mostrar diferentes maneras de expresar ya sean las emociones de felicidad o tristeza, depresión, enojo cuando son abandonados o viven una separación o alguna pérdida. (Bowlby, 1998)

Bowlby al principio manifestó que cuando una persona es cercana con la otra persona, mostrara un resguardo y sobre todo seguridad, por ende, cuando a los seres humanos nos trascurre algo fuerte tendemos a recurrir a la persona que tenemos apego.

Luego de las primeras definiciones de Bowlby, otros autores han realizado diversas contribuciones a la misma destacando diversos aspectos que pueden considerarse un complemento a esta teoría. Entre estos autores es importante señalar: "El apego es el lazo afectivo entre el niño y su cuidador, que une a uno y otro en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la cercanía y cuya inclinación subjetiva es la sensación de seguridad". (Ortiz y Yarnoz, 1993)

"Sistema de conducta con la interacción y sentimientos mediatizado un sistema conductual, cuando existe un lazo afectivo entre el niño y su cuidador". (Sroufe y Waters, 1977)

Es importante reconocer que es una conducta adoptada va más allá del sentimiento y el apego que se pueda tener. Un niño que presenta apego hacia su cuidador, pasara mucho más tiempo ya que presenta un vínculo muy fuerte, según varios

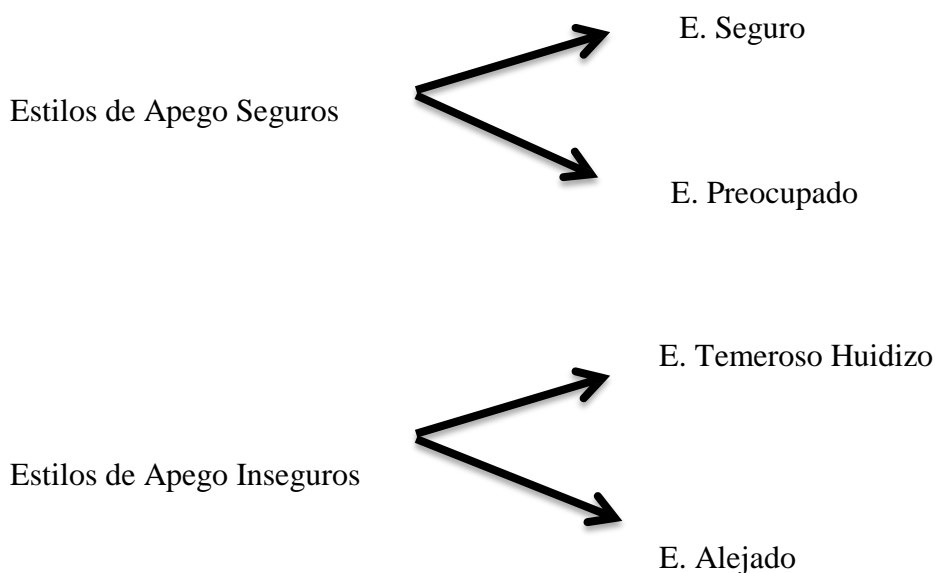
investigadores manifiestan que los bebés tienen una relación de apego con sus progenitores o cuidadores, lo cual es importante para su desarrollo social y emocional.

Es claro que esta teoría recalca la importancia primaria y las funciones biológicas de los vínculos íntimos y emocionales entre los individuos (sobre todo en la relación entre el niño y sus padres, pero también a lo largo del ciclo vital). Señala también la poderosa influencia que tienen las tempranas relaciones de apego en el desarrollo de la personalidad y, en algunos casos, en el origen de la psicopatología.

Clasificación de los Estilos de Apego

Silva (2013) genera una clasificación congruente a la división de dos grandes grupos subdividiéndolos en cuatro para clarificar la información dependiendo esta clasificación determina un gran avance dentro de la investigación en cuanto a la teoría del apego.

Clasificación de los Estilos de Apego



Fuente: (Silva, 2013).

Por otra parte, en los fundamentos de la teoría del apego existen dos grandes clasificaciones relacionadas con el apego: el apego infantil y el apego adulto, que serán descritas a continuación.

Apego Infantil. - Se enfatiza ciertas nociones teóricas sobre la teoría del apego de Bowlby, respecto a los vínculos tempranos entre el bebé y sus cuidadores. Estas ideas fueron retomadas por Slade (1999) destacando que “los vínculos tempranos son los más relevantes ya que él bebé nace con la predisposición de estar vinculados a su madre o cuidador, lo cual se organizara ya sea su comportamiento o pensamiento en función a la relación de apego, lo cual tendera a mantenerse aquellas relaciones incluso si esto implica es su propio funcionamiento”.

La predisposición de los bebés en sus primeros años de vida permite la interacción con sus cuidadores y propicia su desarrollo afectivo dentro de un conjunto de experiencias que darán fruto a la evolución interactiva del sujeto.

Cuando el niño pasa a su primer año de vida se manifiesta que ya tiene una larga experiencia racional con su figura de apego. Por lo tanto, cuando el niño en los tres, seis u ocho meses, muestran otras capacidades como el reconocimiento de la persona y el poder del recuerdo etc. Lo cual el niño ya va construyendo sus representaciones mentales de cómo son sus progenitores y cuál es su significado en cada situación. (Ortiz & Yáñez, 1993).

Apego Adulto: La teoría del apego recurre a un concepto de modelo operante, lo cual se explica que la tendencia sobre los estilos de apego infantil puede convertirse en una característica racional. Éste es definido por Bowlby (1988; 1995) lo cual se manifiesta que es una representación de sí mismo interactuando con una figura de apego en un entorno de una carga emocional.

Estos modelos influyen directamente en el modo en que un ser humano se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a sí mismo, el modo en que espera ser tratado, y el modo en que tratará a los demás cuando niño y, posteriormente, cuando ya sea adulto.

Según Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby; manifiesta que sería la primera en proponer que las diadas madre-hijo lo cual postulo que la conducta de

la madre en los primeros años del bebé es un predictor de la relación entre ambos, por lo tanto, se difiere en sus relaciones de apego, pero es posible que exista clasificar y medir sus diferencias. (Ainsworth, 1969).

Ainsworth más allá de sus aportes con los bebés y las madres, Bowlby explícitamente consideró su teoría como un constructo aplicable a todo el desarrollo humano, lo que hizo evidente que su medición debía trascender el período de la temprana infancia. Uno de los primeros pasos en esta dirección lo dio Mary Main, en 1984 creó una entrevista para poder evaluar los patrones de apego en los adultos, a través de los estados mentales que se pueda tener, respecto a ver que sus padres muestren las relaciones tempranas con su progenitor. (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985)

Por lo tanto, Bowlby explícitamente considero un constructo aplicable para todo el desarrollo humano, más allá de los aportes de Ainsworth con madres y bebés por lo que se debía comenzar en la edad temprana que es la infancia.

La observación de diadas entre el cuidador y el niño fue una investigación longitudinal lo cual fue desarrollada como un paradigma experimental (la situación extraña) para que se pueda evaluar la calidad desde la infancia. Este estudio fue desde formas específicas de la calidad del apego fue llevado a cabo inicialmente por Ainsworth y sus colaboradores (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Mediante la investigación se reconoció que el trabajo, en edad del primer año de vida en los niños, generaban patrones de una conducta lo cual fue muy consistente por lo tanto funcionaban de una manera estratégica para que exista una persona protectora de figura de apego.

Fue desarrollada la situación extraña en 1964, lo cual resultó un procedimiento estandarizado, lo cual se incluyen algunos episodios que se incorpora en la edad de la infancia (niño, su madre y un desconocido etc.) Esta prueba inicia cuando hay dos sillas y varios juguetes a lo está alcance del niño, a lo que se refiere es que los episodios tienen la manera de activar e intensificar la conducta que el niño puede tener frente a un apego.

Según Ainsworth y colaboradores en el año 1964, diseñaron la “situación extraña”, esto hace referencia a un procedimiento que se trata de estudiar la relación que existe entre la madre y el hijo/a en el primer año de vida. A partir de estas investigaciones se desarrollaron las primeras clasificaciones del apego en niños, describiendo tres patrones generales de apego (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978):

- **Estilo de Apego Seguro:** Se manifiesta que las emociones que se presentan en los bebés con apego seguro en la investigación de la situación extraña, se han presentado que existe la angustia ante las separaciones de su madre o su cuidador y regresa su calma cuando su cuidador regresa, por lo tanto, es muy importante que exista una buena interacción para que exista una confianza y seguridad.
- **Estilo de Apego Evitativo:** En este apego las emociones más prevalentes en la situación extraña es que exista ausencia ya sea de angustia o enojo cuando exista una separación con su madre o cuidador, por lo cual, en la interacción relevan distancia y evitación que puede ser mejor expresado con los criterios del trastorno de apego reactivo presentan lazos de apego seguro.
- **Estilo de Apego Ambivalente o Resistente:** las emociones que se presentan desde la infancia es que en la situación extraña se presenta la angustia exacerbada ya sea en separaciones de su madre o cuidador y es muy complicado encontrar la calma cuando este estilo regresa, la interacción con su madre o cuidador se muestra claramente una ambivalencia, enojo y mucha preocupación.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de conceptos fundamentales de la investigación

TABLA Estado actual de los Estilos de Apego

ESTADO ACTUAL
<p>Seguro autónomo</p> <p>Discurso coherente y colaborador</p> <p>Relata sus recuerdos de manera consiente.</p>

<p>Desvinculado</p> <p>Existe muy incoherente el discurso que lo pueda decir o mostrar. En los vínculos de apego no relaciona las experiencias.</p> <p>Por lo general tiene un equilibrio en los eventos y componentes de su historia como por ejemplo tuvo una persona muy buena. Y hace comentarios muy cortos siempre trata de minimizar sus experiencias.</p>
<p>Preocupado</p> <p>Discurso poco coherente. Preocupado por experiencias de apego de su pasado. Evidencia enojo, pasividad o temor en sus relatos. Expresiones verbales vagas, a veces muy extrañas.</p>
<p>Desorganizado no resuelto</p> <p>Cuando se refiere a pérdidas o abandonos falla en el control de su discurso. Puede estar en silencio durante varios lapsos.</p>

Tabla 1 Estado actual de los Estilos de Apego
Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego
Fuente: Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987).

A continuación, se realiza un resumen de la situación extraña diseñado como parte del estudio realizado por Main (1964)

TABLA La situación extraña de los Estilos de Apego

LA SITUACION EXTRAÑA
<p>Seguro(B)</p> <p>Se muestra muy seguro, por lo tanto, indaga y busca juguetes con mucho interés. Cuando se separa de su madre o cuidador, se siente muy extraño.</p> <p>Por lo general los niños tienen la preferencia de pasar con su madre o cuidador antes que a un desconocido.</p>

<p>Evitativo (A)</p> <p>Cuando el niño llega a separarse de su cuidador no llora. Por lo general es indiferente con su cuidador o su madre. Ignora el contacto con sus padres</p> <p>No muestra su enojo.</p>
<p>Resistente o ambivalente (C)</p> <p>Cuando existe una separación de su cuidador se muestra molesto.</p> <p>En particular se muestra una actitud de comodidad al estar con su cuidador. Por lo general siempre se centra en él o ella y continúa llorando.</p> <p>Mediante las actividades de exploración, después de alguna reunión por lo general siempre llegan a fracasar y les cuesta retomar sus actividades.</p>
<p>Desorganizado, desorientado (D)</p> <p>En este estilo de apego existe una conducta muy desorganizada la persona se encuentra desorientada frente a sus padres, tiene la necesidad de caminar, o comportarse de una manera inadecuada, por lo tanto, puede existir un colapso temporario en su comportamiento.</p>

Tabla 2 La situación extraña de los Estilos De Apego

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Ainsworth (1960)

En cuanto a estos Estilos de Apego propuestos por Mary Ainsworth, se evidenciaron otros estilos de apego en otros grupos de niños que no se ajustaba a la tipología de Ainsworth. Esto llevó a que más adelante se creara una nueva categoría: el apego desorganizado, por Main y Solomon (1990), que resultó ser el trastorno más grave del apego, debido a que mostraban conductas de acercamiento muy contradictorias incluso mostraban confusión o aprensión en cuanto al acercamiento de una figura de apego lo cual resultó un efecto cambiante o se podría decir deprimido.

Mediante el DSM V, encontramos que existe un trastorno del cual se muestra que existe un comportamiento inadecuado emocionalmente por lo general cuando se presenta el trastorno de apego reactivo la persona se encuentra retraída hacia su madre o cuidador.

Existen dos características importantes que son:

1. Cuando el niño busca un consuelo de sus progenitores por lo general se muestra muy incómodo.
2. El niño muy pocas veces busca consuelo.

Presenta una alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:

1. La reacción que se presenta es la social y emocional siempre es con mucha cautela hacia los demás.
2. El afecto que tiene hacia una persona es muy limitado.
3. Por lo tanto, existe episodios de irritabilidad, tristeza o miedo, por eso incluso se ve si no existe una amenaza en sus cuidadores.

Después de este estudio Bowlby, ya se dio cuenta que su estudio era muy importante por lo que creyó era un éxito, debido a que se pudo encontrar estilos de apego en las personas, es claro que existe un apego en la infancia, por lo que se vio a la necesidad de describir varios aspectos que se mencionara a continuación:

1. La primera relación que existe en el apego es la de su madre o ya sea un cuidador principal, por lo que se cree que es muy receptivo a las señales que les da su niño en sus primeros años de vida.
2. Se ha evidenciado que en los mamíferos también existe un apego, por lo que se cree que es un proceso del cual no se termina ya que en el parto y la lactancia ya existe un apego en las relaciones entre los miembros de una misma especie, lo cual resulta un proceso, por lo tanto, existen las relaciones afectivas en la vida.
3. Mediante esta investigación el apego es muy significativo para los seres humanos ya que nos acompaña en toda la vida, ya que estamos vinculadas con las personas ya sean estos familiares, o conocidos.

