



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Caracterización de los Vínculos Parentales en
pacientes que reciben tratamiento en el COSAM de
Concón.

VIOLETA ANGELINA OYARCE PAREDES
DANIEL RUBEN PAINEMAL SALINAS

Profesor Guía: Paula Solervicens Silva.

**SEMINARIO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA Y AL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGO**

Enero, 2014
Valparaíso, Chile

ÍNDICE DE CONTENIDOS Y ANEXOS

	Número de Pág
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	16
1 ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS	17
1.1 La Salud Mental y su desarrollo en Chile	17
1.1.1. Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).	20
1.1.2 Principales Problemas de Salud Mental que son atendidos en los COSAM.	24
1.1.2.1 Trastornos Mentales Asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Represión Política 1973-1990.	25
1.1.2.2 Trastornos de Hiperactividad / de la Atención en niños y adolescentes en edad escolar.	26
1.1.2.3 Trastornos del ánimo.	26
1.1.2.4 Trastornos Psiquiátricos Severos – Esquizofrenia.	27
1.1.2.5 Alzheimer y otras Demencia	27
1.1.2.6 Abuso y Dependencia a Alcohol y Drogas	27
1.1.3 Tratamiento Integral de los Problemas Mentales ambulatorios.	28
1.2 Incorporación del Apego en políticas institucionales	29
1.3. Antecedentes generales de la teoría del vínculo y Apego.	30
1.3.1. El modelo de Bowlby	30
1.3.2 Ainsworth y la Situación del Extraño.	31
1.3.2.1 Tipos de Apego	32
1.3.2.1.1 Niños con Apego seguro	32
1.3.2.1.2 Niños con Apego inseguro-evitativo.	32
1.3.2.1.3 Niños de Apego inseguro-ambivalente	33
1.3.2.1.4 Apego Desorganizado	33

1.3.3 Tipos de vínculos parentales	34
1.3.4 Modelos operantes internos (internal working models)	35
1.3.5 Factores culturales	37
1.3.6 Apego adulto	38
1.3.6.1 Apego seguro	39
1.3.6.2 Apego Inseguro	39
1.3.6.2.1 Apego Resistente (desentendido o evitativo)	40
1.3.6.2.2 Apego Preocupado	40
1.3.6.2.4 Apego Temeroso	40
1.3.7 Problemas de Salud mental y Apego inseguro	41
1.3.7.1 Consecuencias de privación prolongada o Maltrato	42
1.3.7.2 Desadaptación	42
1.3.7.3 Estrés	43
1.3.7.4 Problemas conductuales	44
1.3.7.6 Consumo de alcohol y drogas	44
1.3.7.7 Trastornos físicos.	44
1.3.7.8 Violencia de género	45
1.3.8 Modelos Operativos e intervención terapéutica	45
2 MARCO METODOLÓGICO	46
2.1 Diseño de Investigación	51
2.2 Objetivos	51
2.2.1 Objetivo general:	52
2.2.2Objetivos específicos:	52
2.3 Hipótesis	52
2.3.1 Hipótesis de investigación (Hi):	53
2.3.2 Hipótesis nula (H0):	53
2.3 Población y muestra	53
2.4.1Unidad de análisis.	53
2.4.2 Muestra	53

2.4.3 Definiciones conceptuales y operacionales de variables	54
2.6 Procedimientos	60
2.6.1 Recolección de datos	60
2.6.2 Instrumentos	60
2.6.2.1 P.B.I (Parental Bonding Instrument)	60
2.6.2.1.1 Recategorización de la percepción de los vínculos parentales	62
2.6.2.1.1 Análisis de la Confiabilidad de instrumento P.B.I	62
2.6.2.1.2 Análisis de la Validez de instrumento P.B.I	63
2.6.2.2 OQ- 45.2	63
2.6.2.2.1 Análisis de la confiabilidad del instrumento OQ 45. 2	64
2.6.2.1.2 Análisis de la validez del instrumento OQ 45.2	65
2.6.3 Método de análisis de resultados	65
3 RESULTADOS	68
3.1 Descripción de las características demográficas de la muestra	68
3.2 Determinación de la asociación entre Vínculo Parental, de los usuarios del COSAM respecto de sus figuras paternas, con el Modelo Operativo Interno de Apego	76
3.2.1 Análisis descriptivo de los vínculos parentales	77
3.2.2 Asociación entre los Vínculos Parentales Paternos y Maternos	80
3.2.3 Asociación entre los Modelos Operativos Internos Paternos y Maternos	80
3.3 Descripción del 3.3 Modelo operativo interno de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo al Rango de Edad.	82
3.3.1 Análisis de frecuencias Modelos Operativo Interno de Apego, según rango etario.	82
3.3.2. Asociación entre Modelo Operativo Interno de Apego parental y Rango etario	82
3.4 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego Parental de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón de acuerdo al sexo	84
3.4.1 Frecuencias de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro e Apego Inseguro en usuarias de sexo femenino	85

3.4.2 Frecuencias de percepción de Apego Seguro y Apego Inseguro en usuarios de sexo masculino	86
3.4.3 Asociación de las variables sexo y Modelo Operativo Interno de Apego	87
3.5 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo a los Ingresos familiares	87
3.5.1 Asociación entre las variables Modelo Operativo Interno de Apego e Ingresos Familiares	89
3.6 Caracterización de los Modelos Operativos Internos de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo al diagnóstico principal.	89
3.6.1 Asociación de la variable Modelo Operativo Interno de Apego y Diagnóstico Principal	90
3.7 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo al Bienestar Socioemocional general	91
3.7.1 Asociación entre variable Modelo Operativo Interno de Apego y Bienestar Socioemocional General	92
3.8 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón de acuerdo a las escalas Sintomatología, Rol social y Relaciones Interpersonales del cuestionario psicopatológico OQ-45.2	92
3.8.1 Asociación de variable Modelo Operativo Interno de Apego y escalas OQ-45.2	95
3.8.1.1 Modelo Operativo Interno de Apego y sintomatología	95
3.8.1.2 Modelo Operativo Interno de Apego y Rol Social	95
3.8.1.3 Modelo Operativo Interno de Apego y relaciones Interpersonales	96
4 DISCUSIÓN	97
5 CONCLUSIONES	105
6 LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
7 ANEXOS	127

Anexo n°1: Tabla distribución de la muestra según Problema de Salud Primario	127
Anexo n°2: Tabla de contingencia Problema de Salud Mental Principal y Tiempo de tratamiento a noviembre	128
Anexo n° 3: Tabla de distribución de la muestra según Estado civil	129
Anexo n°4: Tabla de distribución de la muestra según Percepción de Vínculo Materno	129
Anexo n° 5: Tabla de distribución de la muestra según Percepción de Vínculo Parental Paterno	130
Anexo n°6: Tabla de contingencia Modelo Operativo Interno de Apego Paterno y Materno	130
Anexo n° 7: Tabla de contingencia Rango etario y Modelo Operativo Interno de Apego Materno	131
Anexo n°8: Tabla de contingencia Rango Etario y Modelo Operativo Interno de Apego Paterno	131
Anexo n°9: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Sexo	131
Anexo n°10: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Sexo	132
Anexo n°11: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre e Ingreso familiar.	132
Anexo n°12: Pruebas de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre e Ingreso familiar	132
Anexo n°13: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Diagnóstico Primario	133
Anexo n°14: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Diagnóstico Primario	133
Anexo n°15: Media Puntaje Bruto OQ 45.2	133
Anexo n°16: Medias Puntaje Bruto OQ 42.5 en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro Madre e Inseguro Madre	133

Anexo n°17: Medias Puntaje Bruto OQ 45.2 en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro Padre e Inseguro Padre	134
Anexo n°18: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Ajuste Socio-Emocional	134
Anexo n°19: Prueba de Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Ajuste Socio-Emocional	135
Anexo n°20: Medias Puntajes Bruto Escala de Sintomatología en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego e Inseguro Madre	135
Anexo n°21: Medias Puntajes Bruto Escala de Sintomatología en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro e Inseguro Padre	135
Anexo n°22: Medias Puntajes Bruto Escala de Rol Social en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro e Inseguro Madre	136
Anexo n°23: Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Sintomatología	136
Anexo n°24: Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Sintomatología	136
Anexo n°25: Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Rol Social	137
Anexo n°26: Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Rol Social	137
Anexo n°27: Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Relaciones Interpersonales	137
Anexo n°28: Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Relaciones Interpersonales	138
Anexo n°29: Ficha de consentimiento informado	139
Anexo n°30: Instrumento de lazos parentales P.B.I	141
Anexo n°31: Normas Escala Cuidado Madre	145
Anexo n°32: Normas Escala Sobreprotección Madre	146
Anexo n°33: Normas Escala Cuidado Padre	147
Anexo n°34: Normas Escala Sobreprotección Padre	148

Anexo n°35: Instrumento OQ 45.2	149
Anexo n°36 Pauta de aplicación PB.I	152
Anexo n°37 Pauta de aplicación OQ 45.2	160

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Número de Pág
Gráfico 1. Distribución de la muestra según Rango etario	68
Gráfico 2. Distribución de la muestra según Sexo	69
Gráfico 3. Distribución de la muestra según Comuna de residencia	69
Gráfico 4. Problema de Salud mental principal	70
Gráfico 5. Distribución de la muestra según Consumo de drogas	71
Gráfico 6. Distribución de la muestra según Tiempo de tratamiento a noviembre del 2013	71
Gráfico 7. Etapa de tratamiento a noviembre del 2013	72
Gráfico 8. Distribución de la muestra según Tramo de FONASA	72
Gráfico 9. Ultimo curso aprobado u escolaridad de la muestra	73
Gráfico 10. Distribución de la muestra según Profesión u oficio	74
Gráfico 11. Distribución de la muestra según Estado civil	74
Gráfico 12. Distribución de la muestra según Ingresos familiares	75
Gráfico 13. Distribución de la muestra según Integrantes familiares	75
Gráfico 14. Distribución de la muestra según N° de hijos	76
Gráfico 15. Distribución de la muestra según Percepción de Vinculo Parental Materno	78
Gráfico 16. Distribución de la muestra de Modelo Operativo Interno de Apego Materno	78
Gráfico 17. Distribución de la muestra según Percepción de Vinculo Parental Paterno	79

Gráfico 18. Distribución de la muestra según Modelo Operativo Interno de Apego Paterno	80
Gráfico 19. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego Parental y Rango etario	83
Gráfico 20. Sexo femenino y MOIA hacia la madre	85
Gráfico 21. Sexo femenino y MOIA hacia el padre	85
Gráfico 22. Sexo Masculino y MOIA hacia Madre	86
Gráfico 23. Sexo Masculino y MOIA hacia el Padre	86
Gráfico 24. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego parental e Ingreso Familiar	89
Gráfico 25. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Diagnóstico principal	90
Gráfico 26. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Ajuste Socio-Emocional	91
Gráfico 27. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Sintomatología	94
Gráfico 28. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Rol Social	94
Gráfico 29. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Relaciones Interpersonales	95

ÍNDICE DE TABLAS

	Número de Pág
Tabla 1. Distribución de la muestra según uso de fármacos	73
Tabla 2. Distribución de la muestra según casos incluidos y excluidos	77
Tabla 3. Pruebas de Chi-cuadrado para la Percepción de vínculos Maternos y Paternos	81

Tabla 4. Pruebas de Chi-cuadrado para los Modelo Operativo Interno de Apego Paterno y Materno	81
Tabla 5. Distribución de la muestra según casos incluidos y excluidos	82
Tabla 6. Pruebas de Chi-cuadrado	84
Tabla 7. Pruebas de Chi-cuadrado	84
Tabla 8. Tabla de contingencia de Modelo Operativo Interno de Apego Materno y sexo	84
Tabla 9. Resumen de datos incluidos entre Modelo Operativo Interno de Apego hacia Madre e Ingresos Familiares	88
Tabla 10. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego hacia Padre e Ingresos Familiares	88

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo describir los distintos tipos de representaciones mentales de Apego, hacia sus figuras parentales, de usuarios que se encuentren recibiendo tratamiento bajo el sistema público de Salud. Tomando como referencia las frecuencias de percepciones de Apego inseguro que tienen las personas con las figuras parentales en la población no clínica, se afirma que diversos estudios han determinado que los Apegos poco satisfactorios con los cuidadores rondan el 30 % de la población. La muestra elegida para esta investigación son usuarios, entre 16 y 65 años, que actualmente reciben tratamiento en el Centro Comunitario de Salud Mental y Psiquiátrica de Concón (COSAM), perteneciente a la Quinta región de Valparaíso. Se trabajó con un diseño de carácter no experimental, transaccional y descriptivo. Se utiliza el cuestionario OQ 45.2 (De la Parra, 2006) para recoger información del ajuste psicosocial de los usuarios y el instrumento P.B.I (Dávila, Ormeño y Vera, 1999) para evaluar la percepción de los vínculos parentales.

Para una mejor comprensión de los Modelos Operativos Internos de las relaciones tempranas, se asoció a la percepción que estos usuarios mantienen del tipo de Apego que se tuvo con los padres con variables como sexo, rango etario, ingresos económicos familiares y el diagnóstico psiquiátrico principal.

Los resultados indicaron una frecuencia alta de representaciones de Apego inseguro, superior al que se esperaría encontrar en población no clínica, siendo estas cifras aún más altas en mujeres. Además, se identificó la asociación que existe entre la percepción que se tiene del tipo de Apego con la madre y de la que se tiene con el padre, mostrando una alta concordancia entre ambas. Las relaciones tempranas percibidas como insatisfactorias fueron más frecuentes con la madre, tanto en mujeres como en hombres. Los grupos de Apego inseguro mostraron mayor sintomatología e insatisfacción por el rol social y las relaciones interpersonales.

En base a los resultados, y a la literatura revisada, se considera a las representaciones mentales de Apego inseguro como un factor que está asociado a la presencia de malestares psicológicos y que, a la vez, el Apego seguro resulta ser un factor protector de psicopatologías.

INTRODUCCIÓN

La calidad de las relaciones que se establecen con los padres durante la infancia es uno de los factores más influyentes en el bienestar psicológico de las personas en la adultez (Oliva, 2004). A finales de la década de los 60', Bowlby y Ainsworth postularon las implicancias que tiene el Apego en el desarrollo socioemocional de los individuos, exponiendo las consecuencias que tienen vínculos tempranos insatisfactorios sobre la Salud Mental en etapas posteriores. A medida que numerosos estudios comprobaban o enriquecían sus postulados centrales, la teoría del Apego comenzó cobrar relevancia para una gran variedad de áreas relacionadas con el desarrollo humano (Oliva, 2004).

A continuación, se exponen algunos estudios que dan cuenta de cómo algunos sectores del campo de la psicopatología y la psicología clínica han comenzado a comprender y abordar los fenómenos psicológicos, incluidos los trastornos, desde los efectos que tienen las representaciones mentales que elaboran las personas de las interacciones con sus padres durante sus primeros años de vida. Estas representaciones dan forma a los modelos operativos internos que median las cogniciones, conductas y sentimientos.

El Apego seguro se ha asociado con el desarrollo óptimo de los individuos y con la consecuente sensación de plenitud y bienestar; por el contrario, el Apego no seguro se ha relacionado con la presencia de psicopatologías (Bowlby; 1989; Oliva 2004, Santelices, 2010). Diversos estudios realizados en países del hemisferio norte y sur han mostrado que, en general, alrededor del 55-70% de los niños y madres presentan un Apego seguro, el 20% Apego inseguro evitante, 12-15% de Apegos ambivalentes, y el 8-10% Apego desorganizados (Lecannelier, 2007).

Se ha decido trabajar en un Centro de Salud Mental y Psiquiatría de enfoque comunitario por la prestación de servicios que ofrece a pacientes que han sido

diagnosticados con algún Problema de Salud Mental; siendo así, se podría suponer que en este grupo de personas exista mayor presencia de representaciones de Vínculos Parentales que se asocien con Apego no seguro.

A partir de los antecedentes anteriores, el objetivo de la investigación será caracterizar las representaciones de los Vínculos Parentales que tienen los usuarios de este Centro Comunitario de Salud Mental y Psiquiatría (COSAM). Para cumplir con este fin, se ha decidido utilizar un estudio no experimental, descriptivo, de tipo trasversal.

Se trabajó con una muestra de 70 usuarios entre 16 y 65 años, de sexo femenino y masculino. Para comprender los efectos que tienen las representaciones mentales de los vínculos tempranos con los padres sobre la Salud Mental de estos usuarios, se consideraron variables como el sexo y edad, junto con ingreso económico, nivel educacional, número de integrantes del grupo familiar y diagnóstico psiquiátrico principal.

Para identificar las representaciones de los Vínculos Parentales de los usuarios, se aplicó el cuestionario P.B.I (Parental Bonding Instrument) de Dávila, Ormeño y Vera, estandarizado en nuestro país en 1999. Dicho instrumento cuenta con las adaptaciones necesarias para ser utilizado en la población chilena, lo cual lo hace más sensible para caracterizar la realidad local de la cual se quiso dar cuenta. Así mismo, se utilizó el cuestionario OQ 45.2 (De la Parra y Von Bergen, 2006) para describir el Bienestar Psicológico de las personas que forman parte de la muestra elegida.

Se ha escogido trabajar en un Centro de Salud Mental Comunitario por pertenecer al nivel de atención secundaria, especializado en el tratamiento de problemas de Salud Mental, cuyas intervenciones son de carácter ambulatorio y descentralizado, las cuales no sólo incluyen los recursos personales de los pacientes, sino que además incorpora los factores de protectores del entorno. La visión de este tipo de institución

considera al paciente como un integrante de múltiples sistemas organizativos, que se incluyen entre sí y que son co-dependientes en sus desarrollos: como la familia, grupo de pares, escuela, trabajo, comunidad, etc. Esta concepción, y modelo de tratamiento, permite poner en marcha intervenciones psicoterapéuticas a nivel psicosocial, facilitando el despliegue de medidas en el tratamiento que integren la reparación de Vínculos Interpersonales insatisfactorios, que pueden estar presentes en las alteraciones de Salud Mental. Se ha elegido realizar esta investigación en el Centro de Salud Mental y Psiquiatría de Concón por realizar planes de intervención integrales que consideran al paciente como sujeto de derecho, evitando las consecuencias nocivas, que diversa evidencia empírica ha asociado a sistemas de atención asilar psiquiátrica, tales como discriminación, exclusión y estigmatización sobre las quienes padecen alguna enfermedad mental (MINSAL, 2008). Bajo los objetivos propuestos para las instituciones de este enfoque, los alcances de esta investigación pueden ser útiles para la potencialización del tratamiento que reciben los usuarios, el mejoramiento del pronóstico y de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

1 ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

1.1 La Salud Mental y su desarrollo en Chile

La Salud Mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La perspectiva positiva concibe la Salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, define que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (OMS, 2004)

En Chile una de cada tres personas, niños y adultos, sufre problemas de Salud mental en algún momento de su vida (Vicente P, B y cols., 2002; 2006 citado en Estrategia Nacional de Salud Mental, 2011) y, por ello, ven disminuidas su energía vital y autoconfianza, pierden oportunidades y ven dilatarse los tiempos de recuperación de las problemáticas de Salud Mental. Desde la revisión de las Políticas de Salud Mental, el Departamento con el mismo nombre se ha planteado el desafío y la oportunidad de prevenir y reducir los efectos de los Problemas de Salud Mental en Chile, considerando el indispensable mejoramiento de la calidad en el quehacer de los Sistemas de Salud. Se agregan innovaciones en varias políticas y prácticas a nivel de legislación, financiamiento, formación de recursos humanos, participación social, sistemas de información, protección laboral y social, responsabilidades intersectorial y focalización.

La reconceptualización de la Salud mental tiene, para la presente década, los siguientes objetivos (MINSAL, 2011):

- Favorecer la emergencia e integración de iniciativas sectoriales e intersectoriales que generen condiciones para el desarrollo pleno de las capacidades de

las personas y contribuyan así, a la construcción de una buena Salud mental de la población.

- Atenuar los determinantes sociales que afectan la Salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo, de modo de prevenir la aparición de problemas y trastornos mentales.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas y enfermedades mentales, garantizando los tratamientos necesarios, con la debida calidad y oportunidad, la equivalencia de trato a la Salud mental y física en los seguros de Salud, el desarrollo del modelo comunitario de Salud mental y la plena inclusión social de las personas con discapacidad mental.

Por lo cual desde el Estado se propone 7 líneas de acción para lograr con estos objetivos que incluyen:

- La Legislación.
- Esfuerzos por gestionar la responsabilidad Intersectorial.
- Priorizar recursos económicos y de formas de financiamiento.
- Administración y capacitación de recursos humanos.
- Gestionar el incremento de la participación social
- La mejora continua del Sistema de Atención en Salud Mental.
- Facilitar el acceso y la integración de los sistemas de información

La anterior propuesta de intersectorialidad da cuenta de un fenómeno complejo de abordar, por tanto se entiende que la Salud, entendida como bienestar biopsicosocial, está determinada en gran medida por el estado o nivel de desarrollo alcanzado por el país en el ámbito económico, político - social y de Salud pública. No es un fenómeno exclusivamente individual ni depende solamente de los sistemas sanitarios de atención.

Existen antecedentes de que los indicadores de Salud de los países están fuertemente determinados por sus niveles de ingreso (Patel, 2005 citado en Estrategia Nacional de Salud Mental, 2011). De la misma manera, también existe evidencia de que una vez superada la mortalidad producida preferentemente por enfermedades infecciosas y otras propias del subdesarrollo, las diferencias, incluso en indicadores duros, como las tasas de mortalidad, son función de la distribución del ingreso al interior de las sociedades. La explicación de que los sectores menos favorecidos, de los países que han superado la transición epidemiológica, se vean más afectados por la enfermedad tanto física como mental parecen ser, más que las dificultades de acceso a servicios de Salud, factores psicosociales asociados al desempleo, las bajas remuneraciones, deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, escasa participación social, hacinamiento, menores niveles de educación, vecindarios más inseguros (Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., y Patel, 2005 citado en Estrategia Nacional de Salud Mental, 2011)

Más allá de los aspectos estrictamente socioeconómicos, se puede decir que toda la población de un país asume la "carga psicosocial" de la vida moderna, que ha sido definida como "la limitación más importante para la calidad de vida de las personas en las sociedades actuales"(Plan Nacional de Salud Mental, 2011). Muchas veces esta carga se expresa como estrés crónico asociado a incertidumbre y condiciones en el trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, formas de vida condicionadas por las grandes ciudades, falta de identidad, individualismo, competitividad, etc. (Plan Nacional de Salud Mental, 2011)

El costo social y económico de las enfermedades recae en todos los sectores del Estado: tanto por la disminución de la productividad del país por discapacidad evitable o muerte prematura, como porque las personas que las sufren y sus familias requieren mayor cantidad de subsidios sociales y servicios de Salud, justicia, vivienda, etc. Estos costos han sido estimados en los estudios de "Carga de la Enfermedad en Chile: Años de Vida Saludables Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad. AVISA" (MINSAL,

1996) y en el estudio “Costo Económico del Consumo de Alcohol en Chile” (MINSAL, 1998). Pero, en el caso de las enfermedades mentales, existe además, una carga oculta que da cuenta de la sobrecarga emocional de las familias de las personas afectadas, la mayor tasa de conducta violenta, maltrato intrafamiliar, abuso de alcohol y drogas, suicidio y criminalidad que estas enfermedades generan.