En el transcurso del tiempo se han encontrado varios estudios y nuevas definiciones de estilos de apego según varios autores que se describen a continuación:

TABLA Clasificación de los estilos de apego según varios autores

AUTOR	ESTILOS DE APEGO
Hazan y Shaver (1987)	Seguro
	Ansioso-ambivalente
	Evitativo

Main y Cassidy (1988)	Tipo A (evitante)
	Tipo B (seguro)
	Tipo C (ambivalente)
Bartholomew (1993)	Seguro
	Miedoso
	Preocupado
	Ausente
Ojeda (1998)	Miedo-ansiedad
Byng-Hall, J. (1995)	Evitante (A)
	Seguro (B)
	Ambivalente o resistente (C)
	Desorganizado/desorientado (D, o A+C)
	Inseguro-celoso
	Seguro-confiado
	Realista-racional
	Independiente-distante
	Distante-afectivo
Dependiente-ansioso.	

argas, A; Díaz, R & Sánchez, R. (2001).	Evitante-ansioso agresivo
	Seguro externo
	Seguro internog
	Evitante independiente
	Preocupado amistoso
	Ansioso manipulador e interdependiente cercano expresivo
Cantero (2006)	Seguro
	Temeroso
	Alejado
	Preocupado

Tabla 3 Clasificación de los Estilos de Apego según varios autores

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Martínez, C. y Santelices, M. (2005).

En cuanto a la descripción de las características de los Estilos de Apego, existen diferencias entre los diferentes autores que se han dedicado a su estudio, en particular el término con el que se han denominado y también cuando se evalúan estos estilos en niños y adultos. Se revela una relación significativa entre los Estilos de Apego Temeroso Huidizo y Alejado, que aparecen clasificado en ambos grupos de la misma manera que los tipos de apego Seguro e Inseguro.

Desarrollo - formación de los Estilos de Apego

Los Estilos de Apego, comienzan debido al periodo de formación y desarrollo durante la infancia o llamada ciclo vital, se identifican el desarrollo debido a periodos con características que se los distinguen:

0 – 6 meses: En esta edad es cuando el niño produce el reconocimiento de la figura de apego ya se su madre o cuidador.

6 meses – 3 años: Mediante su crecimiento se crea la experimentación y regulación del apego:

- Mediante la búsqueda ante amenaza

- Es posible el alejamiento y la exploración en momentos o fases “tranquilas”.
- Al final del 1º año se produce la internalización de la relación de apego; se produce la estabilidad no sólo en el niño-niña sino también dentro de la familia

3 años en adelante: Aquí comienza la llamada activación de apego ya que la figura de apego se la percibe como separada, lo que genera comportamientos de apego, por lo tanto, en esta etapa evitan la separación, la etapa el niño es un poco más tolerante.

Adolescencia: Mediante su crecimiento ya comienza el desapego, duelo y re apego

- En la adolescencia se manifiesta como una etapa complicada ya que muchas veces existe un desapego en su madre o cuidador.
- En la adolescencia el duelo que se pueda llevar, debe aprender a tolerar la pérdida.
- De este modo se produce el re apegos a nuevas figuras (tanto adultos como pares)

Vida adulta: apego entre pares

- No se predomina tanto en la infancia, ya que en la pareja se produce el apego entre iguales.
- Puede incluir relaciones sexuales. (Barudy y Dantagnan 2005)

Es claro que en cada etapa de nuestra vida un patrón importante como el apego hacia un cuidador o padre se construye como un mecanismo de defensa y protección, cuando en las experiencias tempranas de los niños son atendidas sus necesidades y notan la presencia de sus padres y/o cuidadores como figuras de seguridad, es más probable que se sientan seguros y confiados para desenvolverse en su entorno, mientras que aquellos niños que han formado vínculos de apego inseguro tendrán más inconvenientes para relacionarse con su contexto y esto puede perdurar hasta la edad adulta.

Evaluación de los Estilos de Apego

A partir de la década de los 90 se empieza a encontrar varias investigaciones que relacionan los Estilos de Apego con diferentes formas de psicopatología, esto comienza en la niñez, adolescencia y en la edad adulta, este tipo de investigación fueron sistematizadas y analizadas en el Handbook of Attachment (Greenberg, 1999)

Se realizó una investigación, en la etapa de la niñez, que tuvo como propósito explorar la relación entre Estilo de Apego y niveles de ansiedad y depresión. Se reportan que los niños con estilos de apego inseguros mostraron elevados niveles de ansiedad y depresión, en comparación con niños con estilo de apego seguro.

En una muestra no clínica, se realizó una investigación de los Estilos de Apego, el inicio de la crianza parental y los problemas internalizantes y externalizantes en la niñez, lo cual fue el estudio de la relación entre los Estilos de Apego y los síntomas como lo mencionamos anteriormente que es internalizantes y externalizantes , lo cual resulto que el apego inseguro presento un puntaje elevado en la ansiedad, depresión y sobretodo en la agresión.(Roelofs, J., Meesters, C., Huurne, M., Bamelis, L. y Muris, P. 2006).

Un estudio que se realizó con cuidadores formales que presentaban un diagnóstico de Trastorno Depresivo y Trastorno Obsesivo Compulsivo en controles sanos, se evidencio que la mitad de los cuidadores formales mostraban un Estilo de Apego Seguro, mientras los cuidadores formales que presentaban depresión, se encontró que en un porcentaje del 8% de los cuidadores formales se presentó un Estilo de Apego Seguro. (Ivarsson, 2010)

Por otra parte, un estudio que examinó las relaciones entre apego, auto concepto y problemas de salud mental, reporta que los cuidadores formales con apego inseguro tuvieron niveles más altos de problemas internalizadores y sociales que aquellos que presentaban Estilo Seguro (Nishikawa, 2010).

Estrategias de intervención en los Estilos de Apego

Es importante determinar los Estilos de Apego que tiene cada individuo, debido a que esta investigación se va a abordar sobre que estilo es prevalente en los cuidadores formales, lo cual se dividen en Estilos de Apego Positivos y Negativos, manifestando que en los positivos encontramos al Estilo de Apego Preocupado y Estilo de Apego Seguro por lo tanto en lo negativo se encuentra el Estilo de Apego Alejado y el Estilo de Apego Temeroso Huidizo.

Hay Estilos de Apego que se han relacionado más frecuentemente con la posibilidad de presentar manifestaciones psicopatológicas. Esto ha llevado a que una vez identificado se hayan realizado programas de intervención con el objetivo de

modificar dichos apegos.

Mediante varios estudios se ha verificado que los cuidadores formales presentan un Estilo de Apego Inseguro. En particular estos estilos de apego han sido estudiados en cuidadores formales de personas con discapacidades de diversos tipos como físico motoras, sensoriales o intelectuales.

Generalmente, el rol del cuidado de personas dependientes es asumida por los familiares más próximos, cónyuges, parejas e hijas/os que se consideran cuidadores informales. En relación a los cuidadores informales. (Ballester, Juvinyà, Brugada, Doltra, Domingo. 2006). Participaron 52 cuidadores.

Este estudio tenía como objetivo identificar la presencia de trastornos emocionales en estas personas y obtuvo como resultado que 46.2% de los cuidadores tenían depresión y 51.9% eutimia. Los síntomas expresados por los cuidadores familiares prevalecen unos sobre otros, siendo los principales: pérdida del apetito, trastornos en el sueño, Anhedonia, ansiedad, acidez, fatiga, dolores abdominales e irritabilidad.

En relación a los cuidadores formales, lo más esperado es que estos tengan mayor capacidad de manejar situaciones de alto estrés, puesto que están capacitados sobre la enfermedad y sobre el cuidado. Mediante el estudio se mostraba que con menor habilidad se presentaban las situaciones con un mayor estrés en comparación con los cuidadores formales.

En cuanto al estudio de las estrategias de afrontamiento, Muñoz (2000) evaluó 220 cuidadores informales y 80 formales no profesionales, encontrando que la estrategia más empleada por los cuidadores formales fue el racional, en referencia a la caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga, país, predominaron las estrategias de evitación, el desapego y, finalmente, el emocional.

Por su parte Peñacoba, Velazco, González y Garrosa (2005) obtuvieron una muestra en los enfermeros del área de cuidados paliativos, lo cual las estrategias utilizadas para el afrontamiento positivo lo cual fue una acción para que se pueda resolver los problemas y pudieran encontrar recompensas y por lo tanto exista una

revaluación positiva.

Las condiciones de demandas del trabajo del cuidador, constituyen un factor de riesgo para la salud mental y por ende tienen la posibilidad de perjudicar el desarrollo de las actividades del cuidador. Harris (2002).

Kalisch (2009) encontró que los auxiliares de enfermería que presentaban inferiores niveles de motivación hacia el trabajo, presentaban, además, reacciones de desesperanza, impotencia y cansancio.

En el estudio llevado a cabo por Artaso, B, Goñi, A y Biurrun, A. (2004), se ha encontrado que el 42% de los cuidadores que evaluaron presentaba algún nivel de depresión y más de la mitad de los participantes presentaba estrés, de este modo se llega a conclusión que se trataba de un acontecimiento que forma parte de más de media población.

En otro estudio que se realizó en el que se obtuvo información de varios cuidadores tanto formales e informales, se ha relacionado la presencia de sobrecarga y depresión tanto en los cuidadores informales como en los formales.

Asimismo, se halló una relación estadísticamente significativa entre dichas variables en los cuidadores informales, en la cual se destacó la asociación entre distimia estado/rasgo y sobrecarga. Así mismo, no se encontró relación entre sobrecarga y depresión entre los cuidadores formales y cuidadores informales.

ANHEDONIA SOCIAL

La Anhedonia se considera como la pérdida del placer en los distintos ámbitos de la vida de un individuo, es decir, que una persona es incapaz de disfrutar o desear el realizar actividades de cualquier tipo; incluso, esta puede verse como un síntoma de cierto tipo de enfermedades.

Definición de Anhedonia Social

El término "Anhedonia" fue descrito por primera vez por el psicólogo francés Ribot cuando publicó su libro sobre la Psicología de los Sentimientos. La Anhedonia es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades de la vida.

Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos como la esquizofrenia. (Ribot, 1986)

Ribot la definió como la falta de interés y la ausencia de placer, sobre todo en las experiencias sociales, es decir, no tienen ningún interés por interactuar con las demás personas, a no ser que esto responda a necesidades materiales muy concretas. (Ribot, 1987)

El concepto de Anhedonia en el DSM-III (1980), definido como: pérdida de placer o interés en todas o casi todas las actividades, pérdida de reactividad a estímulos generalmente placenteros. En el DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994) la calificación de “necesario” se pierde, si bien permanece como un síntoma fundamental en el diagnóstico de depresión mayor.

Dos cambios aparecen en el DSM-IV con respecto al DSM-III-R: primero, se añadirá al diagnóstico de depresión el especificador “con rasgos melancólicos” si existe “una ausencia casi absoluta de la capacidad para el placer, no simplemente una disminución”; y segundo, el término Anhedonia, definido como la «pérdida del interés o del placer» aparece como un síntoma negativo (no como un criterio) de la esquizofrenia en la sección dedicada a Trastornos y rasgos asociados (a la esquizofrenia) (p. 279). Asimismo, bajo el constructo denominado “depresión somatoforme”, la ICD-10 (1992) incluye una referencia a la pérdida de interés o en la capacidad para el placer. En el DSM-V la Anhedonia se presenta con una característica principal en Trastorno Depresivo Mayor.

Ribot considera que ha sido un concepto importante que ha sido objeto de modificaciones, iniciando como el bloqueo de la capacidad de una recompensa frente a los estímulos habitualmente reforzantes, hasta el más amplio y confuso “pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades tanto sociales como físicas” (Ribot, 1897).

Varios autores han asumido que la Anhedonia se trata de algo transitorio en la depresión y es una característica que está latente en la esquizofrenia, pero hay que tomar en cuenta que la Anhedonia no es una terminología específica de si es un rasgo o un estado.

La Anhedonia se puede presentar en diferentes contextos estos pueden ser en el ámbito laboral, sentimental o actividades diarias que se pueden presentar a lo largo de su vida, sin embargo, es fundamental que expresemos el sentido preciso de Anhedonia se refiere a la incapacidad de realizar una o varias actividades en cualquier contexto por lo que se contextualiza como “incapacidad de sentir, generar o tener placer dentro de la reactividad placentera” (Chapman, 1978)

Esta situación llamó la atención ya desde el siglo XIX, donde diversos autores se encontraron muy interesados en el hecho de que existe incapacidad para experimentar placer, esto ocurrió, sobre todo, en los últimos 30 años, cuando se observó en la Esquizofrenia y en la depresión. Más recientemente, y conceptualizado como síntoma, se ha convertido en criterio diagnóstico en la depresión mayor, y en los estudios sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia. (Andreasen y col, p. 4-6).

La Anhedonia es un síntoma que se ha descrito en la depresión mayor, la Esquizofrenia y otros trastornos como los trastornos neuropsiquiátricos, en la cual se muestra un interés o placer disminuido. La definición en el área clínica manifiesta que la Anhedonia se ha mantenido hasta el día de hoy con la misma definición sin cambio alguno.

Se han encontrado siete conceptos importantes que se han encontrado relacionados con la Anhedonia (Olivares y Berrios, 1998).

- Incapacidad para experimentar placer como sensación. Términos equivalentes podrían ser “anestesia o insensibilidad hacia el placer”.
- Incapacidad para ser consciente del placer. Lo que quiere decir es que la alteración en si es la emoción la que debe ser acompañada de la sensación que es producida ante un estímulo que sea placentero y la persona ya no tendría la facilidad de tener claro la sensación del placer como tal.
- Incapacidad para ser consciente acerca de cualquier tipo de emoción, no sólo del placer. El afecto embotado abarcaría la despersonalización, lo cual esta es una dimensión muy general, por lo que la Anhedonia sería solamente una parte de un desorden más amplio.
- El caso de aquellos individuos que experimentan el sentimiento (sensación más emoción) de placer, pero tendrían una incapacidad para expresarlo. Como lo refiere el DSM-V, un trastorno motor se lo denomina psicopatológicamente como un placer

aplanado, lo cual se debe a factores psicológicos y socioculturales (diferencias entre las distintas culturas en el modo de expresar las emociones).

- Una variante del anterior, pero extendido a todo tipo de sentimientos, estaría ligado conceptualmente al “afecto aplanado” y la “alexitimia”.
- En la definición de la Anhedonia en el DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994), se manifiesta como la pérdida del interés dentro de otras terminologías se presenta que la Anhedonia tiene un diferente concepto, lo cual se exhibe un comentario de que la persona puede estar interesada en algo, pero no siempre puede tener placer de obtenerlo, y la pérdida del interés se diría que es una relación de apatía que con la Anhedonia.
- Por último, el concepto de la falta de deseo o impulso a un juicio de la relación con la volición o la abulia que con la Anhedonia.

La introducción en el lenguaje psiquiátrico del vocablo creado por Ribot como sinónimo de insensibilidad al placer, o falta de placer, o déficit de la capacidad para experimentar placer, obligaba a los especialistas no sólo a diagnosticarla como un síntoma frecuente, incluso como un síntoma negativo, tanto en los estados esquizofrénicos como en los depresivos, sino también a considerarla, la felicidad como oposición al hedonismo genera la relación para formar eudemonismo.

La Anhedonia es un síntoma central del Trastorno Depresivo Mayor, cuyos mecanismos neurobiológicos siguen siendo poco conocidos. A pesar de décadas de especulación sobre el papel de la dopamina en los síntomas anhedónicos, la evidencia empírica ha sido difícil de alcanzar, con informes frecuentes de hallazgos contradictorios.

Evolución neurológica de la Anhedonia

Al generarse la interacción negativamente se entiende a que la serotonina priva la exiación de dopamina en la parte cerebral, lo que afecta directamente dentro de la motivación y el proceso de generar placer dentro del cerebro.

En las bases neuronales del constructo de la Anhedonia que refleja los déficits en la capacidad hedónica y también está estrechamente relacionado con los constructos de valoración de recompensas, toma de decisiones, anticipación y motivación. Los circuitos neuronales que mantienen estos procesos relacionados con la recompensa incluyen el cuerpo estriado ventral, las regiones corticales prefrontales y las

proyecciones aferentes y eferentes entre ellas. (Berridge, 2000)

Los investigadores han encontrado las causas y cree que se debe a una alteración del sistema dopaminérgico, esto se refiere a que es el mecanismo por el que la dopamina produce sensaciones de placer, ya sea esta en la satisfacción de comer, o ya sea en las relaciones sexuales es muy frecuente que al cuidar al cuidar al hijo produzca placer.

Cuando el sistema dopaminérgico no tiene o es capaz de que pueda producir placer sea esta como la satisfacción, bienestar, en personas que presenten depresión, esquizofrenia y alguna abstinencia de adicción a alguna sustancia psicotrópica.

Evolución conceptual

La represión que acompaña al conflicto neurótico, según Freud, se asoció con la pérdida de la capacidad para disfrutar. lo cual se presenta como un modelo dimensional en vez de categórico; esto quiere decir que existen diferencias entre las personas y son cuantitativas más que cualitativas; la diferencia de la capacidad hedónica probablemente se podría encontrar en la proporción de energía que queda libre respecto a la represión generada dentro del cuerpo humano.

Freud no se enfocó en el término de la Anhedonia; el realizó varios comentarios de la disminución que existe en la capacidad para el placer y algunos casos en la sexualidad, las diferencias individuales son cuantitativas más que cualitativas, o, por decirlo de otra manera, presenta un modelo dimensional en vez de categorial, como hasta ahora habíamos visto. (Freud, 1906).

Para este autor, la pérdida de la capacidad para disfrutar era una consecuencia del conflicto neurótico acompañante. Freud fue el principal agente motivacional en el modelo de la vida psíquica que la denominó regulación hedónica. (Freud, 1963)

Myerson (1920), reintroduce el término y es el primero que crea un modelo desarrollado de la Anhedonia. Así, primeramente, describe “una incapacidad para mantener el interés de un modo placentero en cualquier cosa”, como una característica que él encuentra significativamente en muchas amas de casa, ya esto lo denomina Anhedonia. Posteriormente, como parte de la neurosis y los estados depresivos, describió el síndrome anhedónico, lo cual su aportación es que en primer lugar se

puede conducir a la psicosis.

En la época que se defendía la etiología psicogénica de la Anhedonia, Rado fue duramente criticado ya que lo conceptualizaba como un mecanismo de defensa; Arieti se enfocaba más en el área clínica por lo tanto manifestaba que el comportamiento de las personas que presentaban esquizofrenia habían tenido un cambio considerable, obteniendo así comportamientos o lapsos de manifestaciones conductuales no apropiadas para la sociedad.

Mediante lo expuesto anteriormente manifestó que en años posteriores los pacientes reprimían su vida sexual en personas que presentaban anhedonia, por lo que Rado manifestó que eran incapaces de experimentar placer ya sea sexual o alguna otra.

Las personas que presentan Anhedonia pierden la capacidad de experimentar el placer y el disfrute de las cosas, en algunos casos también se pierde el apetito, las relaciones sexuales, relaciones sociales y las actividades diarias incluidas las actividades laborales; las que creían que les resultaban placenteras también pierden la capacidad de disfrutar.

De cualquier forma, existen grados, por lo que hay quienes sufren una incapacidad total de disfrutar y obtener placer y otros sólo un descenso en dicha capacidad.

La pérdida del deseo sexual o placer sexual, puede deberse a efectos adversos de medicamentos que son utilizados en las personas que presentan depresión en algunos casos uso de antidepresivos; las personas que presentan esquizofrenia también pierden el deseo debido a sus medicamentos.

Al contrario de varios autores, Winnicott (1958) manifiesta que no se trataría de una fijación de estadios normales de un desarrollo, si no que se trataría de una relación que existe entre la madre y el hijo. Se cree que si la madre no otorga una relación de apego suficientemente bueno el niño no va a presentar angustias impensables, despersonalización o la pérdida del sentido de la realidad.

La relación interpersonal más primitiva que conocemos es el vínculo madre-hijo y de este depende mucho de las relaciones que se establecerán en el futuro con otras personas además de que es un factor determinante en el desarrollo de la inserción en la

sociedad. Por lo tanto, es necesario destacar que existen diversos estudios en diferentes poblaciones en relación con este tema.

Los cuidadores deben sentirse bien emocionalmente, de esta forma puede manifestar y transmitir un vínculo de apego seguro con su entorno social y laboral que mantienen habitualmente, porque todos los sentimientos negativos como positivos influye en el desempeño social; es decir todo lo que al cuidador le afecta de manera especial incide en su entorno, por tal motivo los cuidadores en riesgo o con presencia de Anhedonia, no solo debe cuidarse físicamente sino también emocionalmente para crear un vínculo de apego seguro con su entorno social, pues así evitará que repercuta de manera desfavorable sobre el desarrollo emocional, cognitivo y social de sí mismo con los pacientes.

Cuando los cuidadores quedan perplejos en una problemática, se enfrenta a una transformación profunda en un tiempo limitado y a cambios que generan numerosas y progresivas necesidades. Existe un gran número de reacciones en la etapa de estrés, por lo que las características personales son las que predominan.

Las mujeres con más ansiedad, vulnerabilidad, depresión, autoestima baja, insatisfacción con la pareja y la falta de apoyo social son quienes manifiestan mayores niveles de ansiedad relacionada con el embarazo, drogadicción y diversas problemáticas que generan un cambio. (Abud y Bojórquez 1997).

Clasificación de la Anhedonia

Existen varios tipos de Anhedonia, física, social, sexual, total, motivacional entre otras (Eckblad, 1982); en varios estudios realizados con diferentes puntos de vista se evidencia que la Anhedonia también se puede presentar en personas sin patologías y además que no estén expuestos a un estrés laboral, por lo tanto, es claro evidenciar que existen varios tipos de Anhedonia con diferentes terminologías acotando que para este estudio nos enfocaremos en la Anhedonia física, social, sexual, total y motivacional como grandes enfoques con respecto a la Anhedonia abarcando así los contextos más importantes y grandes del ser humano.

Anhedonia Social

En la clasificación de la Anhedonia Social que se define cuando la persona no

disfruta del contacto con las personas estas pueden ser en el área laboral o social, y por lo general es totalmente incapaz de experimentar placer, cuando tiene contacto con la gente.

Por lo tanto, las personas que presentan la Anhedonia Social, presentan cierto desinterés por vincularse con los demás y tener amistades nuevas, la consecuencia de esto conlleva a que la persona con presencia de Anhedonia Social acaba separándose o aislándose de las personas y de su medio social, esto causa que la Anhedonia siga aumentándose.

Anhedonia Física

La Anhedonia Física se presenta como una incapacidad de sentir placeres táctiles como lo son el comer, tocar y hacer actividades físicas. Como lo expresa Treadway y Zald (2010) el concepto de la Anhedonia se establece como un límite, creyendo que hay una diferencia entre el querer y el gustar, lo cual se enfoca en el primer aspecto en la motivación para que se pueda realizar alguna actividad física, por la que lo denominaron Anhedonia Física.

Cuando la persona presenta Anhedonia Física es probable que se disminuya la energía de manera prolongada.

Anhedonia Sexual

Un tercer tipo que se ha descrito es la Anhedonia Sexual que es una incapacidad para que se pueda sentir placer sexual. (Mas, Pallares, Lorenzo, Zatorre & Rodríguez, 2013).

La Anhedonia Sexual, la cual se manifiesta que se pierde el interés de placer en las actividades amorosas, en este tipo de Anhedonia es muy frecuente perder el apetito, y sobre todo no encuentra el gusto de la comida, las actividades que resultaban muy placenteras para la persona se pierde el interés.

Anhedonia Total

Es el tipo de Anhedonia más grave, se caracteriza por la pérdida de la capacidad y el disfrute de placer; esto se refiere a que ya no tienen el interés en ningún ámbito de la vida, tanto actividades físicas como sociales.

Anhedonia Motivacional

Por un lado, estos autores relacionan la Anhedonia Motivacional con el sistema de recompensa (vía meso límbica dopaminérgica), encargado de hacer funcionar el aprendizaje asociativo, así como la motivación junto con el reforzamiento. Por lo tanto, una alteración en este circuito provocaría una disminución en la búsqueda de estímulos placenteros, a pesar de que pueda estar intacta la capacidad de sentir placer al estar en contacto con los estímulos específicos. Por lo tanto, se vincula este tipo de Anhedonia como un síntoma característico en el Trastorno Depresivo Mayor (Treadway y Zald, 2010).

Mientras que la capacidad hedónica la asocian con la activación de la amígdala, la corteza prefrontal ventromedial y los neuroquímicos son los opioides endógenos. Por lo tanto, una alteración en este circuito podría significar una incapacidad para sentir placer por los estímulos que antes sí provocaban placer, aun a pesar de que se busquen los reforzadores. Por último, esta investigación establece que no existe una correlación significativa entre este tipo de Anhedonia y el Trastorno Depresivo Mayor (Treadway y Zald, 2010).

Causas de la Anhedonia

La causa de la aparición de la Anhedonia desde un punto de vista fisiológico se debe a una alteración en nuestro cerebro que impide que se genere la dopamina, que es una sustancia química que se encuentra en el cerebro y que es la causante de las sensaciones placenteras.

En situaciones depresivas o de un gran estrés o ansiedad, el cerebro se bloquea y es incapaz de generar esta sustancia.

La depresión, la esquizofrenia y las drogas son las principales causantes de la Anhedonia, sobre todo cuando esta es generalizada y afecta a todas las actividades de nuestra vida.

De tal manera que la Anhedonia se establece como uno de los principales síntomas para el diagnóstico de la depresión.

Cuando la pérdida de las sensaciones placenteras no es generalizada, sino que

afecta a algún aspecto concreto, se puede explicar por otras razones. La pérdida del placer sexual o del gusto por la comida puede ser causada por la utilización de cierto tipo de medicamentos como los antidepresivos.

Anhedonia Social y Salud

La Anhedonia Social se evidencia muchas veces en la influencia perinatal y sobre todo en la salud física, la causa principal son los factores biológicos.

Blanchard, Mueser, & Bellack (1998) manifiestan que la Anhedonia Total muestra un efecto positivo ya que se cree que es protector para la hipertensión arterial. En la cardiopatía coronaria establecida, los altos niveles de afecto positivo se han asociado con menos reingresos hospitalarios, mientras que los bajos niveles de afecto positivo, también conocido como Anhedonia, aumentan el riesgo de eventos clínicos importantes en pacientes después de la colocación de stent en la arteria coronaria.

Estos autores continúan refiriendo que se han informado hallazgos contradictorios para las asociaciones entre el afecto positivo y la supervivencia en cardiopatía coronaria. Finalmente, se ha demostrado que el afecto positivo está asociado con la producción de marcadores inflamatorios tempranos en una muestra comunitaria de mediana edad y la presión arterial sistólica en hombres sanos no fumadores. (Blanchard, Mueser, & Bellack, 1998).

La capacidad hedónica está asociada a la variante alélica 1118G; varios autores consideran que desde el punto de vista evolutivo se conserva el polimorfismo lo cual a través de la evolución puede estar relacionado con mantener la diversidad en la tendencia de la población a la dependencia emocional y la conducta gregaria (Troisi, 2011).

ESTILOS DE APEGO Y ANHEDONIA SOCIAL EN CUIDADORES FORMALES.

Los cuidadores formales son personas que se encuentran capacitadas para brindar atención asistencial preventiva y educativa al adulto mayor y sobretodo velan por la persona que se encuentre en una situación de dependencia por lo cual realizar los cuidados necesarios que aseguren una calidad de vida adecuada. Varios de los cuidadores formales laboran en entidades públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro. Estos cuidadores pueden ser auxiliares de enfermería, médicos y psicólogos

Las personas con distintos Estilos de Apego difieren en la forma de buscar y procesar información que afecta la codificación y organización de información acerca de eventos emocionales, figuras de apego y el sí mismo, lo cual influye en la presentación de Anhedonia, por lo que resulta muy relevante para la persona debido a la incapacidad para sentir placer y sensación de satisfacción. Eso hace que esto se convierta en un impacto para la calidad de vida de las personas que lo manifiestan, porque todo aquello puede vincularse a la motivación o ya sea la sensación de bienestar en las cosas.

El cuidador formal muchas veces ha tenido que modificar su vida para poder asumir el labor, varios de los cuidadores han presentado un Estilo de Apego, en algunos se han presentado estilos positivos y en otros estilos de apego negativos, en esta investigación “Presencia de Estilos de Apego en cuidadores formales e informales” se ha evidenciado que existe preocupación, estrés, auto abandono, abandono laboral, alteraciones en la salud y en algunos casos se ha visto que presentan Anhedonia Social. (Gallagher, 1989).