En la población general coexisten personas y grupos que se encuentran, en un momento dado, en diferentes condiciones respecto a su Salud mental: sanas, en riesgo, con trastornos compensados, no compensados, con discapacidad psíquica, etc. El nivel de Salud mental que alcanza cada individuo es resultado de la interacción, en los contextos de vida, de factores protectores y de riesgo. Por consiguiente, las acciones para mejorarlo y protegerlo, son responsabilidad de todas las instituciones, tanto organizaciones públicas como privadas, cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social.

El sistema de atención en Salud mental de Chile, a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tiene como desafío aportar al desarrollo humano del país; en este sentido, busca “Contribuir a que las personas, familias y comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y a la vez fomentar el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.” (MINSAL, 2010)

El plan se basa en el concepto de que la Salud, y en especial la Salud Mental, no sólo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la Salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es

decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

De esta manera, el plan considera que la intervención debe considerar la prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales por tanto requiere de acciones de Salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse como foco la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada esta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar.

1.1.1. Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

Ante la evidencia que demuestra su eficacia y equidad para el tratamiento general de las enfermedades mentales, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría propuso un modelo de atención comunitaria en Salud Mental. Derivado de dicho modelo, se han ido instaurando en nuestro país, los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

En el caso de la quinta región, encontramos dos Centros Comunitarios de Salud Mental. Uno emplazado en la comuna de Limache y otro en la comuna de Concón. Dichos centros, y en el caso particular el de la ciudad de Concón, orientan sus objetivos a la reinserción socio-familiar, laboral e integración social del sujeto afecto de algún trastorno mental. La importancia de dichos centros radica, tal como lo señala la Norma n° 106 para su implementación (basado en lo expuesto por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 950, del 29 Diciembre 2008), en que se configuran

como un núcleo descentralizado del modelo de atención en el nivel local, donde se entrega atención ambulatoria especializada, inserta en la comunidad.

Entre sus principales funciones se destacan las siguientes:

- Brindar atención integral y especializada en Salud mental y psiquiatría a personas con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, es decir a aquellos que representan mayor severidad, compromiso psicosocial y necesidades de cuidado o dependencia.
- Dar respuesta a las necesidades de la atención primaria, en lo relativo al cuidado de la Salud mental de la población a su cargo.
- Desarrollar un trabajo conjunto con las distintas organizaciones comunitarias tales como organizaciones de usuarios y familiares, juntas de vecinos, organizaciones comunitarias, colegios, clubes deportivos, juzgados, PDI, carabineros, mesas de colaboración local, ONG, etc.
- Constituirse como campo clínico para la formación de especialistas en Salud mental y psiquiatría.
- Facilitar el desarrollo de investigación en áreas de su competencia (MINSAL, 2008)

Los COSAM deben estar dotados de los recursos técnicos y profesionales necesarios para actuar como equipos de Salud mental y psiquiatría ambulatoria, realizando todas las actividades del nivel secundario (a excepción de la internación), incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto con acciones directas con las personas como a través de consultorías de Salud mental a los equipos de

atención primaria. Dentro de las actividades y prestaciones que ofrece el centro de Salud mental familiar (COSAM), podemos mencionar.

- **Consultoría de Salud mental:** es una actividad conjunta e interactiva entre el equipo de Salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de Salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de Salud general o consultorio.

Para la Promoción de Factores Protectores de la Salud Mental en la población general, se cuenta:

- **Intervención / actividad comunitaria,** es realizada por la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de Salud general, con Organizaciones Locales (o con personas capaces de crearlas), Redes Comunes de Prevención, Organizaciones de Usuarios y / o Familiares, Sociales, Laborales, Escolares, de Vivienda, de Justicia, ONG's, Privadas, Medios de Comunicación, entre otras.

Para la Prevención de la Salud mental, se cuenta:

- **Intervención psicosocial grupal:** es realizada por la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de Salud general, dirigidas a grupos de personas que presentan alto riesgo de enfermedad mental.

- **Consulta médica de Salud mental:** es realizada por el Médico con personas consultantes en los que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar enfermedad mental.

- **Intervención / actividad comunitaria:** es realizada por la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de Salud general, con organizaciones o redes de apoyo, grupos de autoayuda, establecimientos educacionales y centros laborales.

- **Consulta de Salud mental:** al igual que la anterior pero realizada por Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo u otro integrante del equipo de Salud general.

Para el Tratamiento / Recuperación y Rehabilitación, se cuenta:

- **Consulta médica de Salud mental:** realizada por el Médico General con el paciente y un familiar o acompañante.

- **Consulta de Salud mental:** realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona u otro profesional o técnico.

- **Intervención psicosocial grupal:** realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Matrona u otro profesional o técnico con el paciente y la familia.

- **Visita de Salud mental:** realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona, Terapeuta Ocupacional u otro profesional o técnico al domicilio, lugar de trabajo o escuela, dirigida al paciente, familiares y cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, profesores.

- **Psicoterapia individual / grupal:** realizada por psicólogo clínico con personas con diagnóstico de una enfermedad mental.

- **Intervención / actividad comunitaria:** que realiza la Asistente Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de Salud general, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y a la familia en su tratamiento y rehabilitación.

Para la Atención de Urgencia, se cuenta:

- **Consultoría de Salud mental:** actividad conjunta e interactiva entre el equipo de Salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de urgencias en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes.
- **Consulta psiquiátrica:** realizada por médico psiquiatra con el paciente y su familia, referido por el equipo de urgencia por su mayor complejidad (Plan Nacional de Salud Mental, 2011).

1.1.2 Principales Problemas de Salud Mental que son atendidos en los COSAM.

De acuerdo a investigaciones en Chile, Vicente y cols. (2002) ofrecen el principal estudio de epidemiología psiquiátrica realizado, entre 1992 y 1998, y comunicado en 2002 con datos generales para la población general de Chile. Este estudio evaluó que la mayor prevalencia se conforma por trastornos afectivos, ansiosos, somatoformos y abuso de sustancias. Estos estudios investigaron muestras representativas de la provincia de Concepción, para luego compararlas con habitantes de Santiago, Iquique y el resto del país (Vicente y cols. (2002), Citado en Florenzano, 2008).

Al respecto, según Florenzano (2008), la prevalencia global de Trastorno Mental es elevada; más de un tercio de la población presenta un cuadro diagnosticable como psiquiátrico. Los trastornos depresivos y ansiosos tienen prácticamente la misma

prevalencia, con predominio de las depresiones mayores y distimias entre los primeros y de las agorafobias entre los segundos. Por otro lado, el abuso y dependencia de alcohol, seguido por la de nicotina, son los cuadros más frecuentes en el tercer grupo investigado. Como también los trastornos por estrés post traumático, y los de deterioro psico-orgánico, son especialmente frecuentes.

Desde el Programa Nacional de Salud Mental el Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria ha priorizado la atención de los problemas mentales para elevar el bienestar y Salud mental de las personas consultantes, según la ley n° 19.966 sobre las patologías del plan de Garantías Explícitas de Salud (GES). Entre las cuales podemos contar.

1.1.2.1 Trastornos Mentales Asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Represión Política 1973-1990.

La Violencia Intrafamiliar ejercida hacia mujeres y adultos mayores provoca daños en su Salud física y psicológica. En el caso de los daños físicos pueden ser lesiones de distinta gravedad e incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Por otro lado, los daños en la Salud Mental se pueden manifestar en Estrés Post Traumático, la Depresión, los Trastornos Psicósomáticos y pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados. Estos efectos son tan severos que implican elevados costos de atención médica, ya sea en los Servicios de Urgencia como en los programas en el nivel primario.

Se estima que alrededor del 33,6 % de las mujeres viven algún grado de violencia en sus relaciones familiares. Aunque la prevalencia en adultos mayores no ha sido estudiada en el país, se estima que alcanzaría un 4% (proyección de estudios internacionales) (MINSAL, 1998).

El COSAM al respecto, brinda atención a mujeres y adultos mayores con situaciones de violencia con riesgo vital para su integridad física, de suicidio u homicidio y quienes presenten complicaciones asociadas a la situación de violencia tales como Estrés post Traumático, Depresión, y otras. Como también a hombres agresores referidos por la ley 19.325.

1.1.2.2 Trastornos de Hiperactividad / de la Atención en niños y adolescentes en edad escolar.

Los niños con trastorno hipercinético de la atención suele generar disfuncionalidad a nivel de la familia, y los niños que lo presentan sufren con mayor frecuencia maltrato físico y psicológico.

El COSAM en este sentido, se preocupa por la atención a niños con trastorno hipercinético / de la atención severo, con comorbilidad o resistente al tratamiento de al menos 3 meses

1.1.2.3 Trastornos del ánimo.

En el último tiempo se ha demostrado el efecto discapacitante de la depresión, con un impacto negativo en la vida de las personas y su familia. De acuerdo al estudio chileno sobre Carga de Enfermedad (MINSAL, 1996), ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA), en mujeres.

En cuanto a la epidemiología, la depresión es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 20 y 45 años.

Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños.

El COSAM brinda atención a personas mayores de 15 años, según la guía metodológica de diagnóstico y tratamiento para la depresión (1998), con trastornos depresivos moderados y severos, con riesgo de suicidio, complicados con comorbilidad psiquiátrica y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de Salud general (se incluyen distintas clasificaciones de los trastornos de humor, como bipolaridad) y/o atendidas en servicio de urgencias por depresión severa.

1.1.2.4 Trastornos Psiquiátricos Severos – Esquizofrenia.

Según el CIE-10, los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.

1.1.2.5 Alzheimer y otras Demencia

Se estima que la etiología y patogenia de la demencia es múltiple. La Organización Panamericana de la Salud señala que el 55% de ellas corresponde a la enfermedad de Alzheimer, un 15% a demencias vasculares y un 13% a causas mixtas, es decir, una asociación de lesiones degenerativas de tipo Alzheimer con lesiones vasculares.

Si bien el COSAM considera dentro de sus prestaciones la atención a adultos mayores con demencia, para esta investigación se descarta la inclusión de esta patología de la Salud mental.

1.1.2.6 Abuso y Dependencia a Alcohol y Drogas

El abuso de alcohol afecta a alrededor del 15 % de la población general mayor de 12 años, con un tercio de ellos presentando dependencia, y a casi un 40% de los hombres

consultantes del nivel primario de atención, de acuerdo a la normativa técnica consumo perjudicial y dependencia alcohólica (1993). El abuso y dependencia de alcohol y drogas es tres veces más frecuente entre los hombres, y se presenta en mayor número en el grupo de edad entre 12 y 45 años, de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental.

Las principales complicaciones se asocian significativamente con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando una pérdida económica al país superior a los US \$ 3.000 millones, de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental. El COSAM incorpora, dentro de sus prestaciones, la atención a personas con dependencia al alcohol y drogas, de un nivel de complejidad intermedio o severo, con deterioro biopsicosocial y/o comorbilidad psiquiátrica, y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de Salud general, y/o atendidas en servicio de urgencias por intoxicación o complicación severas, según “Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol” (1995).

1.1.3 Tratamiento Integral de los Problemas Mentales ambulatorios.

El Tratamiento Integral Ambulatorio contempla una serie de prestaciones definidas, de acuerdo a las Guías Clínicas, para cada una de estas condiciones de Salud Mental, antes descritas, con el objetivo de generar alivio y superar los problemas clínicos de la población consultante.

En este sentido, los prestadores de Salud Mental suscriben acciones a un equipo multidisciplinario para la población que corresponda, expresado mediante el Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI) del Ministerio de Salud. Entre las prestaciones más frecuentes, según la normativa técnica N°106 para la implementación y funcionamiento de centros de Salud mental comunitaria (2008), podemos dar cuenta de:

- Psicoeducación: individual, familiar o en grupos

- Psicofarmacoterapia
- Psicoterapia individual, grupal y de familia
- Intervención en crisis
- Desarrollo de habilidades individual y grupal
- Tratamiento asertivo comunitario
- Intervención social comunitaria
- Monitoreo, control y administración de riesgos (MCAR)
- Seguimiento y monitoreo a mediano y largo plazo

1.2 Incorporación del Apego en políticas institucionales

Desde que, en 1970, John Bowlby y Mary Ainsworth tratarán de explicar los efectos que los vínculos tempranos tienen en el desarrollo psicológico de los seres humanos, la Teoría del Apego constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional (Oliva, 2004). El Apego se entiende como el vínculo emocional que se comienza a desarrollar desde la infancia y que proporciona la seguridad indispensable para desarrollo de la personalidad (Bowlby, 1988 en Loubat, M., Ponce N. & Salas, M., 2007), razón por la cual se ha transformado en un productivo marco de investigación para las ciencias sociales y médicas. Así, las dimensiones para entender los fenómenos psicológicos y las psicopatologías se han visto transformadas a partir de la nueva comprensión de la forma en que las interacciones afectivas tempranas influyen en la Salud mental de los individuos; de la misma forma, los argumentos que sustentan los programas sociales y las políticas públicas relacionadas con la Salud han tenido que suscribirse a dichas consideraciones.

En Chile, por ejemplo, se ha implementado un Sistema de Protección Integral a la Infancia llamado "*Chile Crece Contigo*": éste incluye a niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años de edad, además propone un enfoque integral que considera a sus familias y la comunidad. Intenta intervenir en todas las áreas del desarrollo: físico,

cognitivo y socioemocional (Consejo Infancia, 2006), poniendo de relieve la importancia de incorporar prácticas de intervención temprana y, en especial, en Apego (programa que aborda el trabajo en habilidades parentales). Es importante destacar que los estudios muestran que, si bien las intervenciones en Apego son más sensibles en la temprana infancia, pueden además abordarse, con eficacia demostrada, en todas las etapas del desarrollo (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Con respecto a las intervenciones en el COSAM, éstas no contemplan el trabajo explícito en Apego, pero el trabajo de tipo comunitario propuesto incorpora y aborda factores relacionados con la formación y mantención de vínculos interpersonales satisfactorios que pueden resignificar o reparar aquellos poco satisfactorios que se establecieron durante la infancia con los cuidadores. Entre las intervenciones que se llevan a cabo y que pueden intervenir en las percepciones de vínculos tempranos, podemos citar:

- Fortalecimiento de recursos y potencialización de factores protectores de la persona consultante y su familia; continuidad de intervenciones individuales, familiares y/o grupales, psicoterapia familiar.
- Aplicación de técnicas de educación comunitaria; aprendizaje social o de entrenamiento directo para el desarrollo de habilidades interpersonales.

1.3 Antecedentes generales de la teoría del vínculo y Apego.

1.3.1 El modelo de Bowlby

Bowlby (1969), mediante la teoría del Apego, explica que los seres humanos, desde el nacimiento, tienen la tendencia a asegurar su cercanía a la persona a quien perciben como una figura que puede darles cuidado y puede protegerlos de toda clase de peligros. Siendo así, propone que existiría un sistema propio de control que tiene la función de protección y supervivencia.

Bowlby (1969) propone un modelo que da cuenta de la existencia de cuatro sistemas de conductas interrelacionadas: el sistema de conductas de Apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. Cuando se refiere a “sistema de conductas de Apego” se explicita que hay ciertos comportamientos que tienen la finalidad de asegurar y mantener la cercanía o contacto con su cuidador (sonrisas, sollozos, contactos táctiles, etc.), éstas se activarían cuando se amplía la distancia entre el niño y esta figura de Apego, más aún cuando se percibe una situación como amenazante. En relación al “sistema de exploración”, se podría suponer cierta incompatibilidad con la mantención de proximidad y cercanía con la figura de protección, así cuando se ponen en marcha las conductas de Apego disminuiría la exploración del entorno. Cuando se hace presente el miedo a los extraños, disminuirían las conductas exploratorias y aumentarían las conductas de Apego. Finalmente, en contraposición al miedo a los extraños, el sistema afiliativo da cuenta del interés que muestran los individuos por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos con los cuales quizás aún no se compartan lazos afectivos (Oliva, 2004).

1.3.2 Ainsworth y la Situación del Extraño

Ainsworth en 1970 examinó el equilibrio entre las conductas de Apego y de exploración en condiciones estresantes mediante la “Situación del Extraño”; en esta dinámica experimental la madre y el niño entran a una habitación con juegos en la cual los acompañará una persona desconocida. Las observaciones concluyeron que los niños exploraban y jugaban más cuando estaba la madre y que estos comportamientos

disminuían cuando estaba presente la persona desconocida; y más aún cuando la madre salía y los niños quedaban a solas con el extraño. Siendo así, se puede sostener que la madre es concebida por el niño como la base segura para las conductas de exploración y que cuando se percibe amenaza (en este caso, el extraño) se ponen en marcha las ya citadas conductas de Apego, disminuyendo las de exploración (Oliva, 2004).

A partir de los trabajos de Mary Ainsworth, se puede dilucidar la existencia de diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo (en términos de responsividad de la madre y de la percepción que tiene el niño de su disponibilidad) y la posterior influencia sobre la formación del Apego. Las conductas de cada niño en este experimento le permitieron describir tres patrones que eran representativos de los distintos tipos de Apego identificados.

1.3.2.1 Tipos de Apego

1.3.2.1.1 Niños con Apego seguro.

Al entrar a la habitación, estos niños comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la sala, las conductas exploratorias se reducían y el niño manifestaba inquietud. A su regreso, el niño buscaba contacto físico con su madre, se alegraba y, al cabo de uno segundos, continuaba el juego. Se contaba con información de que estas madres habían sido calificadas, en observaciones en el hogar, como muy sensibles y responsivas a las llamadas de su hijo, mostrándose disponibles cuando la necesitaban. (Ainsworth y Bell, 1970 en Moreno, 2010).

1.3.2.1.2 Niños con Apego inseguro-evitativo.

Los niños se mostraban independientes. Al momento de entrar en la sala empezaba a explorar e inspeccionar los juguetes y el ambiente; en este caso, no se

apoyaba en la madre como base segura: actuaba sin mirarla, la ignoraba y no se empeñaba en corroborar si aún estaba en la habitación. Cuando la madre salía de la habitación no parecían afectados y tampoco trataban de acercarse o contactarse físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos la rechazaban (Ainsworth y Bell, 1970 en Moreno, 2010).

Ainsworth relacionó la independencia de estos niños con dificultades emocionales, se basó en el semejante desapego que mostraban niños que habían atravesado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar complementaban esta idea, puesto que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño e incluso rechazantes.

1.3.2.1.3 Niños de Apego inseguro-ambivalente

Estos niños mostraban mucha preocupación por la ausencia de sus madres, las conductas exploratorias eran mínimas. Se veían perturbados cuando la madre salía, y cuando regresaba se percibían en una situación de ambivalencia; su conducta oscilaba entre la irritación, el rechazo al contacto, el acercamiento y aquellos comportamientos para mantener contacto. Las observaciones en el hogar dan cuenta que las respuestas de estas madres hacia sus hijos podrían describirse inconsistentes; en algunas ocasiones se habían mostrado sensibles y cálidas, mientras que en otras habían sido frías e insensibles. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre.

1.3.2.1.4 Apego Desorganizado

Para explorar lo que en un principio se consideró como “inclasificable”, se propuso un cuarto tipo de estilo de Apego “inseguro desorganizado/desorientado (Main y Solomon, 1986 en Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J., 2008). Se trata

de los niños que muestran la mayor inseguridad. Los niños que mantienen con sus madres este tipo de Apego, muestran una variedad de comportamientos confusos y contradictorios cuando ésta regresa (por ejemplo: pueden mirar hacia otro lado mientras están en los brazos de su madre, se acercan a ella con una expresión triste, pueden llorar desesperadamente luego de mostrarse tranquilos, adoptar posturas corporales rígidas, movimientos estereotipados, etc. (Ainsworth y Bell, 1970 en Moreno, 2010).

1.3.3 Tipos de vínculos parentales

Para clasificar los vínculos parentales Dosier, Stovall y Albus (1999) proponen cuatro categorías: padres autónomos, padres preocupados, padres rechazantes y padres con trauma no resuelto. Así, los padres con modelos autónomos se muestran accesibles a sus hijos, sensibles a las llamadas del niño y favorecen el contacto cuando estos se muestran necesitados, lo cual generaría hijos con estilo de Apego seguro; los padres con modelos preocupados se muestran ambivalentes e imprevisibles ante las posibilidades de acceder a ellos cuando sus hijos muestran una necesidad de contacto y responden sólo en algunas ocasiones a los llamados de sus hijos; lo cual, llevaría a desarrollar en los infantes un estilo de Apego ansioso- ambivalentes; los padres con modelos rechazantes, se muestran insensibles y tienden a impedirle a sus hijos el acceso al contacto cuando los necesitan; lo cual llevaría a estos últimos a desarrollar un estilo de Apego evitativo; los padres con trauma no resuelto se muestran desorientados y confusos, características que llevaría a que sus hijos desarrollen estilos de Apego eminentemente desorganizados (Pinedo, Santelices, 2006).

Fonagy (1999) propone que la mentalización o función reflexiva, es decir la capacidad cognitiva que permite leer o inferir estados mentales en sí mismo o en otros, es lo más importante en el desarrollo de una organización óptimo de los individuos. Dicha capacidad estaría mediada por un cuidador sensible que faculte al niño para encontrar en su mente una imagen de sí mismo motivado por creencias, sentimientos e

intenciones, así un niño con Apego seguro logra percibir en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo como deseante y con creencias, ve así que su cuidador lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el self (Escobar, 2011).

1.3.4 Modelos operantes internos (internal working models)

Todas las conductas del sistema de Apego se organizan alrededor de las representaciones mentales de la relación o modelos operantes internos (MOI) (Pinedo, Santelices, 2006). Bowlby (1980), refiere como modelo interno activo a una representación mental de sí mismo y de las relaciones con otros.

Este concepto explica que a partir de las experiencias reales de interacción, que comienzan con los vínculos que establecen los niños con sus cuidadores, se construye un modelo interno que incluye expectativas, creencias y emociones asociadas a la disponibilidad y la respuesta de la figura de Apego, además de la capacidad de uno mismo para promover y mantener la relación afectiva (Ortiz, Gómez, Apodaca, 2002). Se establecen como estructuras cognitivas, cuyos mecanismos se activarán automáticamente a la hora de procesar información; por ende, creencias y expectativas influirán en la significación de las experiencias (Oliva, 2004).

“La presencia de un sistema de control del Apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo y de la figura o figuras de Apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida” (Bowlby, 1995 en Morales, S. y Santelices, A., 2007).

Fonagy (1999) asegura que el niño al final del primer año de vida, luego de que cuenta con una constancia perceptual de objetos y figuras significativas, comienza a tener conductas intencionadas y basadas en expectativas específicas, lo que lo hace

entrar en un mundo intersubjetivo, inaugurándose el uso de símbolos para captar y sintetizar diferentes facetas de una misma interacción y generalizar estas interacciones en otros contextos. Esta nueva capacidad en el niño, la mentalización, le permite interpretar el comportamiento propio y el de otros a través de la atribución de estados mentales, resultando ser un espacio para el desarrollo emocional y psicológico del niño.