La relación coexistente entre los Estilos de Apego y la Anhedonia Social se ha evidenciado en varias investigaciones en diferentes medios. Es importante la afectación que produce en la conducta basándose en la sintomatología de la Anhedonia específicamente social como parte de la problemática; por otra parte, los Estilos de Apego se han relacionado con un origen psicopatológico, como el sistema de relación que interviene en las conductas diarias. (Rosenberg y Hovland 1960)

La presencia de la Anhedonia Social alcanza cifras de entre el 10% y el 20% en

cuidadores formales que están bajo la responsabilidad de atender a personas con cualquier tipo de responsabilidad. Este tipo de padecimientos puede incidir en su desarrollo psicológico conductual. El estudio en cuanto a la relación entre los Estilos de Apego, la sintomatología hedónica y los acontecimientos conductuales vitales negativos, así como la incidencia de la edad y el género.

Se ha relacionado el sexo y la edad con la Anhedonia Social y los Estilos de Apego ya mencionados. La importancia de la relación se evidencia en otras investigaciones como lo menciona Vallejo (1991) generando una conexión entre los cuidadores formales y la presencia de afecciones de Salud Mental en los mismos.

Pues se considera que se debe hablar de la afectación global que tiene el funcionamiento personal el individuo dentro de su contexto en los rasgos de personalidad, el poder realizar alguna actividad que le permita involucrarse ya sea de una manera interpersonal con especial énfasis en la esfera afectiva, en la mayoría de situaciones no se presenta de una manera aislada si no se encuentra asociada a otras entidades psicopatológicas. (Fox & Schafer, 1991).

Los Estilos de Apego considerables dentro de los cuidadores formales se generan en el desarrollo de su crecimiento recalando que el Estilo de Apego influye dentro de

la interacción que genera con las demás personas el Estilo de Apego Huidizo genera sentimientos negativos cuando atraviesa por una separación interpersonal esto a su vez se puede transformar en Anhedonia por cuál razón al acontecer una separación ya sea de fallecimiento la predominancia de Anhedonia es más fuerte que en otros Estilos de Apego

JUSTIFICACIÓN

Este estudio ha sido de suma importancia para el campo de la psicología clínica como ciencia ya que brindara una visión total de la problemática, porque nos permite analizar la relación entre las dos variables estudiadas que son Estilos de Apego y Anhedonia Social. La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de generar conocimientos sobre variables significativas para un futuro inmediato al tiempo que se contribuye al mejoramiento de los estilos de apego sin que exista la presencia de Anhedonia Social en la población de cuidadores formales.

No existen estudios que aborden la relación de estas dos variables en los cuidadores formales de adultos mayores en el Ecuador. En un proceso de reforma política encaminada a la inclusión social y económica, dentro de la cual las personas con discapacidad, entre otras poblaciones son uno de sus principales ejes que determina necesidad de una atención especializada, como lo es el cuidado por parte de cuidadores formales los cuales son instruidos académicamente en procesos de una atención con bases teóricas para el bienestar de la población ya mencionada.

Esta investigación se encuentra dirigida a los Estilos de Apego y la Anhedonia Social en los cuidadores formales, debido a que en el Ecuador; la importancia de dar una vida mejorada y estable a la población que mantiene una dificultad de valerse por sí mismos como por ejemplo: personas con discapacidad o adultos mayores en sus etapas finales no es considerada prioridad, además de que muchas de las personas que se encuentran dentro de esta línea de trabajo en cuidadores formales lo hacen no por vocación si no por necesidad de encontrar una economía o trabajo estable es aquí donde la investigación genera relevancia.

En qué sentido los cuidadores formales están capacitados para una carga emocional o un daño psicológico. Es claro recalcar que al mantener una relación cuidador - paciente genera cierto vínculo emocional. A qué nivel los cuidadores formales están capacitados para superar una afectación en su estado anímico o como lo superan son las interrogantes que genera la importancia de este estudio.

Por lo tanto, es una investigación factible ya que existen instrumentos psicológicos y material bibliográfico que se requieren para la medición de las dos variables y es muy importante ya que se tiene el acceso a la población estudiada.

En la población de cuidadores formales del cantón Rumiñahui, no se han realizado estudios que aborden la relación entre Estilos de Apego y Anhedonia Social, por la cual se realiza esta investigación.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre los Estilos de Apego y la Anhedonia Social en los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home en el año 2019.

Objetivos Específicos

- Identificar los Estilos de Apego en los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home
- Analizar el nivel de Anhedonia Social en los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home.
- Proponer un programa de intervención para modificar los estilos de apego y disminuir la presencia de Anhedonia Social en los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

El presente estudio de investigación científica, es de carácter correlacional, transversal y es un enfoque cuantitativo.

Investigación Correlacional

Se la determina al estudio de investigación científica, ya que se determina en qué grado de medida se correlaciona entre las dos variables o más variables, las que se pueden relacionar entre sí, a lo que se refiere es ver de qué manera puede influir una con la otra, por lo que se debe realizar una base de datos para obtener la interpretación de los resultados que se han obtenido dentro de esta investigación. Lo cual resultaría muy importante si dos variables se encuentran relacionadas, debido a que existiría una correlación ya sea positiva o negativa.

En el coeficiente de la correlación de Pearson, se encuentran las variables cuantitativas o las escalas mínimas de un intervalo, lo cual se manifiesta que es un índice que mide el grado de covarianza que puede existir entre dos variables que se encuentren relacionadas paralelamente, los instrumentos utilizados se basan de un enfoque cuantitativo debido a que se permite cuantificar las variables debido a sus niveles.

Investigación transversal

Por otro lado, es un estudio transversal por lo que nos permite recolectar los datos, lo cual nos permite describir cada una de las variables y su incidencia en el momento preciso. (Cabezas, Andrade & Torres, 2018)

Área de estudio

Psicología Clínica

Enfoque

En esta investigación se considera que es un enfoque cuantitativo, por lo que su objetivo principal es identificar el Estilo de Apego y ver si los cuidadores formales presentan Anhedonia Social, por lo que en este estudio se enfoca en la medición de

cada una de las variables, lo cual serán analizados de una manera estadística.
(Hernández, Hernández & Baptista, 2014)

Población y muestra

La población estuvo conformada por 104 cuidadores formales de la empresa “Nurse at Home” entre hombres y mujeres con una edad entre 20 a 40 años.

La selección de la muestra fue intencional. Se trabajó con toda la población ya que cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

1. Cuidadores formales que expresen su Consentimiento Informado para participar en la investigación.
2. Que tengan 2 años o más ejerciendo como cuidadores formales en la empresa Nurse at Home.

Criterios de Exclusión

1. Cuidadores que expresen su deseo de no participar en el estudio.
2. Cuidadores formales ocasionales o de reemplazos.

Estructura de la muestra

Tabla Descripción de los participantes por Edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 20-25	18	17,3	17,3	17,3
26-30	52	50,0	50,0	67,3
31-35	23	22,1	22,1	89,4
36-40	11	10,6	10,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Tabla 4 Descripción de los participantes por Edad.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Tabla Descripción de los participantes según Sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	30	28,8	28,8	28,8
	FEMENINO	74	71,2	71,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Tabla 5 Descripción de los participantes según su Sexo.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

GRÁFICO Descripción de los participantes según Edad

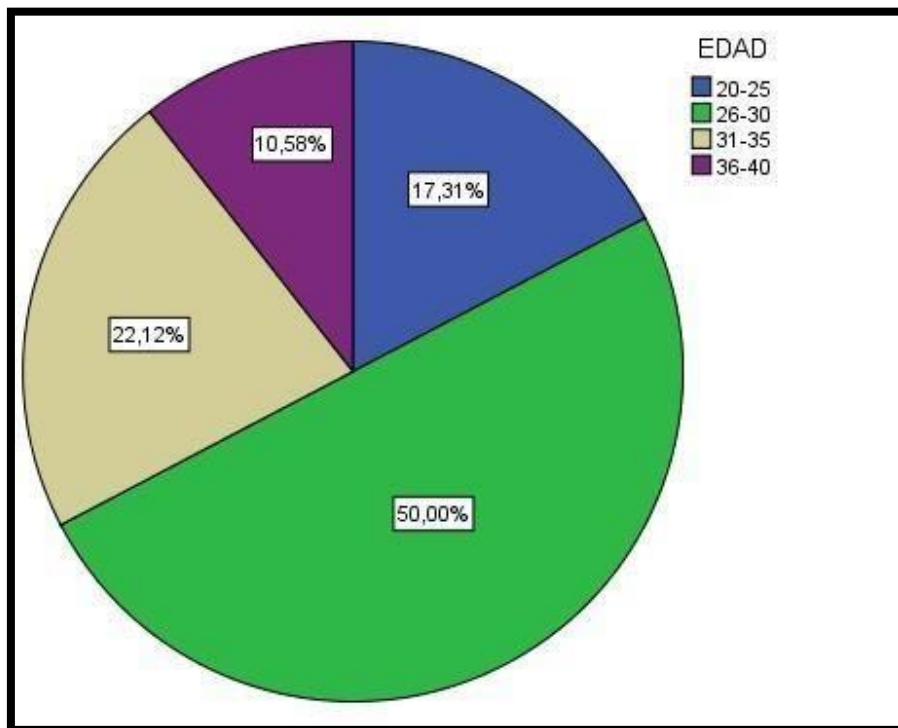


Gráfico 1 Descripción de los participantes según Edad

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

GRÁFICO Descripción según El Sexo.

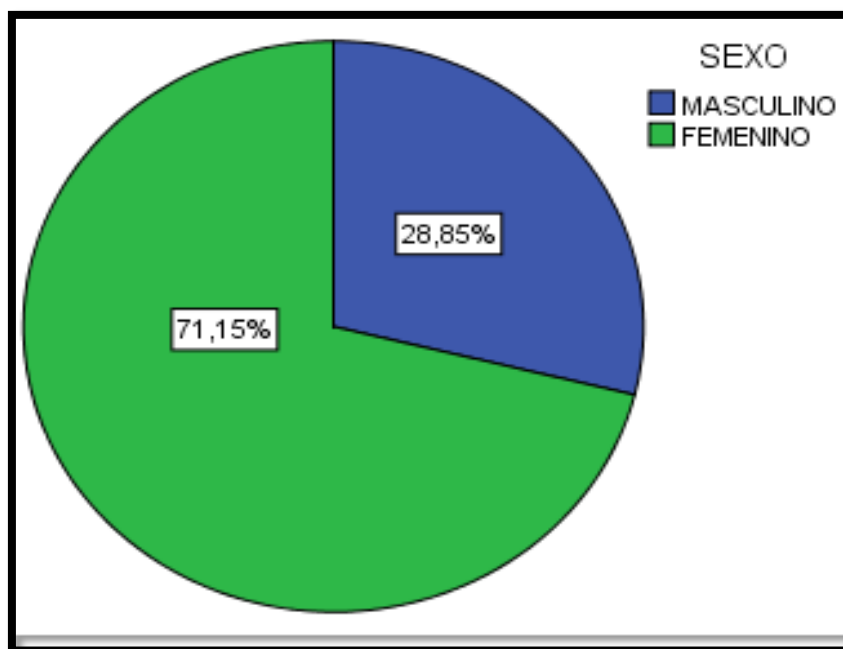


Gráfico 2 Descripción según el Sexo

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Instrumentos de investigación

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron el Cuestionario de Evaluación del Apego Adulto, y la Escala de Placer Interpersonal Anticipatorio y Con sumatorio (ACIPS) que se describen a continuación.

Cuestionario de Evaluación del Apego Adulto

El Cuestionario de Evaluación del Apego Adulto, creada por Melero y Cantero en el año del 2005, consta de 40 ítems, distribuidos en la escala Likert, cada uno refiriéndose a un Estilo de Apego, por lo tanto, ha sido muy utilizada en la población de cuidadores formales e informales con edades de una aproximación de 20 a 60 años de edad. Se trata de un cuestionario que nos permitirá obtener un estilo predominante en las personas adultas que ejercen como cuidadores.

A continuación de los ítems propuestos en el cuestionario hay 6 columnas en blanco que son encabezadas de la siguiente manera:

1. Completamente en desacuerdo.
2. Bastante en desacuerdo.

3. Algo en desacuerdo.
4. Algo de acuerdo.
5. Bastante de acuerdo.
6. Completamente de acuerdo.

En este Cuestionario de Estilo de Apego, se presentan 40 ítems, de los cuales están representadas por cuatro escalas. En varios estudios investigados con este cuestionario, se ha demostrado que tiene buena fiabilidad interna y muy buena validez.

Para calcular la escala de Estilos de Apego se realiza lo siguiente:

Se clasifican por Escalas las cuales en cada Escala se agrupan diferentes ítems que los mencionaré a continuación.

Escala 1 Estilo de Apego Preocupado “Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo”.

Se divide de varios ítems que son:

Ítem 14	Ítem 26	Ítem 18	Ítem 30	Ítem 21	Ítem 23	Ítem 8	Ítem 10	Ítem 12	Ítem 34	Ítem 39	Ítem 37	Ítem 3
---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	--------

Escala 2 Estilo de Apego Temeroso Huidizo “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad”

Ítem 4	Ítem 2	Ítem 36	Ítem 7	Ítem 29	Ítem 20	Ítem 24	Ítem 31	Ítem 9	Ítem 17	Ítem 13
--------	--------	---------	--------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------

Escala 3 Estilo de Apego Seguro “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”

Ítem 1	Ítem 38	Ítem 32	Ítem 40	Ítem 16	Ítem 27	Ítem 5	Ítem 11	Ítem 35
--------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------

Escala 4 **Estilo de Apego Alejado** “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad”

Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem
28	22	6	25	19	15	33

Tabla 6 Descripción de la tabla de Escala de Estilos de Apego

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Para la calificación del Cuestionario de Estilos de Apego debemos aclarar que arroja dos resultados dividiendo así a la población en dos grandes grupos como lo son Estilos de Apego Seguros e Inseguros este como primer resultado y dentro de esta división arroja otro resultado el cual se genera de la primera separación en 4 Escalas como lo son:

- Escala 1 “Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo”.
- Escala 2 “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad”
- Escala 3 “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”
- Escala 4 “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad”

Dentro de este contexto el cuestionario genera dimensiones en los cuales los resultados están adjuntos a las tipologías del participante dentro de sus puntuaciones obedeciendo así a la teoría del apego, por lo tanto, es congruente determinar que su primera calificación consiste en la verificación de su puntuación natural entre la Escala 1 y Escala 3 para participantes de Estilos de Apego Seguros y la Escala 2 y Escala 4 en participantes de Estilo de Apego Inseguro en la suma de las calificaciones que marca la escala Likert de cada ítem correspondiente a la unión de estas Escalas ya mencionadas estipulando que el puntaje más alto determina el Estilo de Apego ya sea Seguro o Inseguro como lo indica la Tabla 7.