Los Modelos Operativos incluyen la noción de quiénes son las figuras de Apego, dónde han de encontrarse y qué se espera de ellas. Además, pueden construirse en ausencia de interacción con la figura de Apego, ya que si el niño llora y requiere cercanía del cuidador y éste no está presente, lo importante será la falta de respuesta del cuidador (Oliva, 2004). Además, se plantea que una buena actitud mentalizadora del cuidador, favorece la emergencia de sentimientos, creencias e intenciones en el niño que durante su desarrollo influirán para que éste logre etiquetar y significar sus propias experiencias psicológicas, siendo ésta la habilidad base de las capacidades de regulación, control de impulsos, automonitoreo, autorepresentación y autoorganización de sí mismo.

Los working models internal (MOI) tienen relación en interpretación de las experiencias, por ende van a modular las reacciones emocionales inmediatas frente a una determinada situación o un momento posterior, el procesamiento cognitivo de la información de la situación puede mantener, ampliar o minimizar la respuesta emocional inicial. El desarrollo de los modelos operativos internos abre la posibilidad de responder a los estímulos ambientales con herramientas para, mediante dichos modelos, valorar diversas consecuencias posibles de acciones alternativas que podemos realizar, permitiendo que nuestros comportamientos sean más flexibles y adaptativos.

Bretherton (1985) considera que, al margen del tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con las figuras de Apego, es la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias las que van a mediar el cómo los sujetos operan sobre su ambiente. Aunque los modelos representacionales del tipo de Apego parecen

ser estables en las diferentes etapas del desarrollo de la persona, ciertos acontecimientos pueden provocar su modificación. Por ejemplo, el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria o la experiencia de la maternidad podrían llevar a una reelaboración de este modelo (Oliva, 2004). En este principio se enmarcan las sugerencias de intervención sobre estos modelos operativos, las cuales se podrían llevar a cabo de manera terapéutica en el tratamiento de ciertos problemas o trastornos de Salud mental que tengan relación con representaciones mentales insatisfactorias formadas desde la infancia.

1.3.5 Factores culturales

Bowlby (1969) pensaba que los niños establecían vínculos sólo con una figura principal y que sería diferente al que establecía con otras personas, a esto le llamó monotropía o monotropismo. No llama la atención que este psiquiatra sostuviera que esta relación debía ser con la madre, considerando que esta teoría se había construido bajo una tradición psicoanalítica que daba especial importancia a esta figura femenina en el desarrollo del niño.

En nuestra sociedad, ya que se plantean factores culturales para explicar las representaciones de los vínculos parentales, se puede suponer que cuando un niño está triste o enfermo suele recurrir a su madre en busca de afecto y cuidado; pero en otras situaciones, como en el juego, puede solicitar la atención de su padre (Oliva, 2004). Aspectos como estos se evidencian en las diferencias en los valores de corte que se consideran en el cuestionario P.B.I (Parental Bonding Instrument), en la estandarización chilena (1999), para la identificación de los vínculos parentales para madre y para padre (los puntajes, tanto para afecto como para protección, son mayores para considerar un vínculo óptimo con la madre).

1.3.6 Apego adulto

La función del sistema de Apego en las relaciones adultas es similar al de la infancia; las personas manifestarán deseos de proximidad de las figuras de Apego en situaciones de malestar, sensaciones de bienestar en presencia de las mismas y presentarán sentimientos de ansiedad y aflicción frente a la separación o inaccesibilidad de personas significativas; además en el Apego adulto también se hace presente el fenómeno de base segura (Oliva, 2004).

La diferencia entre el Apego adulto-adulto y niño-adulto radica en que el sistema de conductas del adulto es recíproco: los adultos pueden tomar cualquiera de estos roles, según sea la circunstancia, así se puede actuar bajo el rol de “figura de Apego/ cuidador” o “individuo apegado/ receptor”.

Los adultos con Apego seguro tienden a recordar una relación cariñosa con madres sensibles y preocupadas por ellos, los evitativos refieren con frecuencia una historia de frialdad, falta de capacidad de respuesta y rechazo por parte de las figuras de Apego, y el grupo de Apego ambivalente tiende a recordar un tono afectivo negativo entre los padres, y una relación con una figura de Apego poco comprensiva (Ortiz, Gómez, Apodaca, 2002). Como se mencionó anteriormente, en relación a los MOI, la hipótesis central de la teoría del Apego es que las relaciones tempranas entre padres e hijos son los prototipos de las relaciones interpersonales en la adultez.

Las representaciones mentales, MOI, van a influenciar y mediar las relaciones sociales del sujeto. Si una persona, durante su infancia, tuvo un Apego seguro con sus cuidadores, en su vida posterior sentirá confianza en las personas con las que establezca sus relaciones. En el caso contrario, si un sujeto ha tenido experiencias negativas con sus padres o figuras significativas, tendrá expectativas de ser rechazado y no comprendido por otros, tendiendo a no esperar nada positivo, estable o gratificante de las relaciones interpersonales que pueda establecer. Estos modelos dan forma a las respuestas

cognitivas, este fenómeno es posible cuando las personas ponen atención a aquellas dimensiones de una relación que están vinculadas con sus propios esquemas.

1.3.6.1 Apego seguro

Aquellas personas con estilos de Apego seguro poseen perspectivas de sí mismas más integradas y coherentes, además presentan mayor capacidad para establecer vínculos de dependencia mutua, segura y confortable (Dutra, Naksh-Eiskovits & Westen, 2002). Además, mantendrán relaciones más estables, satisfactorias y con mayor intimidad. Estas personas son capaces de hablar de las experiencias adversas negativas o penosas de su infancia de manera reflexiva y relativamente desprovista de mecanismos de defensa (Bowlby, 1988 en Loubat, et als, 2007); Marrone, 2001 en Farkas et.als.). La revisión teórica de Moreno (2010) plantea que presentan mayores grados de adaptación (Davila, Burge y Hammen, 1997); herramientas más efectivas para afrontar el estrés (Simpson, Rholes y Nelligan, 1992 en Moreno, 2010).; ante malestares psicológicos, buscan apoyo emocional (Grossmann y Grossmann, 1990 en Moreno, 2010 en Farkas et als., 2008), tienen mejor concepto de sí mismos (Bartholomew y Horowitz, 1991) y tienen menor probabilidad de presentar problemas de Salud mental (Bowlby, 1988 en Loubat et als., 2007).

1.3.6.2 Apego Inseguro

Para Bartholomew y Horowitz (1991) los patrones de Apego adulto se clasifican, por una parte, en función de la ansiedad que presentan las personas ante la separación y por el grado de evitación que puedan manifestar por la interacción social; por otra parte, integra el autoconcepto positivo/negativo de sí mismo (o self). Así, estos autores proponen 4 tipos de Apego:

1.3.6.2.1 Apego Resistente (desentendido o evitativo)

Las personas que presentan este tipo de Apego tienen una idea positiva de sí mismo y negativa de los demás y, por lo tanto, manifiestan baja ansiedad y alta evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991). Según la clasificación de Hazan y Shaver (1987), este estilo de Apego sería análogo al Apego evitativo (Espina, 2005), caracterizando a estas personas por su dificultad para expresar afectos y la tendencia a desvalorizar la importancia de esas relaciones en su vida adulta. En este estilo de Apego existen representaciones idealizadas y contradictorias de sus experiencias con sus padres y valoración negativa de la niñez (Tapia Villanueva, 2001). Dutra y cols. (2002), señalan que las personas se sienten incómodas con las relaciones que involucran cercanía emocional por lo que se mantienen alejados, argumentando muchas veces la importancia de la independencia y la autosuficiencia (Moreno, 2010).

1.3.6.2.2 Apego Preocupado

Las personas con este patrón presentan una idea negativa de sí y positiva de los demás, acompañada de alta ansiedad y baja evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991). Éste sería correspondiente al Apego ansioso-ambivalente que proponen Hazan y Shaver (1987) (Espina, 2005). Dutra y cols. (2002), definen al Apego inseguro ansioso como un patrón de ambivalencia; según el cual, el individuo anhela la intimidad emocional, pero su esquema psíquico relacional está marcado por la inseguridad, y por nulas expectativas de confianza con respecto al acceso al otro significativo (Marrone, 2001 en Farkas et als., 2008). Las personas con este patrón de Apego presentan baja autoestima, rasgos dependientes, relaciones interpersonales poco profundas y constantes sentimientos de ambivalencia con respecto a las figuras significativas (Oliva, 2004).

1.3.6.2.4 Apego Temeroso

Este tipo de Apego se caracteriza por una idea negativa tanto de sí como de los otros, asociada a alta ansiedad y alta evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991). Según Espina (2005), éste vendría tendría más características del Apego evitativo (Hazan y Shaver, 1987 en Moreno, 2010)

1.3.7 Problemas de Salud mental y Apego inseguro

Bowlby (1995) argumentaba que las experiencias interrelacionales tempranas tienen implicaciones para el desarrollo de lo que se considera una personalidad normal y que, de la misma forma, se relacionan con el desarrollo de las manifestaciones psicopatológicas. Siendo así, se considera que el Apego seguro es un factor de protección respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos. Desde esta mirada, Bowlby planteaba que la teoría del Apego permitía explicar las múltiples formas de trastornos emocionales y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional.

Blatt (1974), plantea que la mayoría de las formas de psicopatología pueden ser vistas como derivando de un exagerado énfasis en la tendencia a la conexión o en la auto definición y una evitación defensiva del otro, definiendo como patología anaclítica a aquella que se caracteriza por la necesidad de relaciones que tienen las personalidades dependientes, histriónicas, o fronterizas; estas personas quedarían clasificadas en la categoría de Apego preocupado. Mientras que la categoría rechazante daría lugar a la patología introyectiva que caracteriza a las personalidades esquizoides y narcisistas.

Por ejemplo, los trastornos bipolares se han estilos de Apego no resuelto, así como desórdenes afectivos mixtos, trastornos alimenticios (Tyrrell & Dossier, 1997 en Fonagy, 2004). En algunos estudios, los trastornos de la alimentación se relacionan también con patrones de Apego rechazante y en otros estudios sugieren que se dan en mayor frecuencia en el estilo de Apego preocupado (Cole-Dekte & Kobak, 1996).

1.3.7.1 Consecuencias de deprivación prolongada o Maltrato

Fonagy (2000) intenta explicar las distorsiones de la representación del Apego en personas que probablemente han sufrido maltrato o abandono, su hipótesis se basa en que a partir de la evitación de pensamientos en torno a los deseos de hacerles daño que pudiesen haber tenido sus cuidadores, las personas que han sufrido maltrato mantienen impresiones esquemáticas o poco precisas sobre los pensamientos y sentimientos de otros.

Liotti (1995) ha relacionado los síntomas disociativos con experiencias de pérdida de las figuras parentales antes del nacimiento del niño o en sus primeros años de vida. Para Hesse y Main (2001) los individuos con un trauma no resuelto o experiencias de pérdida, son más propensos a fenómenos disociativos (citado en Fonagy, 2004).

O'Connor y Kreppner han llevado a cabo un estudio sobre la adopción, y concluyeron que la deprivación prolongada ocasionaba trastornos de Apego, dificultades en la relación con los compañeros, hiperactividad y dificultades cognitivas (citado en Fonagy, 2004).

1.3.7.2 Desadaptación

En general, las investigaciones sugieren que los individuos seguros aparecen como mejor adaptados y experimentan menos problemas psicológicos que los individuos inseguros (Davila et al., 1997; Hazan y Shaver, 1990 en Moreno, 2010). Las personas con Apegos inseguros que utilizan estrategias secundarias se encuentran más frecuentemente en muestras clínicas que en la población en general (Dolan, Arnkoff y Glass, 1993; Mickelson, Kessler y Shaver, 1997. Citados en Moreno, 2010), con un

riesgo mayor de presentar perturbaciones psicológicas (Carnelley, Pietromonaco y Jaffe, 1994; Feeney y Ryan, 1994; Kemp y Neimeyer, 1999; Lopez et al., 1998. Citados en Moreno, 2010)

Cooper, Shaver y Collins (1998) encontraron diferencias importantes entre los estilos de Apego seguro e inseguros con relación a la sintomatología, autoconcepto y problemas de conducta en adolescentes; siendo los sujetos inseguros (ansiosos y evitantes) los que mostraban resultados más pobres en cuanto a la adaptación (Moreno, 2010). Así mismo, Lapsley y Edgerton (2002), en su investigación sobre los procesos de separación-individualización en jóvenes universitarios, encontraron que los adultos jóvenes con estilos de Apego temeroso y preocupado tenían menor ajuste a la universidad a nivel social y emocional.

En cuanto a las estrategias de protección, Mikulincer (1993) propone que los individuos inseguros suelen utilizar la evitación o el distanciamiento como una estrategia para protegerse para mitigar el dolor y para no enfrentarse a su posible ineficacia al intentar obtener el apoyo de los demás (Moreno, 2010).

1.3.7.3 Estrés

Fonagy (2004) refiere que hay evidencias de que los niños que presentan un patrón de Apego desorganizado tienen altos niveles de cortisol salival en la Situación Extraña. En este sentido, parece probado que la hiperactividad temprana del sistema nervioso a causa del estrés ocasiona que, en posteriores situaciones de estrés, el organismo reaccione de forma irregular.

Grossmann y Grossmann (1990) sostienen que hay cierta tendencia a percibir ciertos aspectos de la realidad en personas con patrones de Apego no seguro, distorsionándola, y obstaculizando la comprensión y aceptación de las emociones conflictivas (Moreno, 2010).

1.3.7.4 Problemas conductuales

El desorden de personalidad antisocial y los desórdenes conductuales, según algunos estudios, se relaciona con el estilo de Apego rechazante (Rosenstein & Horowitz, 1996; Dozier, 1999 en Moreno, 2010), mientras que en otros se da en igual frecuencia en estilos de Apego seguro y preocupado. (Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A., 1996 en Farkas et als, 2008).

1.3.7.5 Depresión

Algunas investigaciones en muestras no clínicas han encontrado esta relación entre los Apegos inseguros y los síntomas depresivos (Carnelley et al., 1994, Murphy y Bates, 1997; West, Rose, Verhoef, Spreng y Bobey, 1998. Citados en Moreno, 2010). Roberts, Gotlib y Kassel (1996) han explicado esta relación a la baja autoestima que pueden experimentar las personas con patrones de Apego no seguro.

“Barber y Muenz (1996) encontraron que depresiones con conductas de internalización, por ejemplo con sentimiento de culpa, se asociaban a un estilo de Apego inseguro preocupado y rechazante, mientras que depresiones caracterizadas por conductas de externalización se relacionaban con un estilo de Apego inseguro ansioso-evitante” (Moreno, 2010).

1.3.7.6 Consumo de alcohol y drogas

Bajo las clasificaciones de Bartholomew y Horowitz (1991), el consumo de alcohol y drogas estaría asociado al Apego preocupado y temeroso (Magai, 1999 en Farkas et als., 2008).

1.3.7.7 Trastornos físicos.

Garrido-Rojas (2006) sostiene que las dificultades en las interrelaciones, propias de estilos de Apego disfuncionales, pueden relacionarse a problemas de desregulación emocional, que repercute en la Salud física de los individuos, presentándose emociones que pueden dañar el organismo: la ira, ansiedad, hostilidad, que pueden llevar a enfermedades como la hipertensión, el cáncer o afecciones cardíacas, entre otras afecciones.

1.3.7.8 Violencia de género

Considerar la variable Apego puede ser una arista importante para analizar la mantención del círculo de la violencia y las dificultades que pueden experimentar los involucrados para salir de estas dinámicas nocivas.

Un estudio llevado a cabo en nuestro país en el año 2007 por Loubat, Ponce y Salas, refiere que: en el caso de la mujer maltratada, el patrón de Apego preocupado es el que se presenta con mayor frecuencia en este grupo, predominando una alta preocupación en relación a su entorno familiar actual; también presentan alto traumatismo parental relacionado con la vivencia de experiencias traumáticas durante su niñez, sumado a una alta percepción de ambivalencia frente a las figuras paterna y materna, percibiendo padres poco consistentes y con dificultad para ejercer la autoridad, además existen muchos casos de representaciones de haber recibido poco apoyo en su infancia, con padres poco disponibles, provocando una imagen insatisfactoria de su niñez. La situación actual que vive la mayoría está marcada por la percepción de poco

apoyo familiar, lo cual se expresa en una baja capacidad de confiar en los otros y buscar ayuda, sintiéndose con escasa libertad para expresar emociones.

Se distingue en estas mujeres ansiedad de separación y temor a la pérdida, lo que impediría que las mujeres logren evaluar los pro y los contra de la relación en forma objetiva (Loubat et cols, 2007).

1.3.8 Modelos Operativos e intervención terapéutica

No existe consenso en la asociación de cada psicopatología o Problema de Salud Mental con un determinado y particular de estilo de Apego, pero sí se enfatiza en las investigaciones citadas el hecho de que estilos de Apego no seguro pueden explicar, en algún grado, la presencia de malestares psicológicos. Así mismo, se considera que factores biológicos y ambientales también merecen una exhaustiva revisión a la hora de examinar los factores de riesgo vinculados al desarrollo de ciertos desórdenes que son atendidos en atención secundaria. Si bien, las investigaciones citadas han estudiado mayormente el Apego adulto y no las representaciones de Apego vividos con los cuidadores durante la niñez, el sostén teórico se basa en que el tipo de Apego que se presenta en la adultez será muy similar al patrón de Apego que se recuerda con los padres (Klohn y Bera, 1998); así, esta representación mental de la relación temprana se asociaría con la percepción que la persona tiene de sí misma y de los otros, teniendo injerencia en el malestar psico-emocional que presenta la persona con algún problema de Salud mental.

Considerando los planteamientos de la teoría del Apego, es probable que en situaciones estresantes los individuos busquen apoyo emocional en las personas con las que mantienen un vínculo cercano. Además, se esperaría que el apoyo social actuara como factor protector y que dotara a los individuos de las herramientas necesarias para afrontar situaciones adversas. En el caso de quienes presenten un patrón de Apego

inseguro, estos dos supuestos pueden que no se presenten satisfactoriamente y que en situaciones amenazantes no puedan contar con el apoyo necesario para mantener el equilibrio necesario. McLewin y Muller (2006) señalan la existencia de relación entre el tipo de Apego y la búsqueda de apoyo social. Bowlby (1973) sostiene que los sistemas de Apego se activan cuando la persona está bajo tensión y que la activación de los sistemas de Apego inseguros inhibe a la persona en la búsqueda de la ayuda adecuada o interfiere con la habilidad de una persona para usar la ayuda cuando está presente (Coble, Gantt y Mallinckrodt, 1996 en Moreno, 2010).). Algunos estudios (López, F.G, Meléndez, M., Sauer, E., Berger, E., & Wyssmann, J., 1998; Vogel & Wei, 2005) han señalado que las personas con Apego evitante buscan menos ayuda, e incluso la rechazan, cuando se encuentran ante determinados problemas o malestar psicológico. En el caso de los sujetos con Apego ansioso, una de las características más comunes es la comunicación del dolor psicológico que pueden experimentar, lo que aumenta la probabilidad de buscar ayuda profesional; si bien el reconocer la necesidad de ayuda puede resultar positivo, en estos últimos individuos puede convertirse en una razón para mantener la cercanía o dependencia disfuncional de otros (Vogel y Wei, 2005). Aquellos individuos con organizaciones evitativas, encontrarán que sus procesos son emocionalmente difíciles, pueden no reconocer su dolor psicológico, e incluso negarlo, y minimizarán sus dificultades interpersonales; así mismo, tenderán a restarle importancia a los vínculos y a los sentimientos (Collins, 1996 en Moreno, 2010; Lopez, y Gormley, 2002; Santelices & Morales, 2007; Vogel y Wei, 2005).

Se hace necesario, que tras detectar problemas de Apego y sus respectivas repercusiones en la Salud actual de individuo, se lleve a cabo el abordaje de los Modelos operativos internos. De esta manera, se postula en la medida de que la persona sea capaz de darse cuenta y reflexionar sobre sus formas de relacionarse, con origen en las dinámicas instauradas en la infancia, podrá ir desarrollando nuevos patrones más funcionales. Los supuestos anteriormente citados, otorgan gran importancia al abordaje de los malestares psicológicos a través de los vínculos que las personas establezcan con

otros, sobre todo en relación a la búsqueda de ayuda y apoyo emocional, así mismo se enfatiza en una clara dificultad para reconocer y comunicar aquello que causa desequilibrio.

Si bien se ha planteado una correspondencia entre la niñez temprana y las representaciones de Apego, donde puede replicarse la percepción de seguridad.-inseguridad, investigadores como Klohnen y Bera (1998) han enfatizado en la posibilidad de cambio, según las experiencias de vida. Los MOI pueden cambiar cuando un individuo logra o construye una interpretación nueva de sus experiencias pasadas, particularmente de aquellas relacionadas con el Apego (Oliva, 2004), esto se pueden dar cuando los modelos operativos de las personas se distancian de la información que entregan nuevos intercambios sociales, dejando de ser eficaces; así los individuos deben reacomodar sus modelos previos a la nueva realidad que se perciben (Feeney y Noller, 2001 en Moreno, 2010). Se propone que una intervención psicoterapéutica puede mediar este proceso, puesto que la psicoterapia es un espacio que puede resultar como una instancia de reeducación emocional que facilita una nueva adaptación a la realidad. Aunque la mayoría de las intervenciones no son explícitas para tratar problemas de Apego, gran parte de las estrategias de trabajo de las sesiones terapéuticas contempla la revisión de las dinámicas que mantienen los pacientes, de las redes de apoyo con las que cuenta, de las formas de expresión emocional, de la historia familiar, entre otros factores que tienen relación con la relaciones tempranas. Incluso, algunos estudios llegar a señalar que la terapia tiene características similares a la relación de Apego que se establecen en otros contextos, y que el paciente puede usar al terapeuta como una base segura que le permita explorar sus problemas dolorosos (Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiero, Gelso, 2003 en Moreno, 2010). En relación al proceso terapéutico, Parish y Eagle (2003) señalan que los sujetos con patrón de Apego seguro mantienen mayor profundidad para abordar sus Problemas de Salud Mental y, por ende, el tiempo de duración de terapia puede prolongarse un tiempo mayor del que les toma a las personas

con estilo de Apego inseguro, sobre todo evitativo, pues se asocian negativamente con la profundidad durante las terapias y experimentan mayor rechazo a ellas.

Bateman y Fonagy (2000) proponen un abordaje para los trastornos del Apego, ya sea evitativo, resistente o desorganizado, por la vía de la reactivación de la mentalización. Afirma que tanto en la perspectiva psicoanalítica, como en la terapia dialéctica o en la terapia cognitivo-analítica se proponen lineamientos en torno a establecer una relación de Apego con el paciente, y utilizarla para crear un contexto interpersonal. Ruiz y Cano (2002) proponen la psicoterapia como vía de cambio cognitivo, donde se pueda ofrecer al paciente una base segura, fomentar la confianza y socialización paciente. Incluso si el terapeuta provee una base segura, se presente emocionalmente disponible, el paciente con Apego inseguro tenderá a responderle al terapeuta con ese estilo de funcionamiento.