Tabla Seguridad / inseguridad afectiva en función del análisis.

	APEGO INSEGURO	APEGO SEGURO
Escala 1: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	ALTO 48,30	BAJO 32,32
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	MOD/ALTO 36,30	BAJO/MOD 25,32
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	BAJO/MOD 37,25	MOD/ALTO 42,54
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	MOD/ALTO 18,97	BAJO/MOD 15,51
Casos	208 (46,74%)	237 (53,26%)

Tabla 7 Seguridad / inseguridad afectiva en función del análisis.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Por otro lado para el segundo resultado se genera la suma independiente de los ítems relacionados con cada Escala y a su vez esta puntuación la observamos en el baremo estadístico descriptivo del Cuestionario de Apego (Tabla 8) y la valoración correspondiente a cada Escala que va desde muy alto, alto, moderado alto, moderado, moderado bajo, bajo y muy bajo, corresponden a especificar que la valoración más alta determina la Escala o el Estilo de Apego específico del participante dentro de su resultado.

Tabla Baremos estadísticos y descriptivos del Cuestionario de Apego Adulto

PERCENTILES	ESCALA 1	ESCALA 2	ESCALA 3	ESCALA 4	VALORACIÓN
85-99	52-70	41-57	48-52	23-31	Muy alto
75-84	47-51	37-40	46-47	21-23	Alto
61-74	43-46	33-36	43-45	18-20	Mod/ Alto
40-60	37-42	28-32	40-42	16-17	Moderado
25-39	33-36	24-27	37-39	14-15	Bajo/Mod
16-24	29-32	22-23	34-36	13	Bajo
1-15	16-28	13-21	21-33	8-12	Muy Bajo
M	39,79	30,45	40,07	17,13	
SD	11,1	9,3	6,8	5,3	
MIN	15	11	14	7	
MAX	77	63	54	34	

Nota: Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones. Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Tabla 8 Baremos estadísticos y descriptivos del Cuestionario de Apego Adulto

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En tal razón dentro del análisis estadístico descriptivo del cuestionario especifica la teoría de valoración del mismo que no pueden existir resultados similares en el primer resultado y dentro del segundo resultado no es posible que se genere una puntuación igualitaria en dos Escalas y mucho menos en tres por lo que los resultados siempre estarán reflejados y divididos entre Seguros e Inseguros o a su vez involucrados en una sola Escala o Estilo de Apego como lo clarifica la teoría del apego y la investigación para su valoración y su análisis factorial.

Escala de Placer Interpersonal Anticipatorio y Consumatorio.

La Escala de Placer Interpersonal Anticipatorio y Consumatorio (ACIPS), es una escala de procedimiento corto, diseñada para ver si el sujeto presenta o no presenta Anhedonia Social. La escala se compone de un total de 17 ítems, es una escala de tipo Likert de 6 puntos en la cual los evaluados contestan a cada ítem según las opciones de respuesta:

1. Totalmente falsa para mí

2. Moderadamente falsa para mí
3. Ligeramente falsa para mí
4. Ligeramente verdadera para mí
5. Moderadamente verdadera para mí
6. Totalmente verdadera para mí

Los puntajes bajos de esta escala indican si los cuidadores formales presentan Anhedonia Social. Lo cual la puntuación de Anhedonia Social es:

Tabla Nivel expresado de Anhedonia Social.

Puntuación	Nivel Expresado	Presencia
0-34	Bajo	Presencia de Anhedonia Social
35-68	Moderado	No presenta Anhedonia Social
69-102	Alto	

Tabla 9 Nivel Expresado De Anhedonia Social.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Procedimientos para obtención y análisis de datos

Para realizar la obtención de la información se realizó una visita a la empresa Nurse at Home en el cantón de Rumiñahui, y previo consentimiento informado de las autoridades de la empresa se procedió a entrevistar a la población de cuidadores para obtener su consentimiento para participar en el estudio. Una vez obtenido este consentimiento se aplicaron los instrumentos de investigación en una sola sesión. Con los datos se confeccionó una base de datos en el programa SPSS y se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales.

Actividades

Las actividades que han sido desarrolladas mediante el proceso de esta investigación, para cumplir con cada uno de los procedimientos realizamos una visita en la empresa ubicada en el Sector de Sangolquí llamada Nurse at Home, en la que se contactó con una cantidad exacta de cuidadores formales, por la que se solicitó la aplicación de cada uno de los instrumentos psicológicos la que

correspondían, en un cuestionario y una escala, se solicitó una la firma de cada cuidador formal en el consentimiento informado para participar en la investigación.

Cada uno de los participantes estuvieron informados en la cual podrían decidir en participar o no participar en la investigación sin alguna consecuencia. Se pudo evidenciar que todos estuvieron de acuerdo en participar, después de haber explicado el objetivo de la investigación.

Cada uno de los instrumentos ya fueron se prepararon con antelación, previamente se obtuvo un lugar adecuado para el propicio de la realización de cada una de las pruebas.

TABLA Actividades principales de la investigación.

Actividad	Fecha	Responsable	Recursos
Solicitud de Permiso	21/08/2019	Investigadora	Oficio
nsentimiento Informado	24/11/2019 al 31/11/2019	Investigadora Encargada de la Empresa Nurse at Home	Copias del Consentimiento Informado
Aplicación de lo instrumentos		Investigadora Encargada de la Empresa Nurse at Home	Copias Instrumento Psicológicos
Elaboración de Base de Datos	14/12/2019	Investigador	Computad
Diseño Estadístico	29/12/2019	Investigador	Computad
Informe de Resultados	6/01/2020	Investigador	Computador

Tabla 10 Actividades principales de la investigación.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

CAPITULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Diagnóstico de la situación actual

TABLA Descripción de los participantes según los Estilos de Apego

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V PREOCUPADO	2	20,0%	20,0%	20,0%
á li TEMEROSO HUIDIZO	2	26,7%	26,7%	47,0%
d SEGURO	2	21,7%	21,7%	68,3%
o ALEJADO	3	31,7%	31,7%	100,0%
Total	10	100,0%	100,0%	

Tabla 11 Descripción de los participantes que presentan diferentes Estilos de Apego

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

GRÁFICO Descripción porcentual de la muestra estudiada en los Estilos De Apego

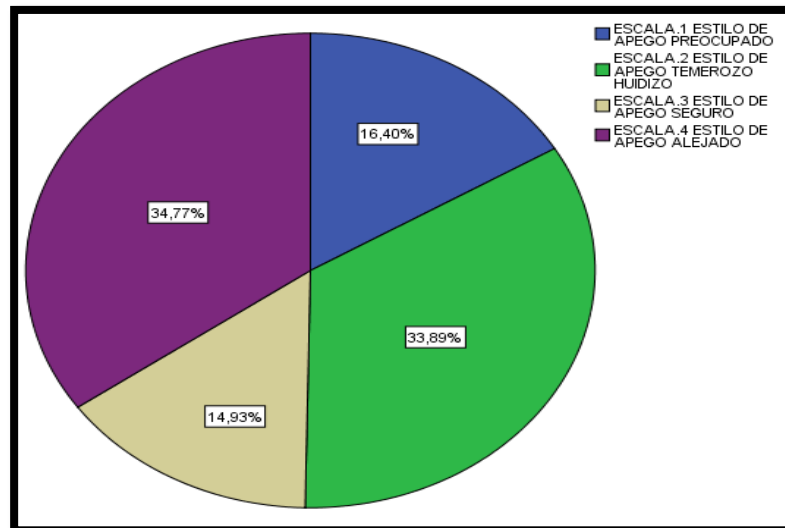


Gráfico 3 Descripción porcentual de la muestra estudiada en los Estilos de Apego

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En referencia a la tabla 8 y al gráfico 3 se ha podido determinar que los dos estilos de apego predominantes que presentan el porcentaje más elevado son la

Escala 2, **Estilo de Apego Temeroso Huidizo** “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad” y la Escala 4 **Estilo de Apego Alejado** “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad”. El estilo de apego con menor riesgo evaluado en la Escala 1 **Estilo de Apego Preocupado** “Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo” se presentó en 14,93% y el menor porcentaje de participantes se ubicó en la Escala 3 con un **Estilo de Apego Seguro** “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”.

TABLA Descripción de los participantes según la presencia de Anhedonia Social.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V ál i d o	NO	41	40,4	40,4	40,4
	SI	62	59,6	59,6	100,0
	Tota	104	100,0	100,0	

Tabla 12 Descripción de los participantes según la presencia de Anhedonia Social.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

GRÁFICO Descripción porcentual de la muestra estudiada según la presencia de Anhedonia Social

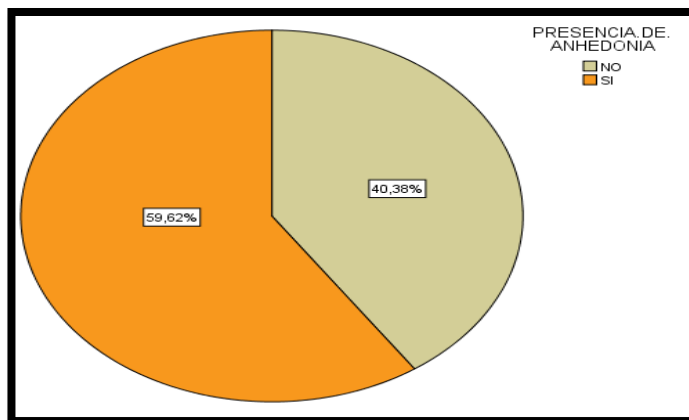


Gráfico 4 Descripción porcentual de la muestra estudiada de la presencia de Anhedonia Social

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En referencia a la tabla 10 y el gráfico 4 se ha determinado que más de la mitad de las personas evaluadas manifiestan presentar Anhedonia Social y una cuarta parte de la población estudiada no presenta Anhedonia Social, dando así una puntuación porcentual de un 59.62 % de la población que presenta Anhedonia Social mientras que el 40.38% de la población no presenta Anhedonia Social.

Análisis e Interpretación

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ESCALA.1 *						
NIVEL.EXPRESADO.DE. ANHEDONIA	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
ESCALA.2 *						
NIVEL.EXPRESADO.DE. ANHEDONIA	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
ESCALA.3 *						
NIVEL.EXPRESADO.DE. ANHEDONIA	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
ESCALA.4 *						
NIVEL.EXPRESADO.DE. ANHEDONIA	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

Tabla 13 Resumen de procesamiento de casos.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En la tabla 13 se describe que existe una validez de todos los participantes estudiados y un 100% de su porcentaje verificando que las aplicaciones de los instrumentos son adecuadas y que la población encuadra correctamente para la validación de chi-cuadrado entre los componentes de los estilos de apego en sus cuatro escalas comparándolas con el nivel de anhedonia social que puedan llegar a presentar los participantes de la institución.

Para describir el análisis estadístico de las tablas cruzadas y de la correlación del chi-cuadrado de Pearson debemos especificar que en cada escala el nivel expresado en las variables se desglosa por su intensidad y que la descripción de los participantes se enfoca en el número más relevante de la tabla.

Escala 1 Nivel expresado de la anhedonia

Tabla cruzada

		NIVEL.EXPRESADO.DE.ANHEDONIA			Total
		BAJO	MODERADO	ALTO	
ESCALA.1	MUY BAJO	22	0	7	29
	BAJO	14	0	0	14
	BAJO/MODERADO	20	1	9	30
	MODERADO	6	0	25	31
Total		62	1	41	104

Tabla 14 Tabla cruzada Escala 1

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En la clasificación de las tablas cruzadas el nivel expresado dentro de la escala uno que especifica a 25 personas que se encuentran en un nivel alto de presencia de anhedonia social y moderado en el nivel de la escala número uno, la cual pertenece al estilo de apego preocupado, esto genera la descripción de los resultados obtenidos por los instrumentos aplicados.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	37,535	1	,000
Razón de verosimilitud	42,546	1	,000
Asociación lineal por lineal	21,562	1	,000
N de casos válidos	104		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Tabla 15 Pruebas de chi-cuadrado del Estilo de Apego Preocupado y el nivel expresado de la anhedonia social.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En cuanto a la descripción de la escala 1, que enfoca al estilo de apego preocupado su significancia asintónica con la anhedonia social es de 0,000 dentro de la correlación chi-cuadrado (ver tabla 15) lo cual esclarece su relación entre las dos variables.

Escala 2 Nivel expresado de la anhedonia

Tabla cruzada

		NIVEL.EXPRESADO.DE.ANHEDONIA			Total
		BAJO	MODERADO	ALTO	
ESCALA.2	MUY BAJO	0	0	9	9
	BAJO	1	1	24	26
	BAJO/MODERADO	0	0	7	7
	MODERADO/ALTO	19	0	1	20
	ALTO	27	0	0	27
	MUY ALTO	15	0	0	15
Total		62	1	41	104

Tabla 16 Tabla cruzada escala 2

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

La tabla 16 describe que 27 personas presentan un nivel bajo en la presencia de anhedonia social y se encuadran en un nivel alto de la escala 2, considerando al estilo de apego temeroso, siendo esta escala la que refleja resultados positivos para esta investigación.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	97,701	1	,000
Razón de verosimilitud	124,941	1	,000
Asociación lineal por lineal	84,997	1	,000
N de casos válidos	104		

a. 9 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Tabla 17 Pruebas de chi-cuadrado del Estilo de Apego temeroso y el nivel expresado de la anhedonia social.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En la tabla 17 en su significancia asintónica es de 0,000; que representa la correlación con la presencia de anhedonia social, mostrando una relación significativa en estas dos variables estudiadas en el análisis que se realizó en base al chi-cuadrado.