Además, teóricos como López (1995) han señalado que la teoría del Apego puede aplicarse a contextos específicos como el asesoramiento familiar (López, 1995 en Moreno, 2010) y otros, como Shechtman y Rybko (2004), propusieron que si se considera el estilo de Apego de una persona se puede esperar cómo se va a comportar dentro de un grupo. Estos datos podrían ser de gran relevancia para seleccionar los integrantes de un grupo de acuerdo a sus características de modo que sesiones grupales o grupos terapéuticos resulten lo más constructivos y beneficioso posible para sus participantes.

Se puede promover el vínculo en la terapia para que, dentro de este contexto, la persona pueda explorar y desarrollar a partir de la reflexión sobre sus círculos de pensamientos-afectos- conductas, autoexplicaciones de sus operaciones en el mundo, alentando la búsqueda de alternativas a pensamientos-afectos-conductas y supuestos personales en la base de las relaciones interpersonales disfuncionales, confrontándolo frente a las incongruencias en sus relatos, las situaciones excepcionales a sus relatos

dominantes, a sus sesgos cognitivos, etc. El objetivo principal de las terapias sería co-construir estrategias para el desarrollo de estilos de Apego seguro a partir del cambio en las representaciones parentales y la resignificación de esas experiencias en un contexto seguro y de sanación frente a otro sensitivo y emocionalmente disponible.

2 MARCO METODOLÓGICO

2.1 Diseño de investigación

Para los propósitos de esta investigación, se decidió llevar a cabo un estudio de tipo no experimental, transversal y de carácter descriptivo. Dicha metodología se convierte en la técnica más adecuada y pertinente para aproximarse a la consecución de

los objetivos planteados, a la vez resulta ser una vía investigativa que permite acercarse de forma representativa frente a la realidad local de los usuarios que reciben atención ambulatoria en Salud Mental y Psiquiatría de la Jurisdicción de Salud Viña del Mar-Quillota.

Se pretende observar, estudiar, medir y analizar cada una de las siguientes variables: los Vínculos Parentales, Problemas de la Salud Mental, Bienestar Psicológico y características demográficas. Al margen de que aquellas personas estén siendo intervenidas y actualmente reciban tratamiento en el COSAM, este estudio no contempla una manipulación intencionada de las variables y se concibe la integración de una realidad local que dé cuenta de cómo es y cómo se comportan los fenómenos a estudiar en el momento en que se realiza el estudio. De la misma forma, la elección de este diseño se fundamentó en la necesidad de contar con información representativa de las teorías vigentes, considerando los recursos disponibles como también el límite de tiempo estipulado para esta investigación.

Para salvaguardar la rigurosidad en la investigación se preservó la validez interna, procurando la ausencia de errores sistemáticos o sesgos en los resultados del estudio. Para asegurar validez externa, se explicitaron los procedimientos de recolección, análisis de datos y caracterización de la muestra para permitir que otros investigadores puedan transferir los hallazgos de esta investigación.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Describir los distintos tipos de Vínculos Parentales tempranos, respecto a sus cuidadores, de usuarios que forman parte de la muestra evaluada del Centro de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria.

2.2.2 Objetivos específicos

- Describir las características demográficas de la muestra evaluada.
- Determinar cómo se asocia la percepción de Vínculo Parental temprano que tienen las personas evaluadas, con el Modelo Operativo Interno de Apego que se construyó en la relación con sus cuidadores.
- Describir el Modelo Operativo Interno de Apego, que tienen las personas evaluadas con sus figuras parentales, de acuerdo al Rango de Edad.
- Caracterizar el Modelo Operativo Interno de Apego, que tienen las personas evaluadas con sus figuras parentales, de acuerdo al sexo.
- Caracterizar el Modelo Operativo Interno de Apego, que tienen las personas evaluadas con sus figuras parentales, de acuerdo a los Ingresos familiares.
- Caracterizar el Modelo Operativo Interno de Apego, que tienen las personas evaluadas con sus figuras parentales, de acuerdo al diagnóstico principal.
- Caracterizar el Modelo Operativo Interno de Apego, que tienen las personas evaluadas respecto de sus figuras parentales, de acuerdo al Bienestar Socioemocional general.
- Caracterizar el Modelo Operativo Interno de Apego, que tienen las personas evaluadas respecto de sus figuras parentales, de acuerdo a las escalas* Sintomatología, Rol social y Relaciones Interpersonales.

2.2 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis de investigación (Hi)

Los usuarios diagnosticados con algún Problema de Salud Mental en el Centro de Salud Mental Comunitario de la comuna de Concón presentan representaciones de Vínculos Parentales no seguros en un porcentaje mayor al 30% de la muestra.

2.3.2 Hipótesis nula (H0)

Los usuarios diagnosticados con algún Problema de Salud Mental en el Centro de Salud Mental Comunitario de la comuna de Concón no presentan representaciones de Vínculos Parentales no seguros en un porcentaje mayor al 30 % de la muestra.

2.3 Población y muestra

2.4.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis está constituida por un conjunto de 70 personas del sexo femenino y masculino, entre 16 y 65 años; que, al momento de las evaluaciones, se encontraban recibiendo tratamiento en el COSAM de Concón.

2.4.2 Muestra

Se ha utilizado una muestra de tipo no probabilística y de tipo intencionado, cuya elección de participantes está basada en criterios de experto. A partir de datos proporcionados por esta institución, su población estimada corresponde a 280 usuarios, por ende se pretendió evaluar al 25 % de la población total del centro; siendo así, se determinó que la muestra estuviera compuesta de 70 usuarios adultos. Se dispuso de una

muestra por reposición de 14 personas, en caso de que algún participante, que en un principio formara parte de la muestra, cumpliera con algún criterio de exclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Pacientes adultos entre 16 y 65 años con claridad diagnóstica y en tratamiento en el Centro de Salud Mental. Los trastornos estudiados, de acuerdo a los códigos establecidos en el manual CIE-10, fueron:

- **F07** Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- **F10-F19** Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de drogas o múltiples drogas.
- **F20-29** Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- **F30-39** Trastornos del humor (afectivos)
- **F40-49** Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- **F80-89** Trastornos del desarrollo psicológico

Los criterios de Exclusión fueron los siguientes: Pacientes descompensados que se encuentren recibiendo tratamiento por los prestadores de servicios de Salud Mental. Demencias u otros trastornos con deterioro cognitivo o alteraciones de conciencia que dificulten la administración de los cuestionarios

2.4.3 Definiciones conceptuales y operacionales de variables

Variables	Definiciones conceptuales	Operacionalización
Características demográficas	Todas las características que dan estructura y dinámica a las personas,	Se evaluarán mediante la revisión de fichas clínicas y se analizarán

<p>*Antecedentes laborales y educacionales</p>	<p>sirven para entender sus procesos de formación, conservación y desaparición de las poblaciones: indicadores como Rango Etario, Género, Ocupación, Estado civil, comuna de residencia, etc.</p>	<p>específicamente:</p> <p>-Rango Etario: Rango 1 (16-22 años), “Rango 2” (23-39) y “Rango 3” (40-65 años)</p> <p>-Género: “Femenino” y “Masculino”</p> <p>-Ingresos familiares: “Rango 1” (Situación de Indigencia o beneficiario de pensiones básicas), Rango 2 (Ingreso < o = \$210.000, “Rango 3” (Ingreso > \$210.000 y > o = \$360.000 y con menos de 3 cargas) y “Rango 4” (Ingreso > 360.000 y con menos de 3 cargas familiares)</p> <p>-Estado civil: “Soltero, casado”, “Separado”, “Conviviente” y “Viudo”.</p> <p>-Comuna de Residencia:</p>
--	---	---

		<p>“Concón”, “Quintero” y “Puchuncaví”.</p> <p>-Ocupación: “Dueño de casa”, “Trabajador independiente”, “Trabajador dependiente”, “Pensionado”, “Trabajador informal” y “Estudiante”.</p> <p>-Tramo FONASA: “Tramo A”, “Tramo B”, “Tramo C” y “Tramo D”.</p> <p>-Escolaridad: “Enseñanza Básica incompleta”, “Enseñanza Básica completa”, “Enseñanza Media incompleta”, “Enseñanza Media completa”, “Estudios superiores incompletos”, “Estudios superiores completos y Educación</p>
Antecedentes Familiares	Dentro de los factores que influyen en el estado de Salud Mental de las personas, se encuentran	-Número de integrantes del grupo familiar: “Sólo 1”, “2 integrantes”, “3 integrantes” y “4

	características como el número de personas que componen el grupo familiar y el número de hijos.	integrantes o más”. - Número de hijos: “Sólo 1”, “2 hijos”, “3 hijos”, “4 hijos” y “5 o más”
Antecedentes de Salud	Se incluyen datos de Salud, tanto física como mental, para enriquecer la descripción población estudiada y el comportamiento de la variable Apego en ésta.	- Tiempo de tratamiento en el COSAM: “Entre 1 y 11 meses”, “Entre 12 y 23 meses” y “Entre 24 y 36 meses”. - Consumo de sustancias: “Consumo” y “No consumo” - Diagnóstico Primario: Los anteriormente mencionados en los criterios de inclusión - Uso de psicofármacos: “Con tratamiento farmacológico” y “Sin tratamiento farmacológico”

VARIABLES dependientes	DEFINICIONES conceptuales	DEFINICIONES operacionales
---------------------------	------------------------------	-------------------------------

<p>Bienestar Psicológico</p>	<p><i>“Estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”</i>(OMS, 2004)</p>	<p>Se utilizó el cuestionario OQ 45.2 para determinar el grado de ajuste psicosocial de los usuarios que forman de la muestra. Las categorías son: “Requiere ayuda psicoterapéutica” y “No requiere ayuda psicoterapéutica”.</p> <p>Del mismo instrumento, se obtiene la información relacionada con la presencia de malestares físicos (SD) asociados a problemas de Salud mental (este punto se categoriza como “Presenta sintomatología” o “No presenta sintomatología”), con la percepción sobre el Rol Social (RS) que cumple la persona que respondió el cuestionario y de las Relaciones Interpersonales (IR) que mantiene (ambos puntos operacionalizados como</p>
------------------------------	---	---

		“Insatisfacción” o “Satisfacción”)
Representación de los Vínculos Parentales tempranos y la percepción del tipo Apego correspondiente.	Desde el desarrollo de la teoría del Apego se propone que un vínculo parental es un sistema de control del Apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo y de la figura o figuras de Apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida. (Bowlby, 1995).	Mediante el cuestionario P.B.I. , se evaluó la percepción de las conductas y actitudes de los padres hacia la persona que responde durante sus primeros años de vida (hasta los 16 años). Los resultados del instrumento arrojan 9 clasificaciones de percepciones de vínculos parentales, que, a su vez, fueron recategorizados en dos tipos de Apego: -Modelo Operativo Interno (MOI) de Apego seguro o Representación Mental de Apego Seguro: integra: el “Vínculo Óptimo”, el “Vínculo Promedio”, el “Vínculo con Alto Cuidado y Sobreprotección Promedio” y el “Vínculo de Baja Sobreprotección y

		<p>Cuidado Promedio”.</p> <p>-Modelo Operativo Interno (MOI) de Apego inseguro o Representación Mental de Apego Inseguro: Integra: “Vínculo Ausente o Débil”, el “Vínculo de Control Sin Afecto”, el “Vínculo de Constricción Cariñosa”, el “Vínculo con Alta Sobreprotección y Cuidado Promedio” y el “Vínculo con Bajo Cuidado y Sobreprotección Promedio”.</p>
--	--	---

2.6 Procedimientos

2.6.1 Recolección de datos

La recolección de información se realizó entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2013, los cuestionarios fueron administrados cuando los usuarios esperaban atención con los profesionales en salas dispuestas por el Centro. Cabe destacar que todos los usuarios que completaron los instrumentos evaluativos expresaron su participación

voluntaria en el “Consentimiento Informado” (Ver Anexo 29), documento que fue confeccionado para los pacientes conocieran de qué se trataba la investigación, cuáles eran los fines, quiénes recogían los datos y el carácter confidencial de los mismos. Posterior a ello, se recogió la información pertinente sobre los diagnósticos clínicos desde las fichas de los pacientes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión para conformar la muestra de la investigación.

2.6.2 Instrumentos

2.6.2.1 P.B.I (Parental Bonding Instrument)

Es un cuestionario de Autoreporte basado en la teoría del vínculo de John Bowlby, desarrollado por Parker, Tupling y Brown (1979) y estandarizado en Chile por Dávila, Ormeño y Vera (1999) (Ver Anexo 30) . Mide la percepción que tiene la persona sobre las conductas y actitudes de sus cuidadores, conociendo así la contribución parental en el Apego, y establecer el tipo de vínculo actual del sujeto (Albala, J. & Sepúlveda, P. 1997). Ofrece una medida retrospectiva, lo que quiere decir que las personas contestan sobre la representación y percepción de las relaciones con sus padres hasta los 16 años, por ende su aplicación es para personas de esta edad en adelante. El instrumento se completa para madres y padres por separado y consta de dos escalas: cuidado y sobreprotección. La escala de cuidado cuenta con 13 ítems y la escala de sobreprotección con 12 ítems; en total, el instrumento contiene 25 ítems.

Para considerar si el puntaje bruto era alto, promedio o bajo en cada una de las dimensiones, se transformaron según la estandarización del instrumento con los puntajes percentiles normalizados. A partir de los resultados en ambas escalas, se extraen nueve tipos de vínculos parentales:

- *Vínculo óptimo:* Aquellos padres con puntajes altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizarían por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente, favoreciendo al mismo tiempo la independencia y la autonomía
- *Vínculo ausente o débil:* Son aquellos padres que obtienen puntajes bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Estarían caracterizados por presentar frialdad emotiva, indiferencia o negligencia, al mismo tiempo que favorecen la independencia y la autonomía.
- *Constricción cariñosa:* Padres que puntúan alto en cuidado y alto en sobreprotección, caracterizados por presentar afectuosidad emocional, empatía y cercanía, siendo al mismo tiempo controladores, con un contacto intrusivo, infantilizando y previniendo las conductas autónomas de sus hijos.
- *Control sin afecto:* Son aquellos padres que puntúan bajo en cuidado y alto en sobreprotección, presentarían frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, infantilizando y previniendo la conducta autónoma.
- *Promedio:* Son aquellos padres que obtiene puntajes promedios en ambas escalas.
- *Bajo cuidado, sobreprotección promedio*
- *Alto cuidado, sobreprotección promedio*
- *Baja sobreprotección, cuidado promedio*
- *Alta sobreprotección, cuidado promedio*

2.6.2.1.1 Recategorización de la percepción de los vínculos parentales

Debido al tamaño muestral, se optó por recategorizar las representaciones de la relación temprana con los cuidadores, agrupando de modo práctico a las categorías arrojadas por el P.B.I en dos tipos de percepciones de Apego: “Modelo Operativo Interno de Apego Seguro” y “Modelo Operativo Interno de Apego Inseguro”. Dicho procedimiento también fue utilizado en la Investigación chilena de Escobar (2008) de la historia de los patrones de Apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en

la calidad del Apego con sus hijos recién nacidos. El criterio empleado en la agrupación de dichas categorías fue que “todo aquel Apego que se caracterizara por tener Alta Sobreprotección y aquellas que presenten Bajo Cuidado serían ubicadas en la categoría de Apego Inseguro; aquellas que no cumplieran con ninguna de esas dos características se ubicarían en la categoría de Apego Seguro (Escobar, 2008) (Ver cuadro de Operacionalización de variables).

2.6.2.1.1 Análisis de la Confiabilidad de instrumento P.B.I

Como medida de la Consistencia Interna del test, se calculó el coeficiente de correlación Spearman Brown y el coeficiente Alfa de Cronbach. Los índices para la versión estandarizada se encuentran entre los valores de 0,78 y 0,89, respectivamente, para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor. En el estudio para la construcción del test los índices de confiabilidad fluctuaron entre 0,63 y 0,88. En la adaptación chilena los índices de Consistencia Interna antes mencionados fluctuaron entre 0,78 y 0,93, existiendo una concordancia en los resultados obtenidos, por lo cual es posible concluir que el instrumento estandarizado presenta un adecuado Índice de Confiabilidad.

2.6.2.1.2 Análisis de la Validez de instrumento P.B.I

La Validez de Constructo, para el presente estudio, se obtuvo a través de la realización de un Análisis Factorial, por el método de Rotación Varimax; se encontró que la proporción de la varianza total, que es varianza de factores comunes, fue de 37.789% para el cuestionario de Madres y de 39.585% para el cuestionario de Padres, concordando estos datos con el estudio de la adaptación en Chile, donde los resultados fueron de 37.099% y 36.841%, respectivamente. Lo anterior sugiere que estos resultados

son consistentes con los estudios anteriores, haciendo que el instrumento estandarizado, tanto la versión Padres como Madres, sea comparable con el original.

2.6.2.2 OQ- 45.2

Es un cuestionario desarrollado en Estados Unidos por Lambert et al. (1996), y validado en Chile por De la Parra (2006) (Ver Anexo 34), que evalúa resultados en psicoterapia y permite discriminar entre personas que: “buscan y requieren ayuda psicoterapéutica” y las que “no requieren ayuda psicoterapéutica”. Se usa habitualmente para medir el progreso de pacientes en tratamiento psicoterapéutico, un puntaje mayor a 73 pts. Indica necesidad de ayuda terapéutica y un puntaje menor corresponde a personas autónomas y/o que no requieren ayuda. Este cuestionario ha demostrado menor sensibilidad en personas con trastornos orgánicos y trastornos psicóticos. Este instrumento consta de 3 escalas; sintomatología, relaciones interpersonales y rol social.

Escala sintomatología (SD) los síntomas intrapsíquicos más comunes a ser evaluados son problemas de depresión y ansiedad. Según Lambert, numerosa evidencia empírica muestra la dificultad en separar sintomatología depresiva de ansiosa, tendiendo a presentarse simultáneamente en una gran variedad de pacientes. Por estas razones en el OQ los síntomas depresivos y angustiosos están fuertemente representados sin pretender separar escalas en estas dos áreas de síntomas. Otros trastornos frecuentes son el abuso de drogas y alcohol que también están presentes en los ítems del OQ, pero sólo con el objetivo de su detección.

Escala relaciones interpersonales (RI), Lambert muestra cómo la investigación en calidad de vida y niveles de satisfacción en la vida revela que para las personas la felicidad se asocia con relaciones interpersonales positivas (De la Parra, 2006). Además, refiere, la investigación en pacientes que buscan terapia muestra que los problemas más

frecuentes en el motivo de consulta son de naturaleza interpersonal. Además, los problemas interpersonales van asociados como causa o efecto a malestar intrapersonal.

Escala rol social (RS), El rendimiento social se midió focalizando en los niveles de insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con el empleo, roles familiares y ocio. La evaluación del rol social sugiere que los problemas y síntomas intrapsíquicos de las personas pueden afectar su habilidad para trabajar, amar y disfrutar

2.6.2.2.1 Análisis de la confiabilidad del instrumento OQ 45. 2

En el caso del análisis test-retest Lambert *et al.*(1996), en Estados Unidos, obtuvieron las correlaciones de 0.78, 0.80, 0.82 y 0.84 para las áreas de sintomatología, relaciones interpersonales, rol social y el total respectivamente. Se obtuvieron valores parecidos para la adaptación Chilena 0.90, 0.79, 0.82 y 0.90 (SD, RI, RS y total). Por otro lado, el coeficiente de consistencia interna se calculó mediante el alfa de Cronbach. Para la aplicación se calculó tanto a la muestra de pacientes como a la muestra control. Los valores obtenidos por Lambert *et al.* (1996) para el OQ total y las áreas SD, RI y RS, en los pacientes fue de 0.93, 0.91, 0.74 y 0.71 respectivamente y para los controles fue de 0.93, 0.92, 0.74 y 0.70 respectivamente. El análisis de datos de la validación chilena arrojó información acerca de cuáles ítems bajaban el valor del coeficiente y se decidió modificar para RS como también para RI y de esta manera aumentar su confiabilidad. Por lo tanto se puede concluir que el cuestionario es confiable tanto en el test-retest como en su consistencia interna.

2.6.2.1.2 Análisis de la validez del instrumento OQ 45.2

Para la validez concurrente se utilizó el cuestionario DAS, que mide sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa (Alvarado et al (1991) citado en De la

Parra, 2006). Los valores obtenidos en los coeficientes de correlación confirman la validez concurrente entre estos dos instrumentos, especialmente entre los puntajes totales de los cuestionarios y también entre el área sintomatología del OQ con el puntaje total del DAS y con sus áreas de depresión y ansiedad. En general, los coeficientes de correlación obtenidos con el DAS están dentro del mismo orden, si bien son levemente inferiores a los obtenidos por Lambert *et al* (1996) con otros instrumentos que miden ansiedad y depresión (De la Parra, 2006). Lo anterior sugiere que estos resultados son consistentes con los estudios anteriores, haciendo que el instrumento estandarizado sea comparable con el original.

La aplicación del cuestionario dura aproximadamente 10 minutos.

2.6.3 Método de análisis de resultados

Para describir las variables, todos los datos recogidos fueron añadidos a una base de datos. Posteriormente, la información fue incorporada en una tabla de distribución de frecuencias, según las variables utilizadas y bajo cada objetivo propuesto en la investigación. En una primera instancia, se describió la frecuencia de cada variable por separado: características demográficas como sexo, rango etario; éstas fueron las consideradas para estandarizar el cuestionario P.B.I en nuestro país. Además, se incorporan las frecuencias de datos como el consumo de sustancias, tratamiento farmacológico, nivel educacional, ocupación, tramo de FONASA (Fondo Nacional de Salud), número de hijos e integrantes del grupo familiar. Por último, a partir del análisis de frecuencias, se describen las representaciones de Vínculos Parentales y Bienestar Socioemocional de la muestra estudiada.

Se calcularon las “Frecuencias relativas marginales” para cumplir con los objetivos que pretendan describir frecuencias de sólo una variable. Luego, las variables fueron analizadas conjuntamente, a partir de frecuencias relativas conjuntas, según los

objetivos citados que contemplaron este procedimiento. Para determinar si había asociaciones significativas entre variables, se utilizaron los valores de la prueba Chi-cuadrado y, en el caso en que no se cumplió la frecuencia esperada de 5 casos en alguna clasificación, se analizó el valor de la razón de similitud. En los puntajes de cada escala del Instrumento P.B.I y del cuestionario OQ 45.2 fueron recogidos los promedios de cada grupo estudiado.

Para determinar si se cumple la hipótesis inicial de la investigación, se utilizará el parámetro que señala Lecannelier (2007) sobre la presencia de Apego inseguro en población no clínica (entre 30 % y 45 %) para determinar si se puede sostener que un Vínculo Parental no seguro, asociado a Apego inseguro, se asocia en mayor frecuencia a usuarios diagnosticados con algún Problema de Salud Mental.

Todos estos procedimientos serán llevados a cabo con el programa IBM SPSS versión 19 y se trabajará con porcentajes y tablas para facilitar la comprensión de los resultados.

Una vez que identificada la distribución de la variable, el modo en que se graficará la información será bajo diagramas sectoriales o de torta y gráficos de barra, según corresponda.

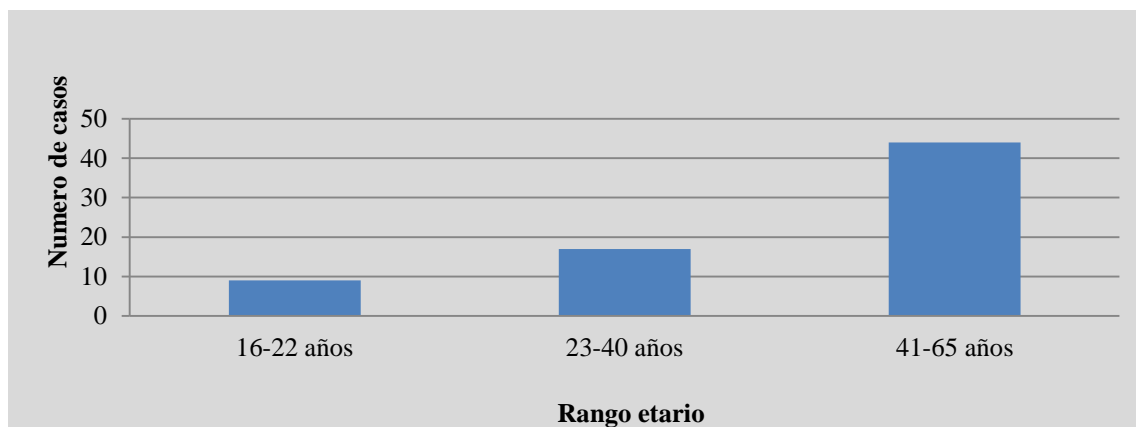
3 RESULTADOS

La descripción de los resultados se presenta en el mismo orden en que fueron confeccionados los objetivos de la investigación.

3.1 Descripción de las características demográficas de la muestra

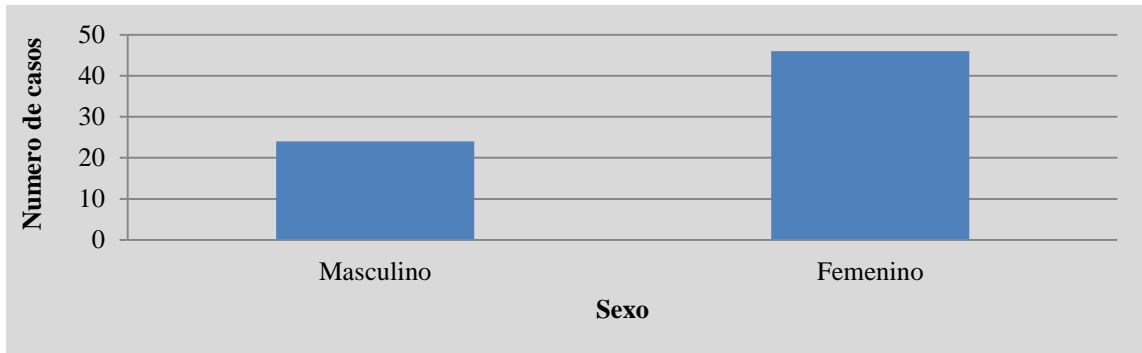
Se describen los datos socio demográficos generales de la composición de la muestra de usuarios que reciben tratamiento en el Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de Concón.

Gráfico 1. Distribución de la muestra según Rango etario



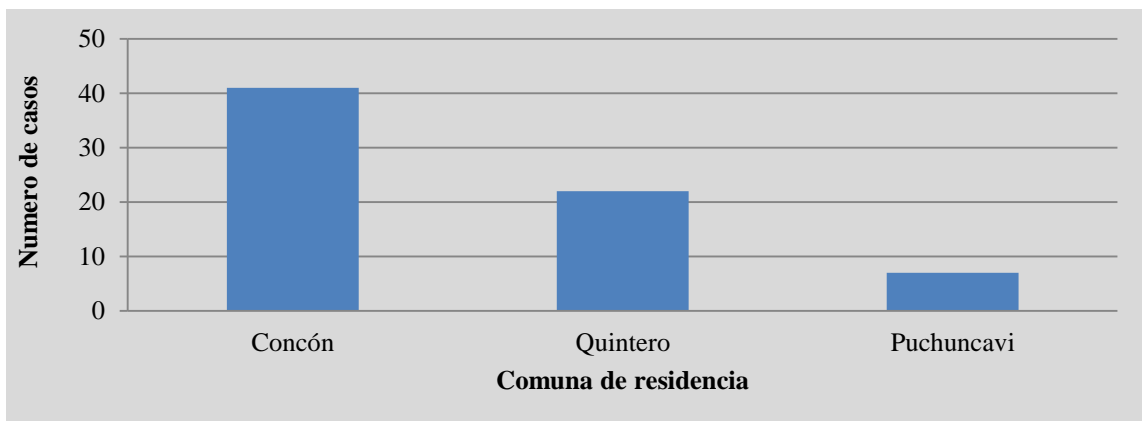
En el Gráfico 1 se evidencia la distribución de la muestra según el rango etario. Se puede apreciar una mayor frecuencia de usuarios entre 41-65 años, que corresponden al 62% de la muestra (44 personas).

Gráfico 2. Distribución de la muestra según Sexo



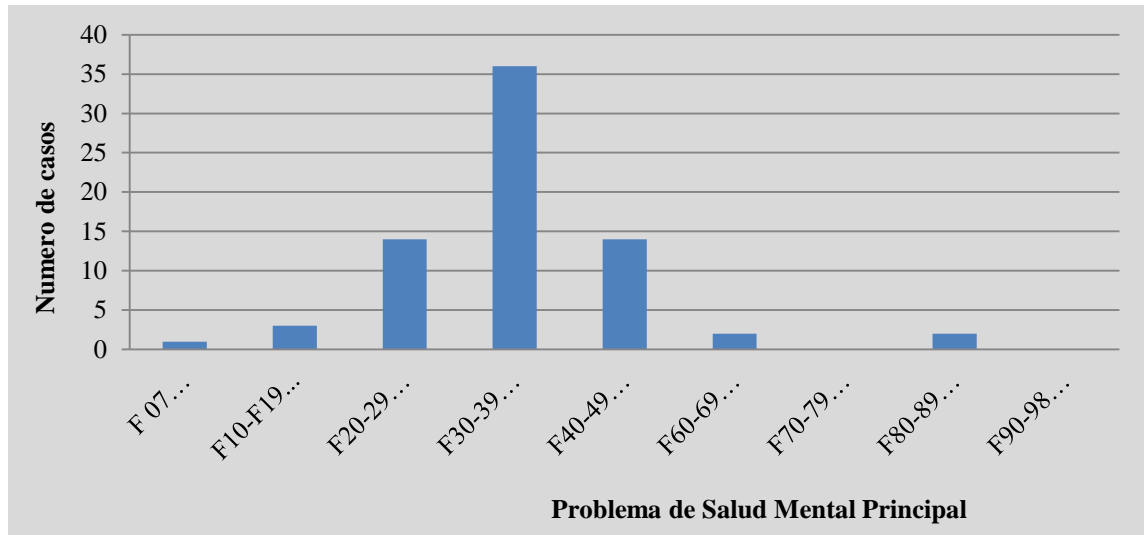
Respecto a la distribución del sexo de la muestra, se puede apreciar, en el gráfico 2, una frecuencia mayor de mujeres; 46 personas que participan de la investigación correspondiendo a un 65% de la muestra.

Gráfico 3. Distribución de la muestra según Comuna de residencia



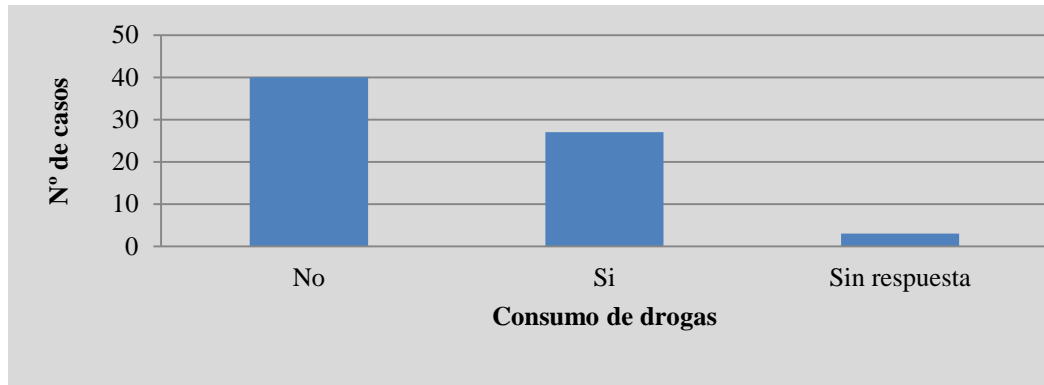
Se puede apreciar una predominancia de usuarios pertenecientes a la comuna de Concón, 58%, seguidos por usuarios residentes de la comuna de Quintero y en una proporción menor usuarios domiciliados en la comuna de Puchuncaví (Gráfico 3)

Gráfico 4. Problema de Salud mental principal



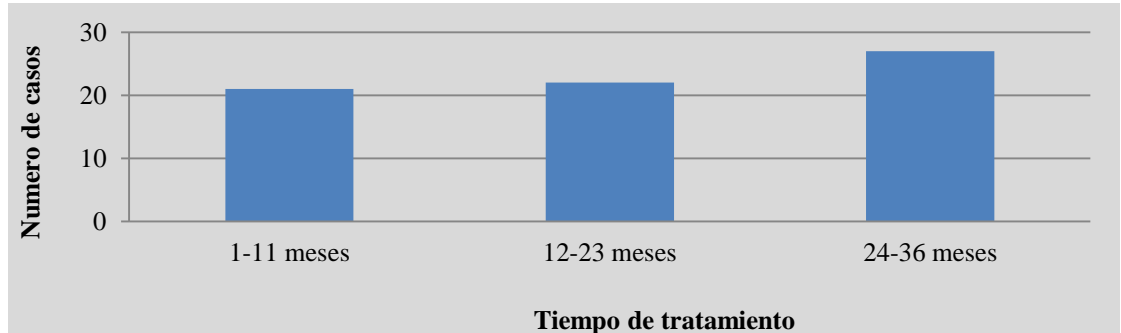
Por otro lado, en la composición de la muestra de acuerdo a su diagnóstico principal o Problema de Salud Mental principal (Gráfico 4), se evidencia una mayor frecuencia de (F30-39) Trastornos del humor, 36 personas; seguido por (F20-29) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes como también (F40-49) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, en la misma proporción (14 personas); a continuación, siguen (F10-19) Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de drogas o múltiples drogas, entre otros (Ver anexo 1).

Gráfico 5. Distribución de la muestra según Consumo de drogas



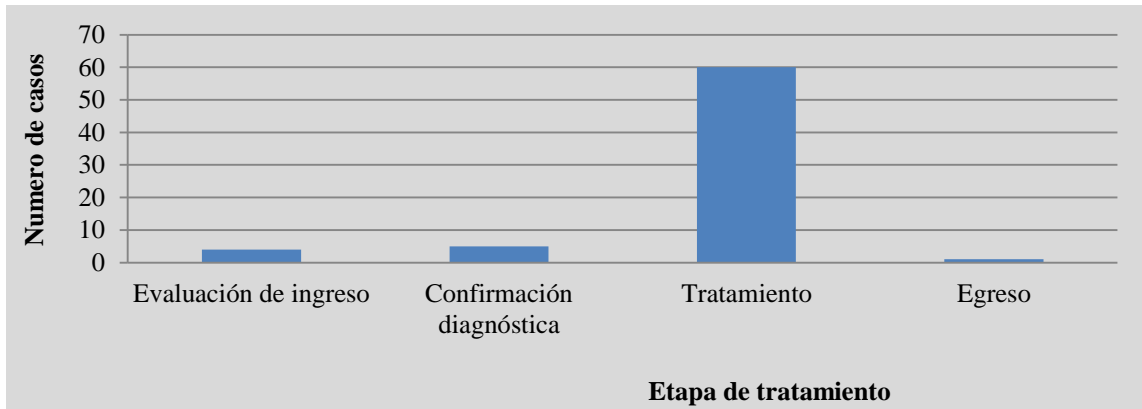
Un 59% de las personas (40 personas) que participan de la investigación dicen no consumir drogas. Sólo tres personas no contestan este ítem. (Gráfico 5)

Gráfico 6. Distribución de la muestra según Tiempo de tratamiento a Noviembre del 2013



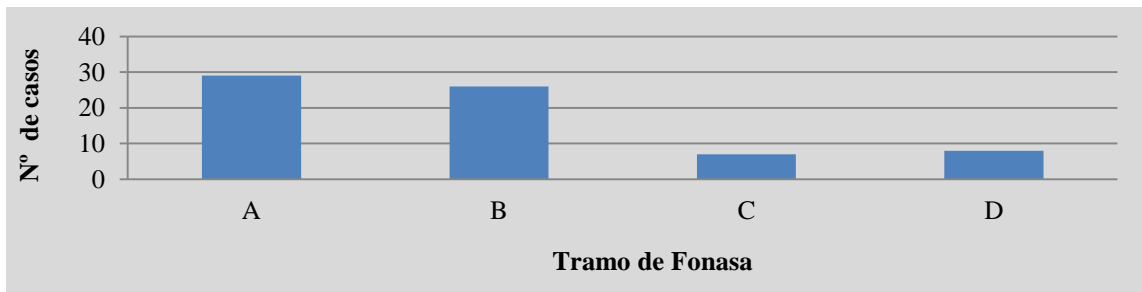
La muestra estuvo compuesta por 21 usuarios entre 1-11 meses de tratamiento, 22 usuarios entre 12-23 meses y 27 usuarios han permanecido entre 24-36 meses en el Centro de Salud Mental de Psiquiatría Comunitaria de Concón (Gráfico 6) (ver anexo 2).

Gráfico 7. Etapa de tratamiento a Noviembre del 2013



Por otro lado, existe una frecuencia mayor (85%) de Usuarios que se encuentran en la etapa de Tratamiento en el Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (Gráfico 7).

Gráfico 8. Distribución de la muestra según Tramo de FONASA



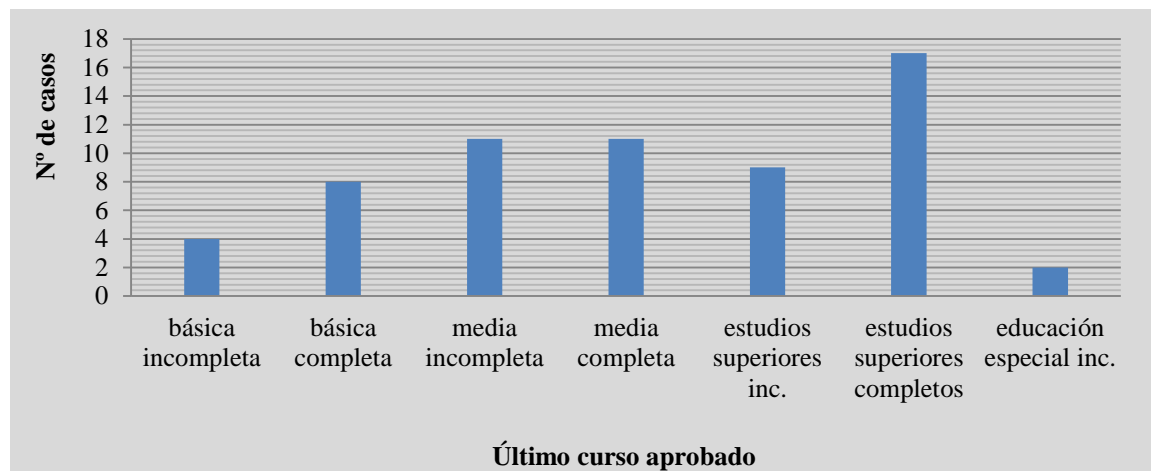
La muestra está conformada por una frecuencia mayor de usuarios que pertenecen al Tramo de FONASA A (29 personas). Cabe mencionar que todos los usuarios pertenecen al sistema previsional FONASA.

Tabla 1. Distribución de la muestra según uso de fármacos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	69	98,6	100,0	100,0
Perdidos	Sin respuesta	1	1,4		
Total		70	100,0		

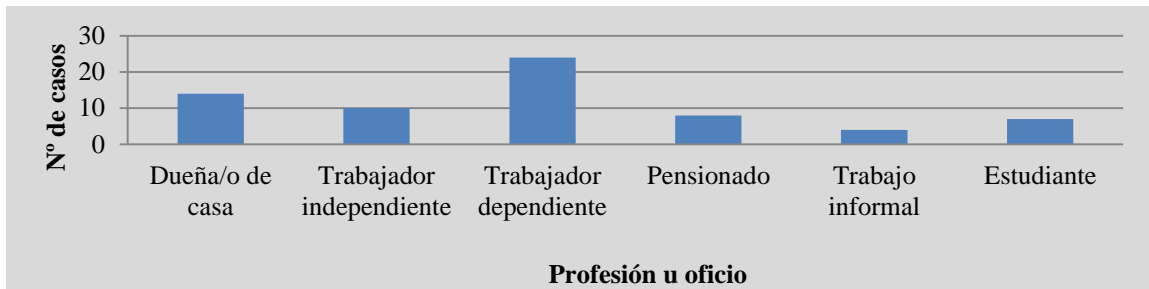
La muestra está compuesta principalmente por usuarios que están bajo tratamiento farmacológico (69 personas) y solo 1 persona no responde este ítem, dado que se encuentra en la etapa de evaluación diagnóstica (Tabla 1).

Gráfico 9. Último curso aprobado o escolaridad de la muestra.



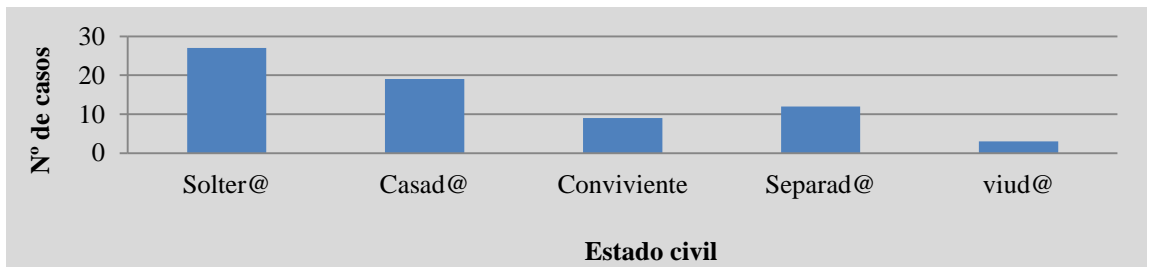
En relación a la escolaridad, se evidencia una frecuencia mayor de usuarios que presentan estudios superiores completos, 17 personas, seguido por la escolaridad de nivel medio completo e incompleto, 11 personas cada una (Gráfico nº9). Por otro lado, en relación a la profesión u oficio desempeñado por los usuarios que participaron de la investigación, existe una frecuencia mayoritaria de trabajadores dependientes, seguido por dueñas/os de casa (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribución de la muestra según Profesión u oficio



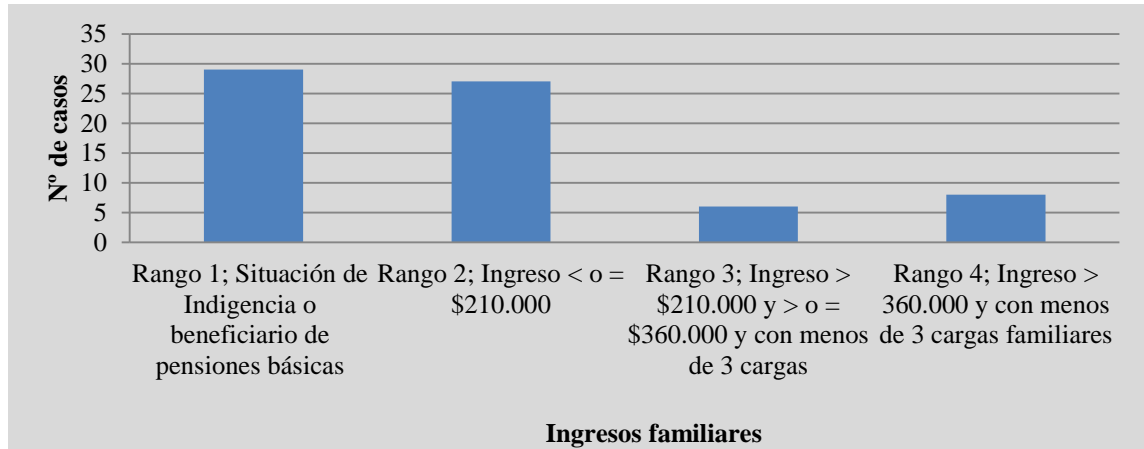
De acuerdo al estado civil de la muestra, se evidencia una frecuencia mayoritaria de personas solteros/as con un 38,6%, seguido por los usuarios casados/as con un 27,1% (Gráfico 11)

Gráfico 11. Distribución de la muestra según Estado civil



En relación a los Ingresos familiares (Gráfico 12), se puede evidenciar una frecuencia mayoritaria de la muestra en el Rango 1 (Indigencia; carentes de recursos; pensiones básicas solidarias) con un 41,4 %, seguido al Rango 2 con un 38,6% (Ver Anexo 3).

Gráfico 12. Distribución de la muestra según Ingresos familiares



Por otro lado, respecto a su grupo familiar, se devela una frecuencia mayor de familias que poseen 3 integrantes, 30%, seguido por familias que poseen 2 integrantes (Gráfico 13). Por último, en relación al de número de hijos de las personas de la muestra, se evidencia mayoritariamente la categoría sin hijos en un 37%, seguida por la categoría que representa a los usuarios que tienen 2 hijos (Gráfico 14).