Escala 3 Nivel expresado de la anhedonia

Tabla cruzada

		NIVEL.EXPRESADO.DE.ANHEDONIA			Total
		BAJO	MODERADO	ALTO	
ESCALA.3	MUY BAJO	18	0	10	28
	BAJO	22	0	3	25
	BAJO/MODERADO	13	0	13	26
	MODERADO	9	1	15	25
Total		62	1	41	104

Tabla 18 Tabla cruzada escala 3

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

La expresión de anhedonia dentro de la tabla cruzada en la escala tres que comprende un estilo de apego seguro, determina a 18 participantes en un nivel bajo y un grado muy bajo en la escala proporcionando información válida para las conclusiones de esta investigación.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,673	6	,007
Razón de verosimilitud	18,714	6	,003
Asociación lineal por lineal	6,974	1	,008
N de casos válidos	104		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

Tabla 19 Pruebas de chi-cuadrado del Estilo de Apego Seguro y el nivel expresado de la anhedonia social.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Para describir la escala tres debemos mostrar la tabla 19. En la cual verificamos su correlación con la variable anhedonia social y su significancia asintótica de 0,007 mostrando así una correlación entre las dos variables.

Escala 4 Nivel expresado de la anhedonia

Tabla cruzada

		NIVEL.EXPRESADO.DE.ANHEDONIA			Total
		BAJO	MODERADO	ALTO	
ESCALA.4	MUY BAJO	1	1	15	17
	BAJO	0	0	14	14
	BAJO/MODERADO	0	0	11	11
	MODERADO/ALTO	15	0	0	15
	ALTO	23	0	1	24
	MUY ALTO	23	0	0	23
Total		62	1	41	104

Tabla 20 Tabla cruzada 4

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

En la tabla 20 como podemos observar, 23 personas comprenden un nivel bajo en expresión de anhedonia social y alto en el nivel de la escala, así mismo 23 participantes más encuadran en el mismo nivel de expresión de anhedonia social pero esta vez en un nivel de la escala muy alto, cabe recalcar que estamos hablando del estilo de apego alejado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 carcas)
Chi-cuadrado de Pearson	100,024	1	,000
Razón de verosimilitud	126,354	1	,000
Asociación lineal por lineal	80,482	1	,000
N de casos válidos	104		

a. 7 casillas (38,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Tabla 21 Pruebas de chi-cuadrado del Estilo de Apego Alejado y el nivel expresado de la anhedonia social.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Fuente: Investigación de campo

Por ultimo en la escala cuatro, dentro de la correlación de chi-cuadrado de Pearson su significancia asintónica es de 0,000 lo cual encaja dentro de la relación de las variables estudiadas.

Para concluir determinamos en esta investigación que la correlación entre las cuatro escalas cada una con su descripción encajan dentro de la normativa realizando las pruebas de chi-cuadrado todos mantienen correlación con la variable anhedonia social.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Mediante chi-cuadrado de Pearson se evidenció que existe correlación significativa sintonica entre el 0,000 y el 0,007 entre los Estilos de Apego y la Anhedonia Social en los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home en el año 2019.
- Dentro del componente de correlación todas las escalas de los estilos de apego se correlacionan efectivamente con la anhedonia social, esto quiere decir que genera modificaciones dentro de los cuidadores formales de la empresa.
- La mayoría de los cuidadores formales estudiados presentan Estilos de Apego Negativos, esto no quiere decir que comprende una problemática para la empresa si no que se encuentran como población más vulnerable adaptarse a una característica clave de la depresión, el Estilo de Apego Huidizo Alejado y el Estilo de Apego Temeroso son estilos que corresponden a la escala 2 y 4.
- La Anhedonia Social se presentó en el 50% de los cuidadores formales evaluados. Sin embargo, se debe especificar que la anhedonia social dentro de sus tres niveles la población se clasifica en la presencia de un nivel bajo, moderado y alto.

RECOMENDACIONES

- Elaborar un plan de intervención con el objetivo de fortalecer los Estilos de Apego Huidizo Alejado y Temeroso y disminuir la Anhedonia Social en los cuidadores formales de la empresa Nurse at Home.
- Generar nuevas alternativas de solución, permitiendo el trabajo de las autoridades o de los jefes de trabajo, para que se pueda fortalecer los Estilos de Apego Positivos en los cuidadores formales y que no exista la presencia de la Anhedonia Social.

- La información acerca de las afectaciones que se pueden generar con esta variable que es la anhedonia social es importante para los cuidadores porque muchos de los participantes no conocen a profundidad sobre el tema y lo que puede causar dentro de su entorno laboral.
- Capacitación a los cuidadores formales que ingresen a la empresa para que aborden el proceso de apego hacia la persona que necesita sus cuidados, y buscar estrategias adecuadas para la prevención de la Anhedonia Social.

DISCUSIÓN

Las asociaciones entre estas dos variables son muy importantes, tal como ha quedado evidenciado con los resultados obtenidos en la presente investigación.

De acuerdo con los aportes de Bowlby (1998) quien realizó un análisis sobre la prevalencia de los Estilos de Apego y algunos factores asociados con ella en la población mexicana, entre los años 1980 a 1990, encontraron que el 12% de la población presentaron Estilos de Apego Positivos en los 12 meses previos a la encuesta y el 7.5% presentaron Estilos de Apego Negativos, al igual que encontraron que existe mayor prevalencia en las mujeres. Este autor concluyo que la presencia de los Estilos de Apego Positivos está asociada al género femenino por lo que, estos se muestran flexibles a los cambios que se puedan presentar, cada una de sus acciones son seguras y mediante algún problema que se presenten, están dispuestos a enfrentar los problemas de tal manera buscan una solución rápida, la planifican de manera instantánea por lo tanto cada uno se adapta de manera positiva. Se relaciona con esta investigación debido a que efectivamente las significancias sintónicas de los estilos de apego se correlacionan con la anhedonia y determinan que en la población de cuidadores formales el género femenino se muestra más flexible a los cambios que se pueden ocasionar en el ámbito laboral

Por otro lado, Bertholomew y Horowitz (1991), realizaron una investigación en Argentina sobre la Anhedonia en cuidadores formales y no formales y su importancia en la prevalencia de los trastornos psicológicos. Estos dos autores mencionaron que es de suma importancia investigar la Anhedonia ya que esto influye en otras áreas de la vida de la persona. Se determina en esta investigación que, si es importante el

desglose de la anhedonia y se verifica en este estudio su aparición en el 50% de la población estudiada, si bien es cierto genera un daño paulatino en las personas y tal vez esa es la razón por su no importancia.

Un estudio realizado por Fonseca (2014) afirma que en el Ecuador hay la existencia de la relación entre los Estilos de Apego y la Anhedonia Social, por lo que manifiesta que los Estilos de Apego Negativos en los cuidadores formales, serán uno de los predictores de la Anhedonia Social. En esta investigación compartimos el resultado del autor debido a la correlación de 0,000 de significancia sintónica en los estilos de apego negativos con la anhedonia y nos muestra el camino de profundizar dentro de esta gran temática.

En concordancia con los resultados aportados por Bowlby (1998), Bertholomew, Horowitz (1991) y Fonseca (2014), en la presente investigación se han evidenciado resultados similares como es el hecho de que, los Estilos de Apego Negativos son inmersamente proporcionales a la presencia de Anhedonia, es decir que a medida de que suben los niveles ya sea de una variable, bajan los niveles de la otra variable, indicando que cuando existe un Estilo de Apego Negativo puede incurrir en la aparición de Anhedonia Social.

Debido a los pocos estudios relacionados en este tema en el Ecuador no es posible realizar análisis que puedan permitir sustentar la presencia de similitudes o diferencias, pero es muy claro ver que la relación entre los Estilos de Apego y la Anhedonia Social.

CAPITULO V

PROPUESTA

TEMA DE LA PROPUESTA: “PREVENCIÓN Y DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANHEDONIA SOCIAL EN LOS ESTILOS DE APEGO DE LOS CUIDADORES FORMALES DE LA EMPRESA NURSE AT HOME”

DATOS INFORMATIVOS DE LA INSTITUCIÓN:

Nombre: Nurse al Home

Ubicación: Calle Quito Atacazo conjunto el Portón de las Palmas. Casa 6

Provincia: Pichincha

Cantón: Rumiñahui Parroquia: Sangolquí

JUSTIFICACIÓN

La propuesta planteada por esta investigación está orientada a la prevención y disminución de los niveles de Anhedonia Social que se relaciona con la presencia de Estilos de Apego Negativos en los cuidadores formales de la empresa “Nurse at Home”. La Anhedonia social se ha asociado con afectaciones en el funcionamiento diario en diferentes áreas como las relaciones familiares y las actividades laborales, en particular en las actividades de cuidado, debido a las características muy particulares de esta labor y las demandas emocionales y físicas incrementadas en quien la ejerce, que a su vez se relaciona con la calidad del mismo y el bienestar de la persona a quien se le brinda estos cuidados. Es importante destacar que a través de los talleres que se van a desarrollar en la empresa se podrá brindar alternativas para modificar la presencia de Anhedonia Social y los estilos de apego lo que favorecerá una mejora tanto en los cuidadores formales como en la labor de la empresa. Es recomendable que se ejecuten los talleres, ya que en la empresa no se han realizado intervenciones que contribuyan a modificar la presencia de Anhedonia Social y Estilos de Apego Negativos en los cuidadores formales, esto ayudara progresivamente al buen servicio

que imparte la empresa dentro de su ámbito, contando para esto con la autorización de las autoridades de esta empresa y el apoyo de los cuidadores formales que participarán en los talleres. Para la empresa Nurse at Home es muy favorable que se desarrolle el programa de intervención debido a la contribución que tendrá en mejorar la calidad del cuidado que se brinde y el beneficio en las personas necesitadas de recibir estos cuidados.

En distintas investigaciones que han estudiado cuidadores formales se ha visto que existen intervenciones que son realmente necesarias y han aportado de manera significativa en el cuidado de la Salud Mental de los cuidadores formales, esto ha hecho frente a los problemas que estos han presentado tanto comportamentales como psicológicos. (Cuijpers, 2005)

OBJETIVOS

GENERAL

- Desarrollar un programa de intervención que mejore y fortalezca la presencia de Anhedonia Social y los Estilos de Apego Negativos en los cuidadores formales de la Empresa Nurse at Home, del cantón Rummiñahui en el año 2019.

ESPECÍFICOS

- Analizar las potencialidades del cuidador formal y riesgos a los cuales están expuestos en el contacto con el paciente especificando la anhedonia social dentro de las relaciones interpersonales.

- Diseñar y generar un programa de prevención y ayuda a los cuidadores formales de la empresa con dirección psicológica a la manera de relacionarse con los pacientes en etapas terminales.

ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

El programa de intervención tiene como objetivo modificar los Estilos de Apego Negativos y disminuir la presencia de Anhedonia Social en los cuidadores formales en la empresa Nurse at Home. La importancia del programa de intervención radica en el aporte de la información necesaria a los participantes sobre los Estilos de Apego, tipos y consecuencias, posteriormente se tratará la Anhedonia Social, sus causas, efectos y las distintas estrategias que existen para poder prevenirla y modificarla.

Esta propuesta presenta cinco talleres los cuales tienen un inicio, desarrollo y cierre con una duración de 90 minutos. Los talleres serán desarrollados en la empresa Nurse at Home con la participación de 104 cuidadores formales que se dividirán en 4 grupos de 21 personas y un grupo de 20 personas.

Los primeros talleres abordarán los Estilos de Apego y posteriormente la Anhedonia Social.

Estructura Técnica

Número de talleres: 5

Participantes: 21 cuidadores

Duración de las sesiones: 90 minutos

Frecuencia: Semanal

Tiempo total del programa: 5 Semanas

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

El inicio para la argumentación de esta problemática radica en que los cuidadores formales están expuestos a generar ciertas sintomatologías que se enfocan en cosas negativas por cómo termina la relación con su paciente y que tan preparado está en su ámbito laboral.

La terapia Cognitivo Conductual se refiere a la forma de entender cómo piensa una persona acerca de uno mismo, de otras personas y el mundo que lo rodea, esto quiere decir que lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. Schaefer (2012), expresa que la terapia de juego cognitivo conductual es una forma en la que se promueve y mejora el apego seguro con relación a los cuidadores formales.

Por lo tanto, mantener la Salud Mental es de suma importancia para los cuidadores formales; esta se relaciona con un sentimiento de confianza y una visión positiva de ellos y del mundo que los rodea. Ha sido comprobado que la baja autoestima y la presencia de Anhedonia provoca una visión distorsionada y un comportamiento negativo, y que esto hace que sean excesivamente críticos en la relación al modo de ser y actuar la persona. (Cañón, 2011)

Basándonos en lo que se ha expuesto la propuesta está enfocada a fortalecer el conocimiento y la práctica del apego seguro mediante el juego con el fin de que se aporte el desarrollo de personas emocionalmente estables.

Diseño técnico de la propuesta

TABLA Propuesta de talleres

Temas de talleres	Recursos	Tiempo	Frecuencia
<p>Conversatorio relacionado a los estilos de apego y la anhedonia social en el ámbito laboral.</p> <p>¿Qué estilo de apego tenemos?</p> <p>¿Conocemos las afectaciones que causa la anhedonia social?</p> <p>“Nuestros recursos y potencialidades”</p> <p>Explorando y caminando</p>	<p>Marcadores Infocus Partantes</p> <p>Computadora Esferos Hojas</p>	<p>Cada taller tendrá una duración de 90 minutos.</p>	<p>Semanal</p>

Tabla 16 Propuesta de Talleres

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

TABLA Conversatorio relacionado a los estilos de apego y la Anhedonia Social en el ámbito laboral.

TALLER 1			
TEMA:	Conversatorio relacionado a los estilos de apego y la Anhedonia Social en el ámbito laboral.		
OBJETIVO:	Analizar y estudiar los conceptos básicos de anhedonia y estilos de apego y como se incluyen dentro del ámbito laboral.		
DURACION:	90 minutos		
DIRIGIDO A:	Los cuidadores formales.		
RESPONSABLE:	Maritza Estefanía Pozo Samaniego		
	INTRODUCCIÓN	DESARROLLO	CIERRE
ACTIVIDAD	Bienvenida e introducción del taller a desarrollar. Dinámica de grupo integrativa “Autoretrato”	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del tema de Estilos de Apego y después preguntas que tengan de inquietud • Preguntas generales, que irán enfocadas al análisis general del conocimiento de los Estilos de Apego. • Desarrollo de charlas informativas referentes a los Estilos de Apego. 	Cerrar con comentarios positivos y negativos obtenidos en el taller a los cuidadores formales.