Gráfico 13. Distribución de la muestra según Integrantes familiares

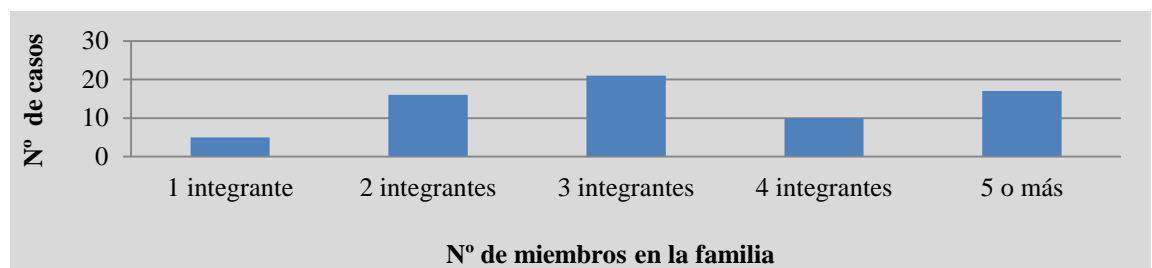
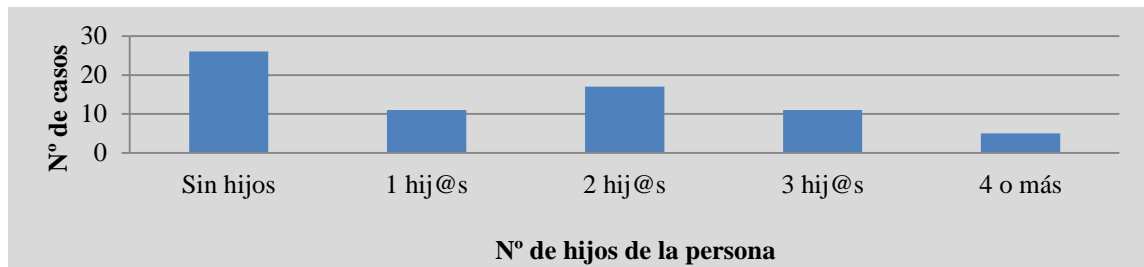


Gráfico 14. Distribución de la muestra según N° de hijos



3.2 Determinación de la asociación entre Vínculo Parental, de los usuarios del COSAM respecto de sus figuras paternas, con el Modelo Operativo Interno de Apego

Cuando se hace referencia a “Apego”, se describe la relación que construye el niño con sus cuidadores, desde el punto de vista de él; mientras que cuando se habla de “Vínculo Parentales”, se intenta explicar cómo se relacionan los padres del niño con su hijo, cuáles son sus sentimientos y conductas hacia él.

De acuerdo a los resultados obtenidos a la muestra mediante el cuestionario P.B.I, es posible describir a 63 personas que contestan al cuestionario versión Padre, en tanto que 7 personas no responden a ésta, argumentando no querer contestar o por ausencia de la figura paterna en su infancia. En el caso de cuestionario versión Madre, es posible describir a 68 personas, en tanto 2 personas no responden por ausencia de figura Materna o argumentando no querer contestar (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra según casos incluidos y excluidos

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Vínculo Paterno y MOIA Paterno	63	90,00%	7	10,00%	70	100,00%
Vínculo Materno y MOIA Materno	68	97,10%	2	2,90%	70	100,00%

3.2.1 Análisis descriptivo de los vínculos parentales

De acuerdo a los resultados del cuestionario P.B.I, se puede observar una frecuencia mayoritaria de “Percepción de Vínculo Promedio” que tienen los usuarios respecto a su Madre (Gráfico 15) asociada a un 41% de la muestra, seguido de la “Percepción de vínculo sobreprotección alta y cuidado promedio” representado por un 19%; por otro lado, las categorías Percepción de Vínculo Constricción cariñosa y Percepción de Vínculo Óptimo no arrojan resultados.

En relación a las categorías Percepción de vínculo que arroja el P.B.I para la versión Madre, es posible extrapolar los resultados a los Modelos Operativos Internos de Apego (MOIA). En este caso, en el Gráfico 16, se puede apreciar una predominancia mayoritaria en la muestra, para la versión Madre, de MOIA inseguro en un 51,5%.

Gráfico 15. Distribución de la muestra según Percepción de Vínculo Parental Materno

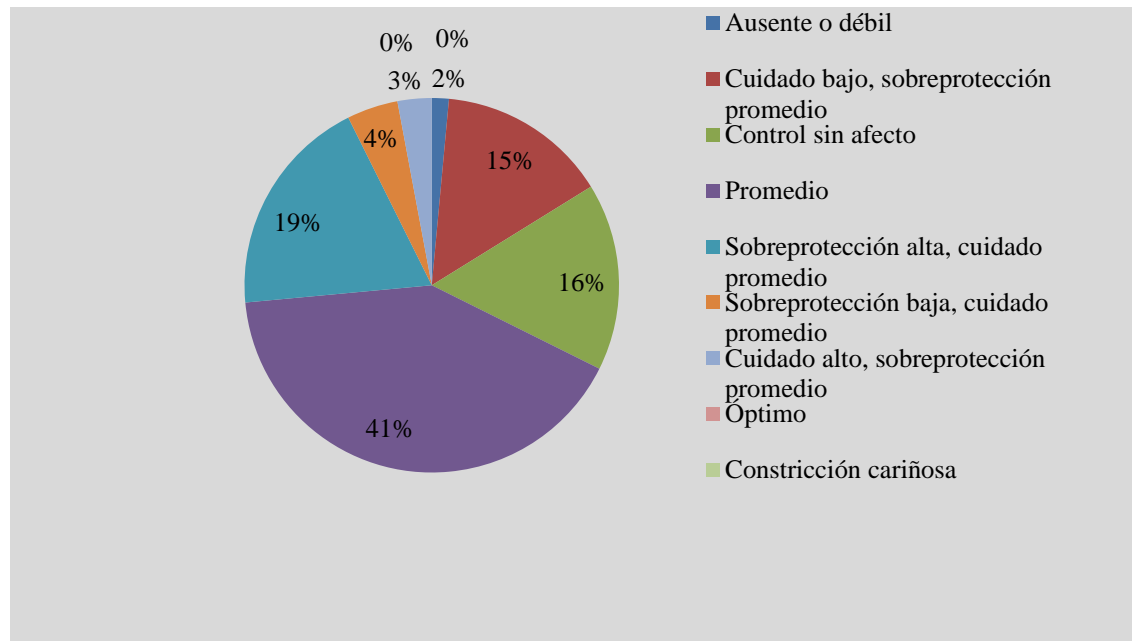
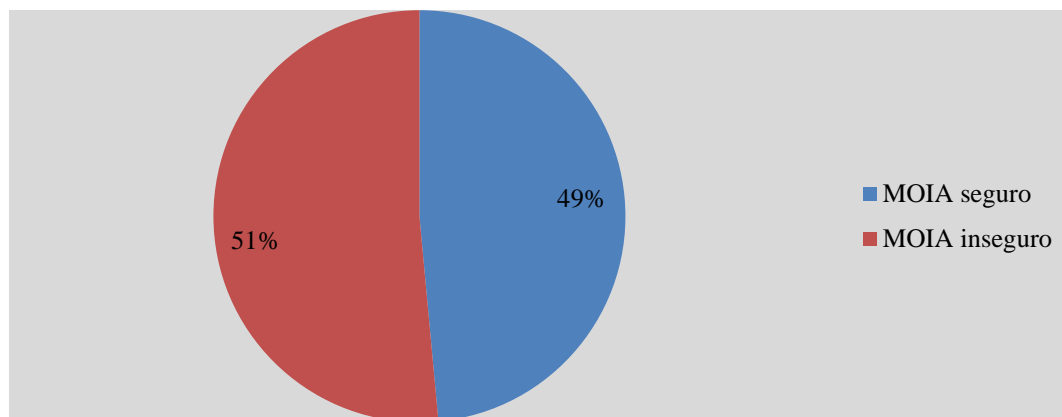


Gráfico 16. Distribución de la muestra de Modelo Operativo Interno de Apego Materno



En el caso de los resultados de la versión Padre del P.B.I, podemos evidenciar una frecuencia mayoritaria en relación de la muestra de “Percepción de vínculo Promedio” asociado a un 43% (Gráfico 17), seguido a “Percepción de vínculo

sobreprotección alta y cuidado promedio” (17%), por otro lado, las categorías Percepción de vínculo Constricción cariñosa” y ”Percepción de vínculo óptimo” no arrojan resultados (ver anexo tabla 17).

Así mismo, en los resultados asociados a los Modelos Operativos Internos de Apego, se evidencia una frecuencia mayoritaria de MOIA seguro representado por un 51% (Gráfico 18) (Ver Anexo 5)

Gráfico 17. Distribución de la muestra según Percepción de Vínculo Parental Paterno

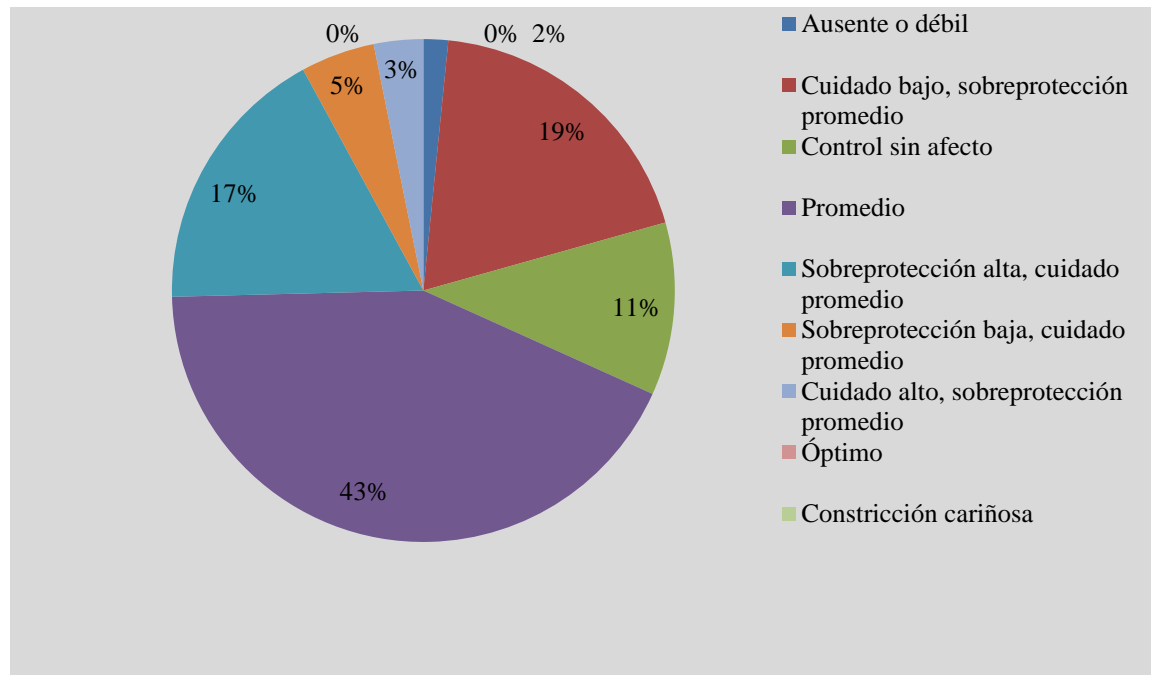
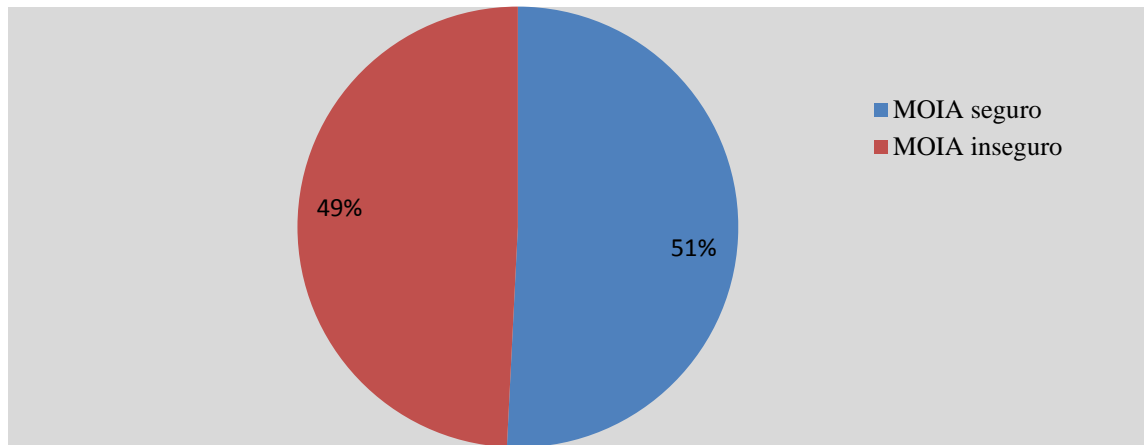


Gráfico 18. Distribución de la muestra según Modelo Operativo Interno de Apego Paterno



3.2.2 Asociación entre los Vínculos Parentales Paternos y Maternos

Considerando los resultados de “Percepción de vínculo Paterno” y “Percepción de vínculo Materno”, no se observa asociación estadísticamente significativa y, por tanto, se afirma que no existe semejanza entre la percepción de vínculo que desarrolla una persona con su madre y con su padre ($\chi^2=42,758$; $p>,05$). Se utiliza para ello la prueba de razón de verosimilitudes, dado a que existen categorías que ofrecen menos de 5 datos (Tabla 3).

3.2.3 Asociación entre los Modelos Operativos Internos Paternos y Maternos

De acuerdo a los resultados entre MOIA Paterno y MOIA Materno, es posible referir, utilizando el chi-cuadrado, una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=7,22$; $p<,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se afirma que el Modelo Operativo Interno de Apego que percibe una persona entre una Madre y un Padre son semejantes (Tabla 4) (Ver Anexo 6)

Frente a los resultados encontrados, es posible concluir que una persona puede generar representaciones de vínculos parentales diferentes entre Madre y Padre, sin embargo, existe semejanza en cómo el adulto evaluado percibe el tipo de Apego hacia cada padre. Por ejemplo, una persona puede percibir que un vínculo ausente o débil con el padre, mientras que con la madre recuerda un vínculo con bajo cuidado y alta sobreprotección; estos vínculos son diferentes entre sí, sin embargo, ambos se relacionan con apegos insatisfactorios o inseguros.

Tabla 3. Pruebas de chi-cuadrado para la Percepción de vínculos Maternos y Paternos

	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,509 ^a	36	,400
Razón de verosimilitudes	42,758	36	,204
Asociación lineal por lineal	,635	1	,426
N de casos válidos	61		

Tabla 4. Pruebas de chi-cuadrado para los Modelo Operativo Interno de Apego Paterno y Materno

	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,222 ^a	1	,007		
Corrección por continuidad ^b	5,911	1	,015		
Razón de verosimilitudes	7,371	1	,007		
Estadístico exacto de Fisher				,010	,007
Asociación lineal por lineal	7,104	1	,008		
N de casos válidos	61				

3.3 Descripción del Modelo Operativo Interno de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo al Rango de Edad.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pueden describir 68 casos válidos según su MOIA Materno y 63 casos validos según su MOIA Paterno (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de la muestra según casos incluidos y excluidos

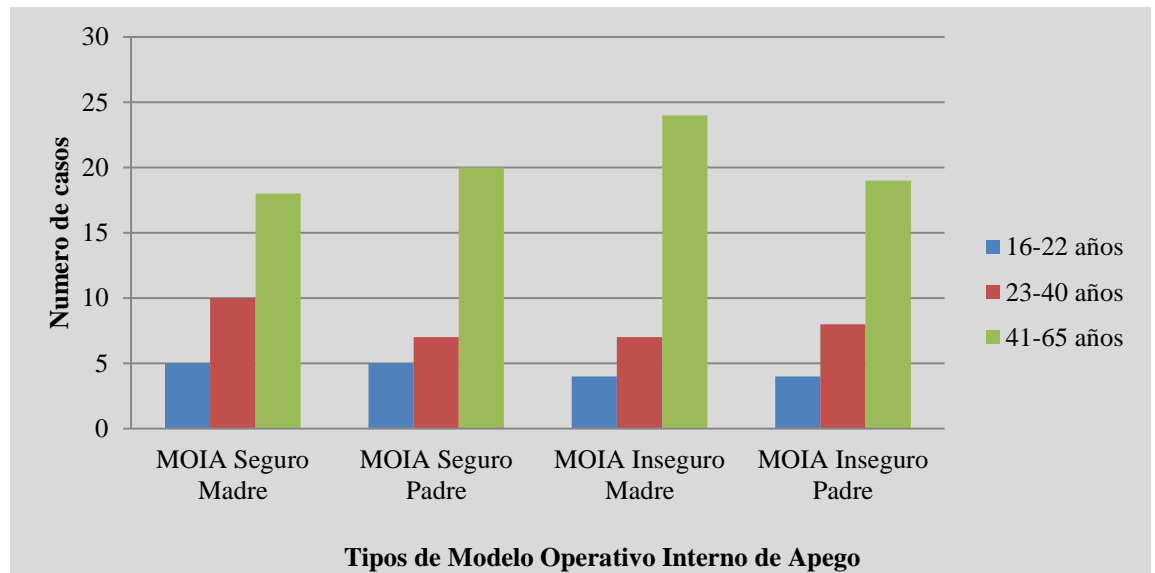
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
MOIA Materno y Rango etario	68	97,1%	2	2,9%	70	100,0%
MOIA Paterno y Rango etario	63	90,0%	7	10,0%	70	100,0%

3.3.1 Análisis de frecuencias Modelos Operativo Interno de Apego, según rango etario

Considerando la composición de la muestra de acuerdo al Rango etario (Gráfico 1), se puede observar (Gráfico 19) las frecuencias relacionadas con la percepción de Apego con los padres.

En el caso del Modelo Operativo Interno de Apego hacia la Madre, en el rango etario de 16-22 años se observa una predominancia de MOIA seguro en un 55%. En relación al rango etario de 23-40 años, se puede observar una proporción mayor -58,8%- de MOIA seguro. Sin embargo, en el rango etario superior de 41-65 años se puede observar una frecuencia elevada en el MOIA inseguro respecto a su Madre, representado por un 57,1%. (Anexo 7)

Gráfico 19. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego Parental y Rango etario



En el caso del Padre, en el rango etario de 16-22 años se observa que un 55% tiene un MOIA seguro. De acuerdo al rango etario de 23-40 años se presenta una predominancia de MOIA inseguro (53,3%). En tanto que en el rango etario de 41-65 años se observa una mayor proporción respecto de su grupo de comparación de MOIA seguro, 51,2% de acuerdo a la muestra. (Anexo 8)

3.3.2 Asociación entre Modelo Operativo Interno de Apego parental y Rango etario

No se evidencia asociación significativa entre Rango etario y MOIA Parental, tanto en la versión materna ($\chi^2=1,44$; $p>,005$) como paterna ($\chi^2=1,88$; $p>,005$). Se aplicó para ello la prueba de chi-cuadrado (Tabla 6 y 7)

Tabla 6. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,440 ^a	2	,487
Razón de verosimilitudes	1,445	2	,486
Asociación lineal por lineal	1,025	1	,311
N de casos válidos	68		

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,188 ^a	2	,910
Razón de verosimilitudes	,188	2	,910
Asociación lineal por lineal	,007	1	,935
N de casos válidos	63		

3.4 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego Parental de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón de acuerdo al sexo.

A continuación, se describe en qué frecuencia los usuarios (Tabla 8), del sexo masculino y femenino, perciben el MOIA que establecieron con sus figuras parentales.

Tabla 8. Tabla de contingencia de Modelo Operativo Interno de Apego Materno y Sexo

MOIA hacia la madre	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Inseguro	25	10	35
Seguro	19	14	33
Total	44	24	68

3.4.1 Frecuencias de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro e Apego Inseguro en usuarias de sexo femenino.

Gráfico 20. Usuaris de sexo femenino y MOIA hacia la madre.

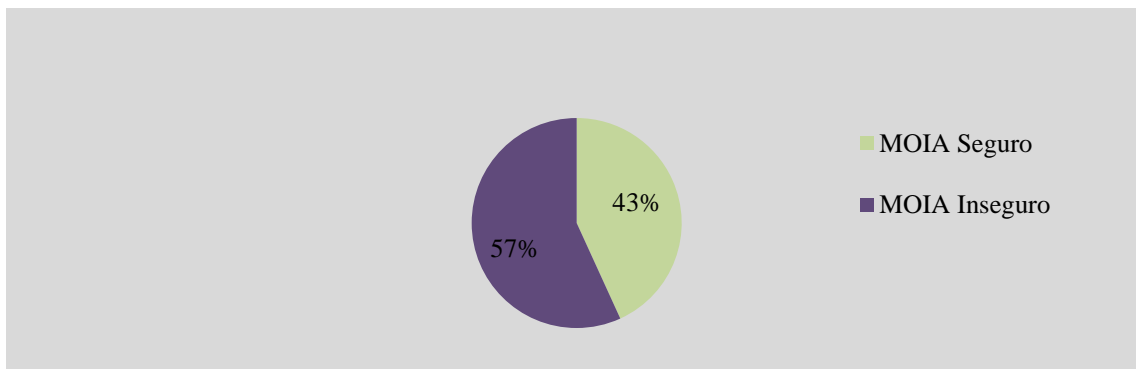
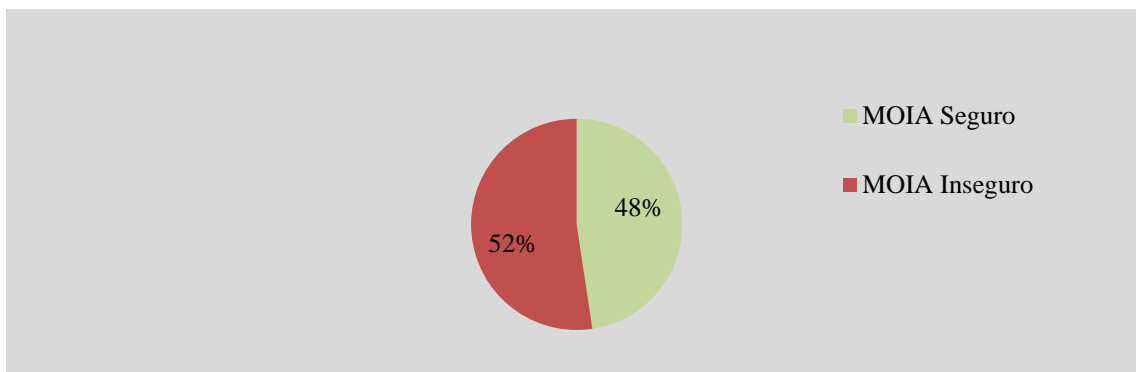


Gráfico 21 .Usuaris de sexo femenino y MOIA hacia el padre



Se observa que un 48% de las mujeres percibe el MOIA que estableció con su padre como Seguro, mientras que, en menor frecuencia, un 43 % de usuarias recuerdan patrones Seguros con la madre. Es posible observar que un 52 % de usuarias del sexo femenino percibe el MOIA que estableció con su padre como Inseguro y que un 57% de las mujeres recuerda que el Apego que estableció con su Madre fue Inseguro.

Las mujeres presentan un mayor MOIA Inseguro en relación a ambos cuidadores (Gráfico 20 y 21)

3.4.2 Frecuencias de percepción de Apego Seguro y Apego Inseguro en usuarios de sexo masculino.

Gráfico 22. Usuarios de sexo Masculino y MOIA hacia Madre.

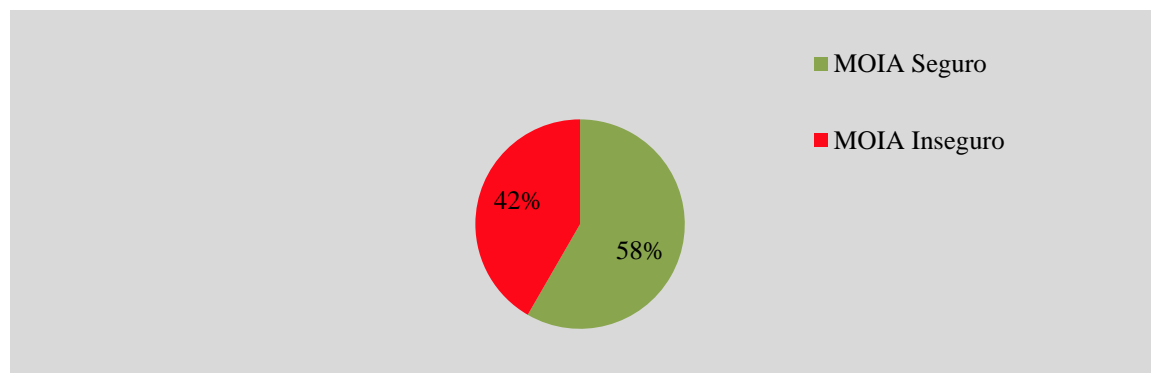
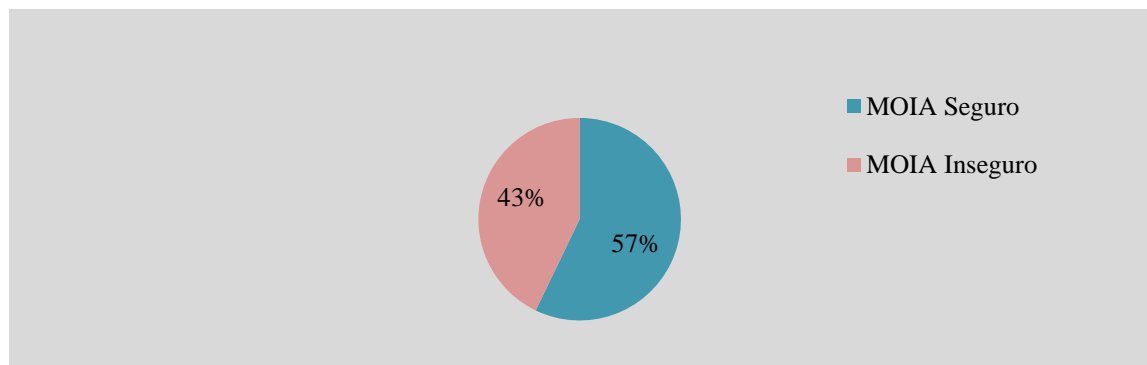


Gráfico 23. Usuarios de sexo Masculino y MOIA hacia el Padre



El 58% de los hombres de acuerdo al MOIA que estableció con su madre fue Seguro y, en frecuencia similar, un 57% de este grupo posee un MOIA hacia su padre como Seguro. Un 43 % posee un MOIA hacia su padre como Inseguro y un 42% perciben un patrón del mismo tipo con su madre.

Puede observarse que las frecuencias se distribuyen de manera similar para ambos cuidadores y que el Modelo Operativo Interno de Apego que mayormente se presenta en este grupo es el seguro.

3.4.3 Asociación de las variables sexo y Modelo Operativo Interno de Apego.

Las frecuencias en el patrón de Apego Seguro/Inseguro se distribuyen de forma análoga para ambos cuidadores: el grupo de mujeres presenta mayor MOIA inseguro que seguro, para madre y para padre; el grupo de hombres presenta mayor frecuencia de patrón de Apego seguro, tanto para madre como para padre.

Al margen de la tendencia en frecuencias, partir de los valores Chi-cuadrado para MOIA hacia Madre ($\chi^2= 1,427$, $p >0,05$) (anexo 9) y para Apego Padre ($\chi^2=0,508$, $p > 0,05$) (anexo 10), se concluye que no hay, entre la variable sexo y el MOIA, una asociación estadísticamente significativa.

3.5 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo a los Ingresos familiares.

A continuación, se presentan las frecuencias según las variables MOIA hacia madre y hacia padre asociado a Ingresos familiares (Tabla 9 y 10).

Tabla 9. Resumen de datos incluidos entre Modelo Operativo Interno de Apego hacia Madre e Ingresos Familiares

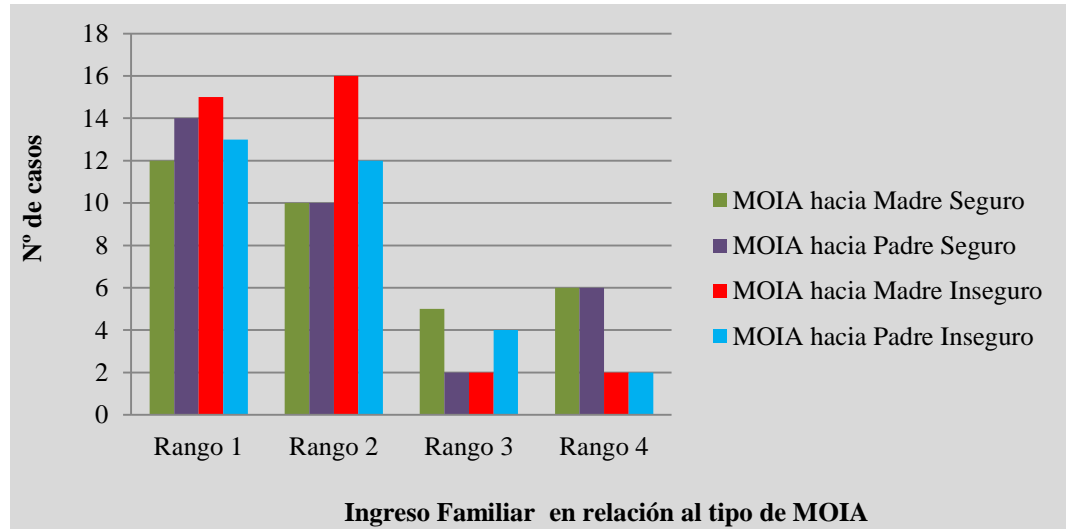
MOIA hacia Madre	Rangos de Ingreso Familiar				Total
	1	2	3	4	
Inseguro	15	16	2	2	35
Seguro	12	10	5	6	33
Total	27	26	7	8	68

Tabla 10. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego hacia Padre e Ingresos Familiares

MOIA hacia Padre	Rangos de Ingreso Familiar				Total
	1	2	3	4	
Inseguro	13	12	4	2	31
Seguro	14	10	2	6	32
Total	27	22	6	8	63

De acuerdo al siguiente gráfico 24, se observa que en los grupos de menores ingresos, se percibe en mayor frecuencia que el MOIA que se estableció con la madre fue Inseguro; específicamente el grupo del rango 2, es posible percibir que tanto el MOIA Inseguro hacia la madre como el padre, exhiben mayor frecuencia que los MOIA seguros. Dentro del rango 3, es posible observar mayor frecuencia de MOIA Seguro con la madre y de Inseguro con el padre; en el grupo 4, se observa una frecuencia superior de representaciones de Apegos Seguros.

Gráfico 24. Gráfico de Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego parental e Ingreso Familiar



3.5.1 Asociación entre las variables Modelo Operativo Interno de Apego e Ingresos Familiares

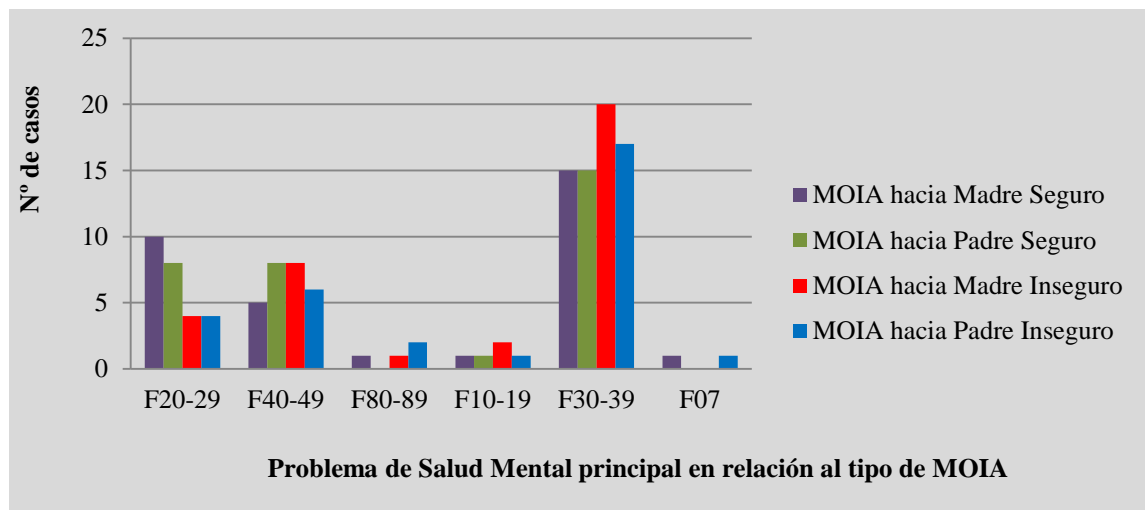
El valor de la prueba Chi-cuadrado para la variable Ingresos económicos familiares y el MOIA hacia la Madre ($\chi^2 = 4,949$, $p > 0,05$) (Anexo 11), así como también con el MOIA hacia el Padre ($\chi^2 = 2,870$, $p > 0,05$) (Anexo 12), indicaría que no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable “Ingresos económicos” y el tipo de MOIA.

3.6 Caracterización de los Modelos Operativos Internos de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo al diagnóstico principal.

A partir del siguiente gráfico (25), se desprende que en el grupo de usuarios que padecen (F30-39) Trastornos del humor presenta la mayor frecuencia de MOIA Inseguro, asociado a un 55%; de la muestra. Luego, son los (F40-49) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, somatomorfos los que presentan la

mayor frecuencias de Apego insatisfactorios, representado por 51% de MOIA inseguro; resultando ser tendencias que no es tan notoria en los demás grupos. Por el contrario, en el grupo de los pacientes que sufren de (F20-29) Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes se observa una mayor frecuencia de MOIA seguro, representado por un 69% de este grupo, siendo los únicos trastornos en que ocurre esta distribución de frecuencias.

Gráfico 25. Gráfico de Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Diagnóstico principal (Ver Anexo 1)



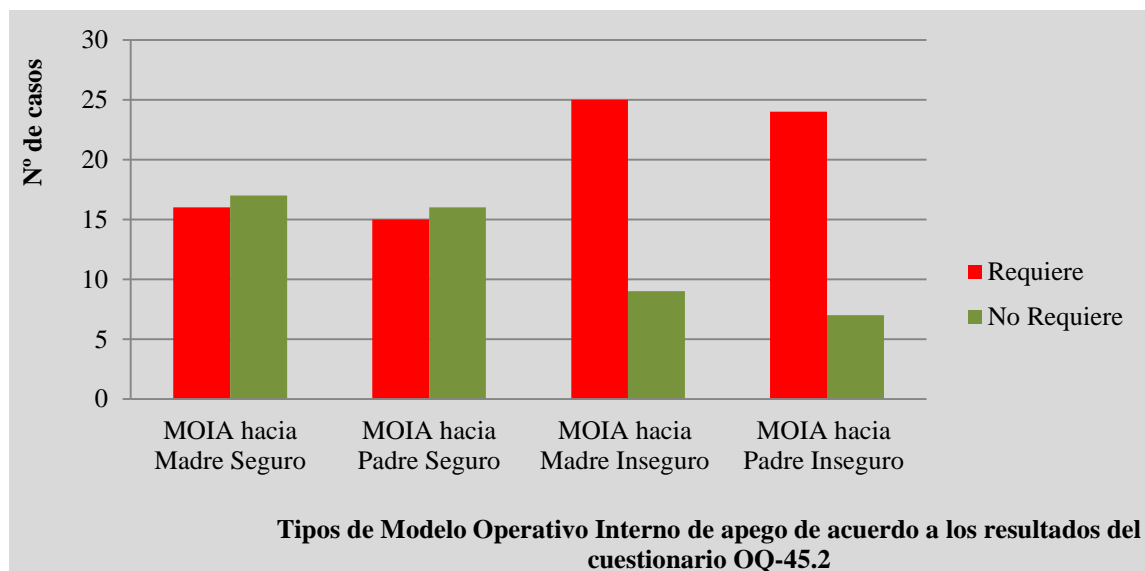
3.6.1 Asociación de la variable Modelo Operativo Interno de Apego y Diagnóstico Principal

El valor de la prueba Chi-cuadrado Diagnóstico Principal y MOIA hacia Madre ($\chi^2= 5,257$; $p >0,05$) (Anexo 13) MOIA hacia Padre ($\chi^2=4,729$; $p >0,05$) (Anexo 14) indican que las variables Modelo Operativo Interno de Apego y Diagnóstico Primario no se encuentran asociadas estadísticamente de forma significativa.

3.7 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego, de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón, de acuerdo al Bienestar Socioemocional general

A partir del siguiente gráfico (26), se puede observar la tendencia a exhibir mayor frecuencia de usuarios que necesitan ayuda terapéutica en los grupos de MOIA Inseguro hacia la Madre y MOIA Inseguro hacia el Padre. Por el contrario, aquel grupo de usuarios con MOIA Seguro hacia Madre y MOIA Seguro hacia el Padre presentan menor frecuencia de necesidad de Ayuda terapéutica.

Gráfico 26. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Ajuste Socio-Emocional



El puntaje Medio de la muestra corresponde a 86,3 puntos (Anexo 15) (siendo el puntaje de corte para la presencia de desajuste socio-emocional 73 puntos). La media para el grupo de MOIA hacia Madre Inseguro fue 92,7 pts. (Anexo 16) y en el de MOIA hacia Madre Seguro fue de 77,7 pts (Anexo 16). En relación al MOIA hacia

Padre, las medias de cada grupo corresponde a 91,0 pts (Anexo 17) en el de Inseguro y 79,7 pts, para el Seguro (Anexo 17).

A partir de las frecuencias, es posible observar que los grupos de MOIA hacia Madre Seguro y/o MOIA hacia Padre Seguro tienden a presentar en menos frecuencia desajuste emocional, mientras que los grupos de MOIA Inseguro lo presentan en mayor frecuencia.

3.7.1 Asociación entre variable Modelo Operativo Interno de Apego y Bienestar Socioemocional General

El valor de la prueba Chi-cuadrado MOIA hacia Madre y Ajuste Socioemocional ($x^2= 4,423$; $p< 0.05$) (Anexo 18), junto al de MOIA hacia Padre y Ajuste Socioemocional ($x^2=5,599$; $p< 0,05$) (Anexo 19) indican que las variables MOIA y el Ajuste Socio-emocional se encuentran asociadas estadísticamente de forma significativa. Así, cuando una persona significa la relación que tuvo con sus cuidadores de forma positiva, es probable que tenga mejor satisfacción del estado de vida actual.

3.8 Caracterización del Modelo Operativo Interno de Apego de los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Concón de acuerdo a las escalas Sintomatología, Rol social y Relaciones Interpersonales del cuestionario psicopatológico OQ-45.2.

A través de la observación de los gráficos que se presentan a continuación, es posible observar que la totalidad de las escalas evaluadas mediante el cuestionario OQ 45.2 están alteradas, exhibiendo altos puntajes en todos los grupos de los diferentes MOIA. A partir de la descripción de frecuencias, se puede observar que el grupo que presenta Sintomatología, y aquellos usuarios que presentan insatisfacción con el Rol Social tienden a presentar en mayor número MOIA inseguros. Las medias de los grupos

de MOIA hacia Madre seguro e MOIA hacia Madre inseguro en la escala de Sintomatología (con un puntaje de corte de 43 pts.) son 57 pts. y 58,9 pts, respectivamente (Anexo 20). En el caso de los padres, las medias obtenidas en el grupo de MOIA Seguro 56,7 pts. y 49,3 pts. en el MOIA inseguro (Anexo 20).

La escala de Rol Social está determinada por un puntaje de corte de 14 pts. En la percepción del tipo de Apego con la madre, la media del grupo MOIA seguro fue de 14,9 pts y 17 pts. el grupo de MOIA inseguro (Anexo 21). Considerando la relación percibida con el padre, el grupo MOIA inseguro exhibió en esta escala un puntaje medio de 16, pts. y el de MOIA seguro una media de 15 pts (Anexo 21).

En el caso de la escala Relaciones Interpersonales aquellos que presentan Insatisfacción en las relaciones se presentan en una frecuencia similar en todos los grupos, indistintamente del tipo MOIA. El puntaje de corte para la escala Relaciones Interpersonales es de 16 pts. Para las madres, el grupo de MOIA Seguro obtuvo una media de 16,4 pts y el grupo de MOIA Inseguro 18,7 de pts (Anexo 22). En relación al MOIA Percibido con el padre, el grupo de MOIA seguro obtuvo una media de 16,2 pts y el de MOIA inseguro una 18,2 de pts. (Anexo 22).

A partir de las frecuencias y puntajes medios, es posible describir que aquellos que recuerdan patrones de Apegos inseguros con sus padres, presentan en mayor medida Sintomatología, insatisfacción de Relaciones Interpersonales y rendimiento social inadecuado relacionado con el empleo, roles familiares y ocio.

Gráfico 27. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Sintomatología.

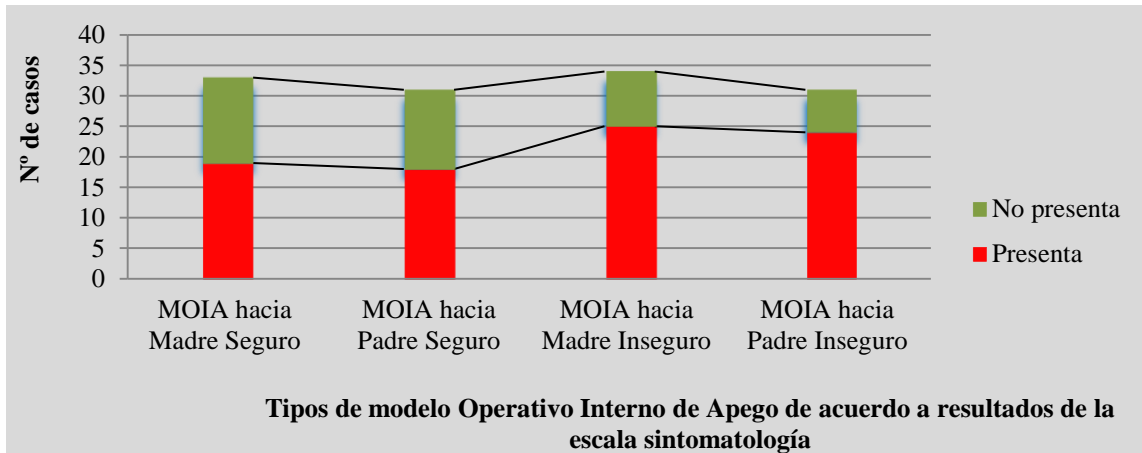


Gráfico 28. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Rol Social.

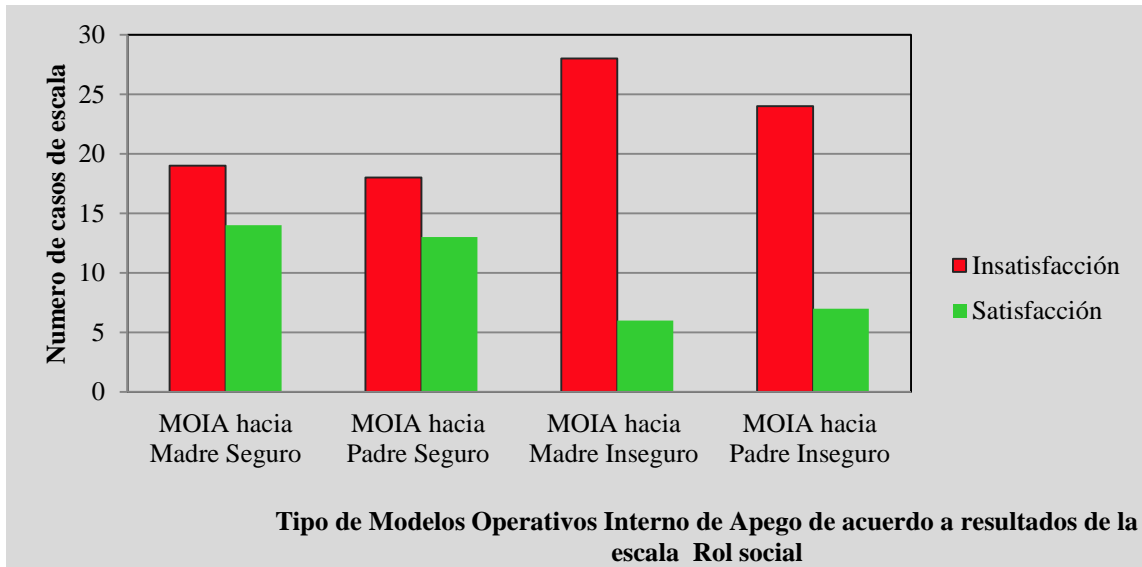
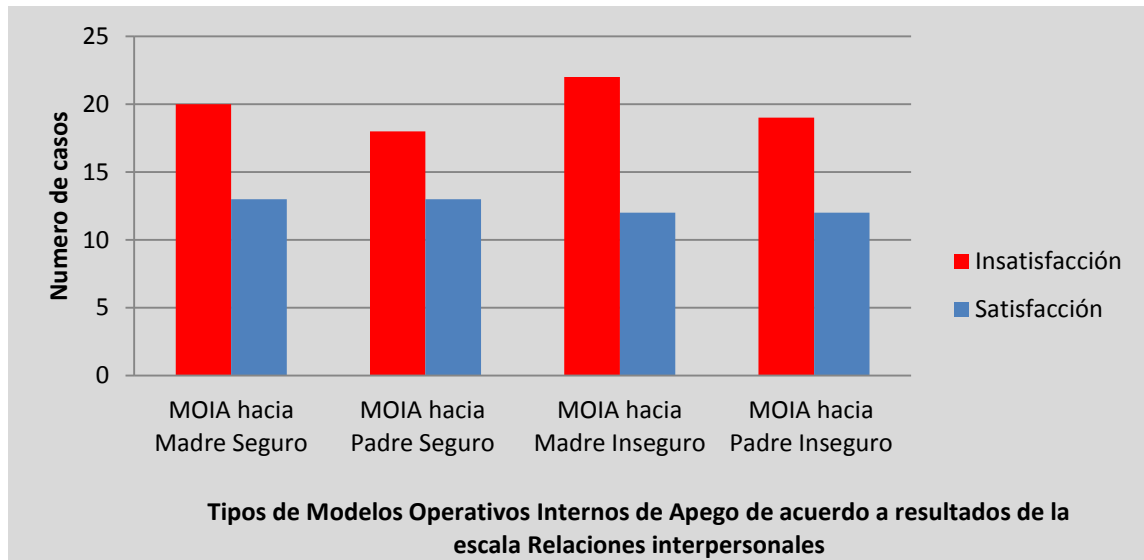


Gráfico 29. Tabla de contingencia entre Modelo Operativo Interno de Apego y Relaciones Interpersonales.