		• Ejercicio de relajación.	
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Enfocus • Parlante 	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Hojas de papel bond • Micrófono • Parlantes • Computador 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono • Parlantes • Computador • Proyector
DURACIÓN	45 min	35 min	10 min

Tabla 17 Sociabilización y sensibilización "Estilos de Apego" y "Anhedonia Social"

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Actividad 1

Introducción: (45 min)

Como toda actividad dentro del primer taller es generar confianza en el grupo para así poder obtener la sensibilización de los participantes y de esta manera llegar a puntos clave para la modificación de cómo perciben la situación actual del trabajo.

La persona que es responsable da el inicio del taller con una bienvenida y junto a esta dar a conocer el objetivo del taller 1; por lo tanto, se procede a realizar una actividad donde se identificará las particularidades y las características propias de cada uno de los cuidadores formales, viéndose como seres únicos e irrepetibles, con esto se desarrollará conocimientos previos a los cuidadores formales y que se pueda mostrar las necesidades sentidas de cada uno. Al iniciar con esta actividad llamada “Autorretrato”, la persona encargada del taller entrega a todos los cuidadores formales, material como lo es lápiz y una hoja, por lo que se procede a indicarles que dibujen su propio retrato y acaten la indicación que se les brindara:

- La hoja que se les ha entregado es personal, no deben poner su nombre o indicación del participante, el bosquejo no debe proyectarse únicamente en su aspecto físico, por lo que se recomienda que se debe representar un retrato de tu yo interior, mostrando así en el dibujo estados de emociones, estados de ánimo y actitudes.
- Posteriormente ya dicha la información por parte del encargado, se procede a la actividad, en la actividad tiene un tiempo de veinte a treinta minutos.
- Al finalizar el dibujo, todas las hojas son retiradas.

Posteriormente la persona encargada distribuye a cada uno, un diferente retrato y los cuidadores formales se sientan alrededor formando un círculo y uno a uno lo interpreta el retrato que tiene y que percibió en ese para finalizar, se intenta adivinar a quien le pertenece el retrato, concientizando las emociones de los demás y los sentimientos generando así empatía.

Culminada la dinámica se procede a preguntas referentes al tema, donde interactuaran todos los cuidadores formales, la persona que desee preguntar y contestar

debe levantar la mano.

Desarrollo: (35 min)

Posteriormente se va exponer el estudio científico con los resultados encontrados entorno a los Estilos de Apego y la Anhedonia Social presente en los cuidadores formales. Por lo tanto, se da el paso de inicio del taller presentando el tema del estudio aplicado a los cuidadores formales, por lo que se hablara sobre las conclusiones y recomendaciones, estas serán de una manera concisa y clara, seguidamente se procede a preguntar si tienen dudas de la información brindada, con el objetivo de hacer una participación informativa constante. Por lo que se procederá a preguntar a los cuidadores formales que es lo que han aprendido en esta primera actividad brindada.

Para llegar a la sensibilización se realizará un ejercicio donde cerraran los ojos y la persona encargada contare una serie de situaciones donde afecta de manera significativa a la persona, su familia y trabajo, posteriormente se les pedirá que abran sus ojos y observen las imágenes que se encuentran afectadas emocionalmente, físicamente y mentalmente.

Cierre: (10 min)

Finalmente, las personas que desee dar la opción del taller y cada uno de los aprendizajes que fueron obtenidos tendrán la palabra. Y se procederá a brindarles la información para el siguiente taller diciéndoles que traigan objetos que pueda identificar de cierta manera a ellos.

Materiales:

- Micrófonos
- Parlantes
- Computador
- Proyector

- Enfocus
- Parlante
- Esferos
- Hojas de colores

TABLA ¿Qué estilo de apego tenemos?

TALLER 2			
TEMA:	¿Qué estilo de apego tenemos?		
OBJETIVO:	Conocernos he identificarnos como entes propios de estilos de apego cosas positivas y negativas.		
DURACION:	90 minutos		
DIRIGIDO A:	Los cuidadores formales.		
RESPONSABLE:	Maritza Estefanía Pozo Samaniego		
	INTRODUCCIÓN	DESARROLLO	CIERRE
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción del taller a desarrollar. • Se hará una dinámica llamada “Cambios Positivos”. 	Presentación informativa a todo el personal “cuidadores formales” con las siguientes temáticas: <ul style="list-style-type: none"> • Qué son los Estilos de Apego. • Tipos de Apego Posteriormente, se les dará un tiempo para que la persona piense sobre que Estilo de Apego cree que presenta y por qué. <ul style="list-style-type: none"> • Se brindará hojas de papel bond y esferos para que los 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear pequeñas situaciones que ejemplifiquen los Estilos de Apego. • Cerrar con la opinión de cuatro a cinco personas y que aprendizaje se llevan del taller brindado. • Aplauso grupal.

		participantes puedan describir que Estilo de Apego creen tener.	
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Parlantes • Micrófonos • Sillas • Mesas 	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus • Parlantes • Micrófonos • Hojas de papel bond • Esferos • Computador 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófonos • Parlantes
DURACIÓN	25 min	45 min	20 min

Tabla 18 ¿Qué estilo de apego tenemos?

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Actividad 2

Introducción: (25 min)

Dar a conocer la importancia de cada uno de los Estilos de Apego. Se dará la bienvenida a los cuidadores formales y se iniciará con la actividad llamada “Cambios positivos”; la persona encargada del taller pedirá que cada uno de los participantes pongan cualquier objeto en la mesa que se encuentra en el medio del salón, posteriormente el encargado dará una indicación; se dirá que hagan un círculo alrededor de la mesa, cada cuidador formal deberá tomar un objeto que represente su personalidad en la vida real y continuamente debe tomar otro objeto que represente su personalidad en la vida laboral.

Si existiera carencia de objetos, la persona encargada también contara con objetos, para la realización de esta actividad.

Cada cuidador formal deberá explicar por qué ha escogido el objeto que tiene en sus manos, por ejemplo “yo tomo esta regla porque en mi vida real suelo ser correcto en mis cosas y tomo este libro porque en mi vida laboral me preparo mucho para dar un buen servicio en mi labor” y así culminar hasta con el último cuidador formal.

Desarrollo: (45 min)

A continuación, se tratará sobre los Estilos de Apego con una definición de lo que es, cuáles son los tipos que podemos encontrar y porque es importante tener Estilos de Apego Positivos dentro de la empresa Nurse at Home. Se dará un tiempo para que cada cuidador formal piense que Estilo de Apego cree tener, por lo que se brindará a cada uno una hoja de papel bond para que escriban que Estilo de Apego representa. Seguidamente se dará un tiempo para las aclarar las dudas que tengan acerca del tema, finalmente se cerrará con la opinión de cuatro o cinco personas del taller y un aplauso grupal.

Cierre: (20 min)

Se realizará con los cuidadores formales una dramatización muy corta donde creen situaciones que ejemplifiquen los Estilos de Apego. Posteriormente se pondrá música de relajación para que cada uno continúe con la reflexión y se pedirá que el cuidador formal que lo desee exprese su opinión acerca del taller y el aprendizaje que obtuvo en este con todos los cuidadores formales reunidos en un círculo. Finalmente, todos se darán un aplauso grupal.

Materiales:

- Computador
- Enfocus
- Parlantes
- Micrófonos
- Hojas de papel bond
- Esferos
- Sillas
- Mesas

TABLA ¿Conocemos las afectaciones que causa la Anhedonia Social?

TALLER 3			
TEMA:	¿Conocemos las afectaciones que causa la Anhedonia Social?		
OBJETIVO:	Explorar las cosas negativas que conlleva la anhedonia y concientizar al grupo la importancia de la prevención ante esta enfermedad psicológica.		
DURACION:	90 minutos		
DIRIGIDO A:	Los cuidadores formales.		
RESPONSABLE:	Maritza Estefanía Pozo Samaniego		
	INTRODUCCIÓN	DESARROLLO	CIERRE
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción del taller a desarrollar. • Dinámica llamada “Nombres y Adjetivos” 	Presentación informativa a todo el personal “cuidadores formales” con las siguientes temáticas: <ul style="list-style-type: none"> • Qué es la Anhedonia • Qué tipos de Anhedonia existen. • Causas de la Anhedonia • Afectaciones de la anhedonia Ejecutar en el mismo espacio del taller ejercicios de estiramiento corporal y	Cerrar con la opinión y los aprendizajes obtenidos en el taller.

		respiración	
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Enfocus • Parlante • Micrófonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófonos • Hojas de papel bond • Esferos • Computador • Enfocus • Parlantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono • Parlantes • Computador
DURACIÓN	30 min	50 min	10 min

Tabla 19 ¿Conocemos las afectaciones que causa la Anhedonia Social?
Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego.

Actividad 3

Introducción: (30 min)

La persona encargada iniciará con la bienvenida y la introducción del taller, posteriormente se explicará el objetivo del taller

A continuación, se procederá a realizar una actividad llamada “Nombres y Adjetivos”, esta actividad consta en que los participantes piensen un adjetivo que describa como están y como se sienten, el adjetivo debe empezar con la misma letra de cada uno de los nombres como por ejemplo mi nombre es Patricia y me siento positiva.

Con esta actividad el objetivo es ver como se encuentra anímicamente el cuidador formal.

Desarrollo: (50 min)

Seguidamente damos una presentación informativa a cada uno de los cuidadores formales con las temáticas que se trataran dentro del taller. Se hablará sobre qué es la Anhedonia, tipos de Anhedonia y sus consecuencias.

Es un punto clave del taller hablar y profundizar respecto a las dolencias emocionales de la anhedonia social para concientizar a la población llegando al punto sensorial de alerta dentro de los cuidadores formales de la empresa.

Continuaremos con la ejecución de ejercicios de relajación como estiramiento corporal y respiración.

Cierre: (10 min)

Se les pedirá a los cuidadores formales que expongan sus opiniones en relación con la Anhedonia Social y sus consecuencias en el ámbito laboral y familiar. Se abrirá un tiempo de espacio para que los cuidadores formales realicen preguntas dentro del tema tratado y posteriormente se cerrará el taller con la opinión de cada uno acerca de los aprendizajes que han obtenido y para concluir se formará un círculo con todos los participantes y se dará un aplauso

Materiales:

- Micrófono
- Parlantes
- Computador
- Hojas de papel bond
- Esferos

TABLA “Nuestros recursos y potencialidades”

TALLER 4			
TEMA:	Recursos y potencialidades en los Cuidadores Formales		
OBJETIVO:	Identificar los recursos y potencialidades con que cuentan para el desempeño óptimo de su labor y el cuidado de la Salud Mental		
DURACION:	90 minutos		
DIRIGIDO A:	Los cuidadores formales.		
RESPONSABLE:	Maritza Estefanía Pozo Samaniego		
	INTRODUCCIÓN	DESARROLLO	CIERRE
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción del taller a desarrollar. • Dinámica llamada “Babor-Estribor” 	Charla motivacional en prevención al desgaste laboral en el cuidador formal. <ul style="list-style-type: none"> • Analizar los factores de riesgo asociados a la salud mental. • Importancia de las emociones positivas dentro del área laboral y personal. • Descubrir y profundizar, cuáles son sus 	<ul style="list-style-type: none"> • Se cerrará el taller con una actividad donde cada uno deberá escribir en una hoja sus fortalezas y virtudes que tenga el cuidador formal. • Se pasara a exponer sus fortalezas y sus virtudes de cada cuidador formal al frente y se concluirá un aplauso grupal

		potencialidades dentro de su vida personal y laboral	
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Infocus • Parlante 	<ul style="list-style-type: none"> • Parlantes • Computador • Esferos • Hojas de colores • Micrófono 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono • Parlantes • Computador • Proyector
DURACIÓN	25 min	40 min	25 min

Tabla 20 “Psicología Positiva”

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego

Actividad 4

Introducción: (25 min)

Trataremos de que existan cambios positivos en los cuidadores formales, se dará la bienvenida e introducción del taller a desarrollar, se tratará de que se cree un ambiente acogedor donde exista una interacción social buena.

Posteriormente se realizará una actividad llamada “Babor-Estribor” primero se iniciará con una relajación en la que se pedirá que cada cuidador formal cierre los ojos y se mantenga en silencio durante un minuto, después se realizará la actividad en esta; cada cuidador formal va a estar de pie en el lugar donde se encuentra e irá al centro del salón, si el encargado da la orden (Babor) todos los integrantes irán a la izquierda y si se grita (Estribor) irán a la derecha y por último se gritará (Tripulación- Estribor) todos los cuidadores formales deberán regresar al centro del salón.

Posteriormente se procederá a realizar una charla motivación en prevención al desgaste motivacional en prevención al desgaste laboral en el cuidador, y los factores de riesgo asociados a la salud mental, y se tratará sobre la importancia de las emociones positivas dentro del área laboral y personal.

Descubrir y profundizar, cuáles son sus potencialidades dentro de su vida personal y laboral.

Desarrollo: (40 min)

Introducción acerca de los riesgos que se pueden presentar cuando una o varias personas presentan Estilos de Apego Negativos, se tratará de abordar la importancia de las emociones positivas dentro del área laboral y personal., posteriormente se les entregará una hoja donde cada cuidador pensará o descubrirá cuáles son sus fortalezas y sus cualidades dentro de su vida personal y laboral, finalmente se realizará una retroalimentación de lo aprendido del taller y se realizará a ver si tienen preguntas al respecto.

Cierre: (25 min)

Se cerrará el taller con una actividad donde cada uno deberá escribir en una hoja sus fortalezas y virtudes que tenga el cuidador formal. Se pasará a exponer sus fortalezas y sus virtudes de cada cuidador formal al frente y se concluirá un aplauso grupal.

Materiales:

- Micrófono
- Parlantes
- Computador
- Proyector

TABLA Exploramos lo aprendido.

TALLER 5			
TEMA:	Exploremos lo aprendido.		
OBJETIVO:	Promover la socialización de los aprendizajes obtenidos con el programa de intervención.		
DURACION:	90 minutos		
DIRIGIDO A:	Los cuidadores formales.		
RESPONSABLE:	Maritza Estefanía Pozo Samaniego		
	INTRODUCCIÓN	DESARROLLO	CIERRE
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción del taller a desarrollar. • Posteriormente se iniciara con una dinámica llamada “Nudos” 	<ul style="list-style-type: none"> • Consecutivamente se realizará una lluvia de ideas de todo lo que se ha aprendido durante los talleres expuestos. • Se pedirá realizar un dibujo colectivo que represente lo aprendido. • Preguntas relevantes de la actividad 	Video motivacional, en el cual se represente la importancia de cuidar la Salud Mental del cuidador dentro del área laboral y familiar

MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Enfocus • Parlante 	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Hojas de papel bond • Micrófono • Parlantes • Computador 	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono • Parlantes • Computador • Proyector
DURACIÓN	35 min	35 min	20 min

Tabla 21 Explorando y caminando.

Elaborado por: Maritza Estefanía Pozo Samaniego.

Actividad 5

Introducción: (35 min)

Bienvenida e introducción del taller a desarrollar. Posteriormente se iniciará con una dinámica llamada “nudos”. En esta actividad cada uno de los cuidadores formales formaran un círculo y se tomaran de las manos, no se pueden soltar y de las manos unidas se deben mover en cualquier dirección que deseen, torciéndose y volteándose para que puedan crear el nudo.

Finalmente deben desatar el nudo sin soltarse las manos.

Desarrollo: (35 min)

Consecutivamente el taller será continuado y se realizará una lluvia de ideas de todo lo que se ha aprendido durante los talleres expuestos. A cada uno de los cuidadores formales se le entregara una hoja y un esfero. Se pedirá que dibujen a algo que represente lo aprendido. Ya que hayan terminado su actividad se les pide a los participantes que manifiesten lo que han dibujado, porque lo hicieron y como eso les va a servir en el transcurso de su vida. Posteriormente se realizará preguntas relevantes de la actividad.

Cierre: (20 min)

Video motivacional, en el cual se represente la importancia de cuidar la salud mental del cuidador dentro del área laboral y familiar.

Materiales:

- Micrófono
- Parlantes
- Computador
- Proyector
- Esferos
- Hojas de papel bond

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Artaso, B, Goñi, A y Biurrun, A. (2004). Cuidados formales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadores familiares. *Revista española de Geriatria y Gerontología* 38 n.4

Abud, C. y Bojórquez, I. (1997). Efectos psicológicos: ansiedad, depresión, autoestima y relación de pareja, de la mastectomía en la mujer yucateca del Centro Anticanceroso y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis de licenciatura en Psicología. Mérida, Yuc.: Universidad del Mayab.

Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford

Bravo, L., y Loren, M. (2006). Relación entre Autoestima, Depresión y Apego en Adolescentes Urbanos de la Comuna de Concepción, Chil. *Terapia Psicológica*, 24(1), 5–14. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524101.pdf>

Ballester FD, Juvinyà C, Brugada M, Doltra J, Domingo R. 2006. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Revista Presencia* 2(4). URL: <http://www.index-f.com/presencia/n4/r56articulo.php>

Blanchard, J.J., Mueser, K.T., & Bellack, A.S. (1998). Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 413-424. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033336

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005): “Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia”, Gedisa, Barcelona.

Bertholomew, K y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among Young adults: a test of a four – category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2),226-244

Berridge, K.C. 2000. Measuring hedonic impact in animals and infants: microstructure of affective taste reactivity patterns. *Neurosci. Biobehav. R.* 24: 173–198.

Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1998) :”El apego”. Tomo 1 de la trilogía “El apego y la pérdida”. Barcelona, Paidós.

Byng-Hall, J. (1995). Crear una base familiar segura: algunas implicaciones de la teoría del apego para la terapia familiar. *Proceso familiar*, 34 , 45-58.

Cantero (2006). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto *Clínica y Salud*, vol. 19, núm. 1, 2008, pp. 83-100

Cabezas, E., Andrade, D., & Torres, J. (2018). Introducción a la metodología de la científica. Ecuador: Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. Obtenido de <http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20a%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>

Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1978). "Revised physical anhedonia scale" (Available from L. J.

Chapman, Department of Psychology, 1202 West Johnson Street, University of Wisconsin, Madison, WI 53706) Edition of the Complete Works of Sigmund Freud, Londres, Hogarth Press and the Institute for Psychoanalysis, vol. 16, 1963.

Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging and Mental Health*, 9(4), 325-330. doi: 10.1080/13607860500090078

Eckblad, M. L., Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Mishlove,

M. (1982). "The revised social anhedonia scales". (Available from L. J. Chapman, Department of Psychology, 1202 West Johnson Street, University of Wisconsin, Madison, WI 53706)

Freud, S. (1906). My views on the part played by sexuality in the aetiology of the neuroses. *Standard Edition* 7, 269-280.

[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16573/DISERTACI%
3%93N%20HERRERA%20MICHELLE%20-
%20SANDOVAL%20KAREN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16573/DISERTACI%c3%93N%20HERRERA%20MICHELLE%20-%20SANDOVAL%20KAREN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

FREUD, S., «Introductory Lectures in Psychoanalysis», en STRACHEY, J. (ed.), *The Standard*

Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Domènech- Llabería, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-136

Fonseca – Pedrero E, Gooding DC, Paino M, Lernos-Giráldez S, Muñíz J. Measuring anhedonia in Schizophrenia spectrum disorders: A selective update. En: Ritsner MS, editor. *Anhedonia: A comprehensive handbook*, New York: Springer; 2014.

FOX, N., KIMMERLY, N. L. & SCHAFER, W.D (1991). Attachment to mother /attachment to father: a metaanalysis. *Child Development*, 62,210-225
Kenneth Ma (2006), Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings *Advances in Psychiatric Treatment* (2006) 12: 440-449.

Ganchozo, R. (2015). Estilos de apego, y su influencia en las habilidades sociales en los adolescentes de la Unidad Educativa “Victoria Vásquez Cuví” del Cantón Latacunga. Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12296/1/cesareduardoRomanGanchozo.pdf>

Greenberg, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 469-496). New York: Guilford Press.

Harris, T. (2002). Attachment-related psychodynamics: Another shake to the kaleidoscope. *Attachment and Human Development*, 4, 201-206.

Harris, T. (2002). Psicodinámicos relacionados con el apego: otra sacudida al caleidoscopio. *Adjunto y Desarrollo Humano*, 4, 201- 206.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hernández,R.,Fernández,C.,& Baptista,P. (2014). Metodología de la investigación. México:McGraw-Hill / Interamericana editores.

Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C. y Broberg, A. (2010). Attachment states of mind in adolescents with obsessive-compulsive disorder and/ or depressive disorders: a controlled study. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 19, 845-853.

Kalisch, B.J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 39.

Leventhal, AM, Schmitz JM. The Role of drugs use outcome expectancies in substance abuse risk. An interactional transforming model. *Addict Behav.* 2006: 31(11):2038-62.

López, M. (2017). Habilidades sociales y autoconcepto en estudiantes de nivel secundario de una Institución Educativa Estatal del distrito de la esperanza en Trujillo". Universidad Privada Antenor Orrego. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20546/1/T-UCE-0007-CPS-222.pdf>

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security of infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 66-106). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth strange situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M. y Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.

Martínez, C. y Santelices, M. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psykhé*, 14(1), 181-191

Myerson A. *The Nervous Housewife*. Boston, Brown & Little, 1920

Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. *Cuidado y práctica de enfermería*, 3 (5), 99-105

Nishikawa, S., Hägglöf, B. y Sundbom, E. (2010). Contributions of attachment and self-concept on internalizing and externalizing problems among Japanese adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 334-342.

Ojeda G., A. (1998). *La pareja: apego y Amor*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM

ORTIZ BARÓN M.J. Y YARNOZ YABEN S. (1993): *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Universidad del País Vasco.

Posada, G., Lu, T., Trumbell, J., Trudel, M., Plata, S., Noblega, M., Lay, K.-L. (Noviembre/Diciembre de 2013). ¿Es el fenómeno base segura evidente aquí, allá y en cualquier lugar? Un estudio transcultural del comportamiento infantil. *Child Development*, 84, 1896-1905.

Posada, G., Trumbell, J., Noblega, M., Plata, S., Peña, P., & Carbonell, O. (Enero/Febrero de 2016). La sensibilidad y la base segura materna para niños en la primera infancia: estudio en contextos culturales diferentes. *Child Development*, 87, 297- 311.

Peñacoba, C.; Velasco, F.; González, J. & Garrosa, E. (2005). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 16 (1), 65- 89.

Quiceno JM y Vinaccia S (2012). *Curso en Psicocardiología para Pacientes*. Bogotá, Colombia: SANITAS & Astra Zeneca.

RADo, S.; DANIELS, G., *Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine*, Vol. 1, Nueva York, Grune & Stratton, 1956.

Ribot T. *The Psychology of Emotions*. London, W. Scott, 1897.

Rosenberg, M. J. and Hovland, C.I (1960) Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland, y M.J. Rosenberg (eds.), *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.

Strauss, G. P., Wilbur, R. C., Warren, K. R., August, S. M., & Gold, J. M. (2011). Anticipatory vs. consummatory pleasure: what is the nature of hedonic deficits 131 in schizophrenia? *Psychiatry Research*, 187(1–2), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.012>

Silva, P. “Sensibilidad Materna y su asociación con el desarrollo infantil temprano. Estudio exploratorio en díadas madre-bebé en Contexto Actual. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación. Noveno encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR”. *Bs As: Fc Ps. UBA*, 2013.

SROUFE, L. A. AND WATERS, E. (1977): Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.

Slade, A. (1999) Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. En J. Cassidy & P Shaver (eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 575- 594). New York: The Guilford Press.

Tobin AB. G-protein-coupled receptor phosphorylation: where, when and by whom. *Br J Pharmacol* 2008; 153(Suppl 1): S167- 176.

Troisi A, Frazzetto G, Carola V, Di Lorenzo G, Coviello M, D’Amato FR, ... Gross C (2011). Social hedonic capacity is associated with the A118G polymorphism of the mu-opioid receptor gene (OPRM1) in adult healthy volunteers and psychiatric patients. *Social Neuroscience*, 6(1), 88-97. <http://doi.org/10.1080/17470919.2010.482786>

Treadway, M., & Zald, D. (2010). Reconsidering anhedonia in depression. Lessons from translational neuroscience. *Neurosci. Biobehav. Rev.* (2010). doi:10.1016/j.neubiorev.2010.06.006

Vargas, A; Díaz, R & Sánchez, R. (2001). *Patrones de apego infantil: efectos diferenciales en niños y niñas*. *Revista de la Asociación Mexicana de Psicología Social*, 9, 862-868

Winnicott D. El primer año de vida. *Obras Completas. Psikolibro*. 1958

ANEXOS

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

(Melero, R. y Cantero, M.J., 2005)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones.

	1	2	3	4	5	6
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones						1 2 3 4 5 6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón						1 2 3 4 5 6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño.....						1 2 3 4 5 6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"						1 2 3 4 5 6
5. Necesito compartir mis sentimientos						1 2 3 4 5 6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones						1 2 3 4 5 6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad.....						1 2 3 4 5 6
8. No suelo estar a la altura de los demás						1 2 3 4 5 6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos.....						1 2 3 4 5 6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella						1 2 3 4 5 6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales						1 2 3 4 5 6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello ..						1 2 3 4 5 6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones						1 2 3 4 5 6
14. Tengo sentimientos de inferioridad						1 2 3 4 5 6
15. Valoro mi independencia por encima de todo						1 2 3 4 5 6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales.....						1 2 3 4 5 6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable						1 2 3 4 5 6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás.....						1 2 3 4 5 6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme						1 2 3 4 5 6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista.....						1 2 3 4 5 6

	1	2	3	4	5	6
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
21. Tengo confianza en mí mismo						1 2 3 4 5 6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía						1 2 3 4 5 6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás						1 2 3 4 5 6
24. Soy rencoroso						1 2 3 4 5 6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas						1 2 3 4 5 6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí						1 2 3 4 5 6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo						1 2 3 4 5 6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia						1 2 3 4 5 6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse						1 2 3 4 5 6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo						1 2 3 4 5 6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho						1 2 3 4 5 6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza						1 2 3 4 5 6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a						1 2 3 4 5 6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas						1 2 3 4 5 6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales						1 2 3 4 5 6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas						1 2 3 4 5 6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo						1 2 3 4 5 6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer						1 2 3 4 5 6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente						1 2 3 4 5 6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones						1 2 3 4 5 6

**ESCALA DE PLACER INTERPERSONAL ANTICIPATORIO Y CONSUMATORIO
EDAD:**

ESCOLARIDA

D:

GÉNERO: Masculino () Femenino ()
ESTADO CIVIL:

Elije entre las siguientes seis opciones de respuestas e indique su respuesta en el espacio a la derecha de cada ítem.

- 1.- Totalmente falsa para mí.
- 2.- Moderadamente falsa para mí
- 3.- Ligeramente falsa para mí
- 4.- Ligeramente verdadera para mí
- 5.- Moderadamente verdadera para mí
- 6.- Totalmente verdadera para mí

Por favor responde a todas las afirmaciones. Muchas gracias por tu colaboración.

ÍTE M	1	2	3	4	5	6
1.-Estoy deseando ver a la gente cuando voy de camino a una fiesta o a qued con otras personas.						
2.- disfruto mirando fotografías de mis amigos y familia.						
3.- realmente no me gustan las reuniones familiares o las tertulias (reunione con otras personas)						
4.-Disfruto bromeando y hablando con un amigo o un compañero de trabajo						
5.- Una buena comida siempre tiene mejor sabor cuando comes con un amig cercano.						
6.- Me gusta cuando la gente llama o manda mensajes de texto sólo para de hola.						
7.-Cuando algo bueno me pasa, no puedo esperar a compartirlo con otros.						

8.- Si conociera un grupo donde las personas compartieran los mismos inter que yo, estaría interesado en unirme a ellos.						
9.- Disfruto viendo películas sobre la amistad o relaciones con mis amigos.						
10.- Me imagino que sería muy divertido ir de vacaciones con un amigo o alg a quien amas.						
11.- Valoro mucho cuando me invitan a quedar con gente que conozco desp del colegio o del trabajo.						
12.-Estoy feliz cuando veo un amigo o alguien a quien amo que no he visto e mucho tiempo.						
13.- Disfruto haciendo actividades grupales, como ir a eventos deportivos o conciertos con amigos.						
14.- Me gusta ver mis programas favoritos de televisión con mis amigos.						
15.- me emociono cuando un amigo que no he visto en un tiempo me llama hacer planes.						
16.- Me gusta hablar con otros mientras espero en una fila.						
17.-Disfruto cuando charlo con un amigo sobre cosas importantes.						