8.1 Asociación de variable Modelo Operativo Interno de Apego y escalas OQ-45.2

8.1.1 Modelo Operativo Interno de Apego y sintomatología (Escala SD)

A partir del valor chi-cuadrado para el Modelo MOIA hacia Madre y sintomatología $\chi^2 = 1,891$, $p > 0,05$ (Anexo 23), junto al valor de MOIA hacia padre y sintomatología $\chi^2 = 2,657$, $p > 0,05$ (Anexo 24); se concluye que entre ambas variables no existe una asociación estadísticamente significativa.

8.1.2 Modelo Operativo Interno de Apego y Rol Social (Escala RS)

El valor chi-cuadrado para MOIA hacia Madre y Rol Social ($\chi^2 = 4,910$; $p < 0,05$) (Anexo 25), establece una asociación significativa entre estas variables; no así el valor chi-cuadrado de MOIA hacia Padre y Rol Social ($\chi^2 = 2,657$; $p > 0,05$) (Anexo 26); del cual se infiere que no existe una asociación estadísticamente significativa entre éstas.

8.1.3 Modelo Operativo Interno de Apego y relaciones Interpersonales (Escala IR)

Considerando el valor chi-cuadrado para MOIA hacia Madre y Relaciones Interpersonales ($\chi^2=0,120$; $p>0,05$) (Anexo 27), junto al valor de MOIA hacia Padre y Relaciones Interpersonales ($\chi^2=0,067$; $p >0,05$) (Anexo 28); se desprende que entre ambas variables no existe una asociación estadísticamente significativa.

4 DISCUSIÓN

Al comparar el porcentaje de usuarios del Centro de Salud Mental que construyeron un Modelo Operativo Interno de Apego inseguro en la relación con sus figuras parentales durante la infancia y adolescencia con los datos de investigaciones en Apego en población no clínica, se puede afirmar que en esta población con diagnóstico psiquiátrico existe una frecuencia mayor de percepciones de Apego Inseguro en edades tempranas de la que se espera observar en poblaciones generales, en las cuales se estima que el porcentaje de representaciones de Apego Inseguro con la figuras parentales rondarían entre un 25% y 45 % (Lecannelier, 2007). Bajo la revisión bibliográfica, se fijó la hipótesis de investigación que supone que en esta muestra evaluada existiría una frecuencia mayor al 30% de personas que mantienen representaciones de Vínculo inseguro. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Este resultado podría explicar en parte que las historias previas de carencia afectiva o una mala calidad de vínculo con los padres o cuidadores constituye una variable relevante en el aumento de la incidencia de psicopatologías.

Los resultados arrojados en este estudio están íntimamente relacionados con los datos de los estudios citados anteriormente que asocian los malestares psicológicos y problemas de Salud mental con historias de infancia que integran padres con características de bajo cuidado y niveles de sobreprotección elevadas. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de Apegos disfuncionales y poco satisfactorios y puntajes más altos en el cuestionario OQ-45.2, evidenciando un alto desajuste socio-emocional.

En cuanto a la concordancia entre el Modelo Operativo interno de Apego con la madre y el que se establece con el padre, los resultados evidencian una asociación

estadísticamente significativa entre ambas percepciones. De esta forma, es de esperar que cuando se recuerda una relación satisfactoria con la madre, se recuerda una similar con la figura paterna; también hay una clara similitud en cuanto al tipo concreto de Apego inseguro mostrado hacia ambos padres (Oliva, 2004). Estas conclusiones son parecidas a las de un meta-análisis realizado por Fox, Kimmerly y Schafer (1991) que señalan la concordancia entre el tipo de Apego que el niño establece con distintas figuras.

Una posible explicación de esta similitud es que las relaciones interpersonales que establece el niño estarían influidas por el modelo interno activo que éste ha elaborado a partir de su interacción con la madre o con la figura principal de Apego (Oliva, 2004). Siendo así, la explicación tendría relación en la generalización del modelo interno construido con la figura de Apego principal, así sería de esperar que existiese también concordancia con el tipo de Apego establecido con otras figuras como el padre u otros actores de la vida de la persona (Fox, Kimberly y Schafer, 1991). Otra explicación es que hay mucha semejanza en los estilos interactivos que padre y madre sostienen con el niño (Oliva, 2004). Además, es indudable que un padre puede servir de modelo de conducta para el otro padre, que tenderá a actuar de forma semejante (Oliva, 2004). De esta forma, la persona en edad adulta elabora significaciones de las relaciones tempranas con sus cuidadores similares para ambos padres. Sin embargo, el apoyo empírico a esta explicación es escaso, ya que diversos estudios han encontrado diferencias entre ideas y pautas interactivas de padres y madres (Belsky, Gilstrap y Rovine, 1984; Oliva, 2004). Por último, una tercera hipótesis se refiere a la influencia que las características temperamentales del niño pueden tener sobre el establecimiento del tipo de Apego (Kagan, 1982 en Oliva, 2004), siendo éste un factor que puede influir en cómo los adultos se relacionan con el niño y la posterior elaboración que hace éste de las relaciones tempranas en etapas posteriores.

Aún cuando existe similitud en cómo se concibe la percepción de Apego con la madre y la Percepción de Apego con el padre, existe evidencia que la relación de Apego con sus adultos cuidadores podría estar más afectada por la relación temprana con la madre, dado que esta está usualmente más involucrada y disponible en las tareas de crianza (Shaver et al., 2000 en Martínez y Santelices, 2005), debido a las pautas culturales predominantes en nuestro país. En esta investigación, fueron las mujeres quienes presentaron en mayor frecuencia percepciones de Apego inseguro con sus madres y percepciones de Apego inseguro con sus padres; esto podría explicarse a partir de cómo los padres articulan sus estilos de crianza en torno a una designación socio-cultural con un cumplimiento o ejercicio de los papeles reforzados o castigados adscritos para uno u otro sexo (Vielma, 2003). Dicha discusión, que expone las altas frecuencias en mujeres de percepciones de vínculos insatisfactorios en la infancia con las figuras parentales, es propuesta a partir de los datos disponibles del Ministerio de Salud sobre la Salud Mental en Chile, donde se expone que dentro de los grupos de diagnóstico con mayor prevalencia de vida, los trastornos afectivos y ansiosos son significativamente más frecuentes en mujeres (relación 2:1 y 2,7:1 respectivamente)(Kohn, Rioseco, Saldivia, Torres y Vicente, 2002). Cabe decir, que existe poca información acerca de las diferencias en percepciones de los estilos parentales entre el sexo masculino y femenino en adultos (Concha, Jiménez y Zuñiga, 2003). En la estandarización chilena del instrumento utilizado en este estudio para evaluar las percepciones de vínculos parentales, tampoco se evidencia diferencias significativas en las significaciones que hacen las personas de cada género de los vínculos tempranos con sus cuidadores, al igual que el presente estudio, donde no se estableció una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Surge la interrogante que los diferentes estilos de crianza pueden condicionar la forma en que los progenitores se vinculan con sus hijos cuando estos son niñas o cuando son niños, aumentando la brecha que separa a ambos géneros. He ahí la importancia de enriquecer la investigación que integre las diferencias de género a la hora de explicar el Apego, potenciando el conocimiento para la

prevención de las psicopatologías y promoción del bienestar psicoemocional de hombres y mujeres.

Dentro del análisis de las diferencias de género, cabe destacar que las mayores frecuencias de percepción de Apego seguro se dan en relación a los vínculos construidos con los padres. Considerando esto, a partir de los datos recogidos en esta muestra, se puede interpretar como apertura a la flexibilidad de roles que se proponen en la sociedad actual, donde el ser hombre no estaría asociado a estar distanciado de la afectividad o portar agresividad para actuar o ejercer autoridad (Thomas, 1997 en Vielma, 2003).

Otro tema a discutir en esta investigación, tiene relación con la definición que se realiza de diagnóstico principal y que se elabora a partir de los datos encontrados en las carpetas clínicas; diagnóstico confeccionado por el equipo de Salud de acuerdo a sus prestaciones de servicios (también llamadas canastas) que constituyen la forma en que el Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de Concón recibe financiamiento. Por consiguiente, se resumen diagnósticos CIE-10, según prestaciones generales; en este sentido, no se considera como diagnóstico principal a los trastornos de la personalidad, donde además un 52,8% de los usuarios de la muestra posee comorbilidad con otro Problema de Salud Mental. Por lo tanto, se recurre a la clarificación de los diagnósticos principales por medio de los profesionales del Centro de Salud que conocen la historia clínica de los pacientes.

Es importante considerar que el COSAM de Concón pertenece al nivel secundario, por tanto se centra en patologías de mayor gravedad que en Atención Primaria de Salud (APS), lo que implicó que esta investigación abarcara usuarios con diagnósticos trastornos complejos y menos frecuentes que los atendidos en el nivel primario.

Por otro lado, analizando la metodología de la investigación, se pone en la palestra que los investigadores nacionales no cuentan con muchas alternativas para la medición cuantitativa de Apego en adultos, contando con sólo el Instrumentos de Lazos Parentales (P.B.I) de Dávila et al. (1999) estandarizado y el CAMI-R (Armijo, Garrido, Santelices, Pierrihumbert, 2009) que aún está en proceso (Martínez y Santelices, 2005); los cuales, por requerir menor tiempo en ser administrado, permite evaluar a nuestras numerosas. Además, existe una discusión teórica acerca de cuál es la evaluación que mejor se adapta para medir Apego en base a dos tradiciones, o líneas de investigación, basadas o en los modelos representacionales o en los modelos comportamentales del Apego, con sistemas de clasificación categoriales o dimensionales; y que utilizan instrumentos distintos (Martínez y Santelices, 2005). Por una parte, los representacionales estudian el estado mental de la persona con respecto a relación padres-hijo, temprana infancia y separaciones y/o pérdidas con un sistema de clasificación categorial (predominio de un estilo de Apego global). Por otro lado, los comportamentales estudian sentimientos, conductas y cogniciones con respecto a relaciones de pareja y relaciones interpersonales con un sistema de clasificación categorial o dimensional (set de estilos de relación dependientes de un patrón común, considerando la influencia de la historia de relaciones de un individuo). En la literatura encontramos variados argumentos que apoyan la idea de que ambas formas de evaluar el Apego adulto no estarían relacionadas; un cuestionamiento de peso es el de George y West (1999) (Buchheim & Strauss, 2002 en Martínez y Santelices, 2005), quienes plantean que las mediciones basadas en el modelo representacional son más cercanas a lo que Bowlby consideraba como "modelo operante" que en el adulto incluiría, entre otras, variables inconscientes (Martínez y Santelices, 2005). A pesar de lo anterior, otras investigaciones han entregado evidencias que apoyan la idea de que ambos tipos de mediciones estarían relacionadas, al menos en algunos aspectos.

En el caso de esta investigación ha sido utilizado el cuestionario el P.B.I (Dávila, et al., 1999), ya que permite medir el constructo de Apego de tipo representacional, en

específico permite evaluar la representación de vínculo parental de la persona hacia sus padres. Nuevas Investigaciones han propuesto una nueva versión del instrumento P.B.I el cual posee tres subescalas y no dos subescalas (Cuidado y Sobreprotección) como se construyó el instrumento original de Parker, Tubling y Brown (1979). En 1996, Kendler pudo encontrar que existían más factores que cargaban estadísticamente en subescalas independientes y que no consideraba el P.B.I original. Se afirma que existirían 5 factores y no 2 como se concluyó en principio (Heider et al, 2005). Luego, Cox, Enns y Clara (2000) pueden dar cuenta de sólo tres factores; en donde el factor sobreprotección, el más débil en confiabilidad (0,6) en varias estandarizaciones en varias versiones de este instrumento, da origen a un nuevo factor llamado Autoritarismo. Por consiguiente, hoy luego de una amplia discusión se logra incorporar 8 nuevas preguntas para agregar mayor confiabilidad y validez al cuestionario P.B.I (Heider et al, 2005). Este nuevo instrumento P.B.I trifactorial no se encuentra estandarizado en Chile, sin embargo, existe suficiente información hoy para afirmar que el cuestionario P.B.I, inclusive el bifactorial, cuenta con un sustento teórico válido y confiable para la dimensión particular que el instrumento pretende medir (Cox, Ennsy Clara (2000); Heider et al, 2005; Sánchez y De la Vega, 2013).

Junto a lo anterior, se sugiere que la futura estandarización de este instrumento (P.B.I) en nuestro país considere una mejor redacción de los ítems del cuestionario P.B.I, contingente a la realidad sociocultural de Chile. Al respecto, en esta investigación, la redacción de los ítems en negativo pudo haber confundido a las personas evaluadas a la hora de contestar. La aplicación del test tuvo como punto común problemas para la comprensión de los enunciados, aún cuando fue confeccionada una pauta para que los evaluadores pudiesen contestar de manera homogénea las dudas y preguntas de los evaluados; sin embargo, fue muy frecuente, alrededor de un (30%), que personas se confundiesen al responder preguntas tales como: ítem 2 “No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba”, ítem 8 “No quería que creciera” y por último el ítem 24 “No me elogiaba”

Una futura perspectiva de estudio, a partir de esta de investigación, podría incluir conceptos referidos a la mentalización, en este sentido asociado al desarrollo de investigaciones en Apego. Básicamente se puede afirmar que un patrón de Apego Seguro posee una buena capacidad de mentalización mientras que patrones de Apego Inseguro poseerían una distorsión de esta capacidad humana, «Mentalizar» puede definirse de acuerdo Bateman y Fonagy (2006) como la capacidad para «percibir e interpretar la conducta como estrechamente relacionada con estados mentales intencionales», y se basa en el supuesto de que nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta (Sánchez y De la Vega, 2013). Sin embargo, este proceso evolutivo puede torcerse bajo determinadas circunstancias. En algunos casos, una falla en la mentalización puede originar el desarrollo de Problemas de Salud Mental, siendo el fallo más dramático pacientes psicóticos descompensados. Sin embargo, cuando se interviene existen mejorías tanto en la capacidad reflexiva como también en la transformación de vínculo en los pacientes (Sánchez y De la Vega, 2013). En esta investigación no se ha podido cotejar esta información en extenso, aunque se trata de un desarrollo en el estudio del Apego, en la práctica se ha evaluado la Percepción de vínculo de los usuarios del Centro de Salud Mental de acuerdo a sus Modelos Operativos Internos de Apego, lo que ofrece una mirada general de la representación de Apego que tienen las personas respecto a sus figuras parentales. Se puede inferir, de acuerdo al grupo estudiado, que su capacidad de mentalizar puede encontrarse afectada en un porcentaje cercano al 50% de la muestra. Resulta interesante observar que uno de los tres Problemas de Salud Mental con más representatividad, (F20-29) la EQZ, incluya un porcentaje mayor de personas con Modelo Operativo Interno de Apego Seguro.

Espina (1999) describe la aplicación del P.B.I que realizaron Wamer y Atkinson a 72 esquizofrénicos, concluyendo que los pacientes que percibieron a sus padres positivamente tendían a experimentar un curso de enfermedad más moderado si el contacto con ellos era frecuente y más grave si no lo era. Con los pacientes que percibían

a sus padres negativamente sucedía lo contrario. Estos autores sugieren que la percepción que tiene el paciente de sus padres influye en el curso de la esquizofrenia por un efecto de estrés general (Espina, 1999).

Se sugiere que existe un desarrollo diferente de los modelos de esquizotipia y esquizofrenia, lo que podría significar el inicio de tratar los rasgos esquizotípicos positivos y negativos, o aspectos que dan inicio a trayectorias separadas (Meins, 2008). En esta investigación no se consideran sus subclasificaciones, por lo que queda pendiente generar lineamientos de investigación que consideren el efecto de la mentalización en los diagnósticos de Salud Mental, considerando población clínica de acuerdo a la diversa complejidad de los cuadros psicopatológicos.

5 CONCLUSIONES

Se considera la percepción de Apego como una variable cuya incidencia puede ser favorable o desfavorable en la constitución, mantención y recuperación de Problemas de Salud Mental (Ascanio, Flores y Lecannier, 2011). Esto permite sugerir que las relaciones tempranas satisfactorias resultan ser un factor protector para la aparición de psicopatologías en etapas posteriores.

Los resultados para las escalas de Sintomatología, Rol social y las Relaciones interpersonales, permite reiterar la importancia de un abordaje integral y multidimensional para el tratamiento de psicopatologías, que no sólo considere la remisión sintomatológica como eje central. Ha quedado explicitado cómo se ven afectadas y vulneradas estas áreas de la vida, analizadas con el cuestionario OQ 45.2, cuando se presentan Problemas de Salud Mental. Bajo el análisis de los resultados de estas escalas, se estableció que los malestares en estas áreas tienden a presentarse con mayor frecuencia en los grupos con Apegos inseguros, siendo así, se propone una intervención que incluya las percepciones insatisfactorias de los vínculos temprano para potenciar la estabilización de los usuarios en dimensiones de sintomatología, de los roles sociales y de las relaciones con otros. De la misma forma, se sugiere la implementación de talleres que integren la desvinculación de los pacientes, una vez finalizados los objetivos del Plan de tratamiento tradicional, para potenciar el apego seguro en los usuarios, evitando la dependencia a las instituciones y a equipos de Salud Mental encargados de los tratamientos.

No sólo se recogen los postulados de la teoría del Apego respecto a la estabilidad de los patrones de Apego, sino que además, se considera que estos patrones no son estáticos y pueden modificarse; otorgando de esta manera una gran importancia a la revisión de ellos para el trabajo en psicoterapia (Thompson, 2000; Marrone, 2001; Rozenel, 2006 en Escobar, 2008). Incluyendo los postulados de la teoría del Apego no

sólo damos un marco teórico para comprender situaciones de riesgo, sino que también se brinda sustento para puntualizar intervenciones efectivas (Figueredo, Bifulco, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006 en Escobar, 2008). El monitoreo metacognitivo de las representaciones que el sujeto tiene de sí mismo y de sus figuras de Apego facilita los cambios positivos y reales en los modelos operativos internos, y de esta manera también se favorece al funcionamiento sano del adulto (Rozenvel, 2006 en Escobar, 2008).

En este estudio, en los grupos de menores ingresos es donde se observan mayores frecuencias de Apegos inseguros, esto se puede explicar desde el alcance deficiente que tienen las políticas públicas para cubrir las necesidades de los sectores más vulnerables. Se entiende que, poco a poco, se han ido implementando estrategias de protección en la infancia, una de ellas que integra el Apego es el programa “Chile Crece Contigo”, destinado a gestantes y a niños, desde el nacimiento hasta la primera infancia, en riesgo bio-psico-social. Por otro lado, Chile es uno de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con menor aporte público para financiar el gasto en Salud, siendo las personas de menores ingresos las más perjudicadas. Se hace necesario situar la Salud Mental en el mismo nivel de relevancia que la Salud física, para ello resulta prioritario que desde el Ministerio de Salud se incentive la discusión de estado acerca de la creación de una Ley de Salud Mental, ya que Chile es uno de los pocos países en el mundo que no cuenta con una legislación específica en Salud Mental. Se requiere de una ley que permita incorporar disposiciones que resguarden los derechos de las personas con enfermedades y discapacidades mentales como también que fomente la participación, puesto que muy pocas personas con trastornos mentales severos logran insertarse de manera adecuada a la sociedad civil y mantener un trabajo remunerado (Chuaqui, 2012).

Nuestro sistema de Salud mental ha sufrido una serie de cambios sustanciales: de modelo manicomial y hospitalocéntrico, ha pasado a ser un modelo ambulatorio-

comunitario donde se ha integrado la atención de Salud mental en los servicios de Salud generales y se ha desarrollado un proceso de desinstitucionalización de los pacientes (MINSAL, 2010).

La reforma de Salud en Chile (2005), con su ley de Garantías Explícitas en Salud (GES, más conocida como AUGE), incorporó gradualmente la cobertura de Problemas de Salud Mental: el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia (2005), el tratamiento integral de las personas de 15 años y más con depresión (2006), el tratamiento del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años (2007) y últimamente el tratamiento para las personas con Trastorno Bipolar (2013). Sin embargo, existen trastornos psicológicos de alta prevalencia que no han sido incorporados en el plan AUGE, estas medida no ha sido suficiente para disminuir la prevalencia de enfermedades mentales en Chile (incluso de aquellas que sí están cubiertas). Si antes de la aplicación del AUGE la prevalencia de síntomas depresivos en la población era de 17,5% (2003), en 2009 este porcentaje habría llegado a 17,2%.

Resulta deseable poder incorporar al Sistema de Salud un tipo de intervención que asocie el tratamiento de los Problemas de Salud Mental bajo una mirada no amenazadora, distante u hostil con las figuras que se implica emocionalmente cada persona, tradicionalmente conocida como Apego seguro. La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) pretende ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, mediante la exploración e identificación de emociones en multiplicidad de situaciones. Se trata de estimular una relación de Apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en terapia, pero al mismo tiempo ayudándole a mantenerse en una postura mentalizadora (Bateman y Fonagy, 2006 en Sánchez y De la Vega, 2013).

Se entiende que el manejo de los Problemas de Salud Mental resulta un gran desafío para las políticas públicas, en este sentido este estudio ha permitido recabar

información sobre la realidad local, perteneciente a las comunas de Concón, Quintero y Puchuncaví. Se ha encontrado información relevante de las personas acerca de la percepción de vínculo que mantienen hacia sus figuras parentales. Los resultados indican que un 50% de la muestra ha generado una representación mental de Apego hacia sus figuras parentales inseguro, lo que permite presuponer que las personas con Problema de Salud Mental no pueden percibir acciones que cubran estas necesidades de carácter bio-psico-social, situando la figura de protección a un nivel de Estado Se ha dado cuenta de cómo se ven afectadas sus relaciones interpersonales y su rendimiento social: por lo que se prescribe realizar un esfuerzo por mejorar el trabajo intersectorial que propone el Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2011). A partir de la mayor frecuencia que se presenta en el género femenino de percepciones de apego inseguro con ambos progenitores, con respecto a los hombres, se sugiere implementar un taller de género que tenga como objetivo abordar los factores particulares que afectan la Salud Mental en cada género.

Finalmente, se invita a los equipos de Salud, independientemente del modelo o enfoque teórico que adscriban, puedan entronizar un *pensamiento* en el Sistema de Salud actual que permita dar acogida y participación a las personas con Problemas de Salud Mental con un mirada humanizadora y cercana, como se pudo observar en el Centro de Salud Mental de Concón. Así, no sólo se disminuye la sintomatología de los pacientes que padecen un problema de Salud Mental, sino que además se brinda un apoyo integral, en donde pacientes, familias y profesionales realizan un trabajo colaborativo, retribuyendo de forma mutua experiencias y aprendizajes que permanecen en el tiempo.

6 LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albala, J. & Sepúlveda, P. (1997). Adaptación del cuestionario Parental Bonding Instrument (P.B.I) de Parker, Tupling y Brown, para la población consultante mayor de dieciséis años del gran Santiago. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad Central, Santiago de Chile. Recuperado el 5 de Junio del 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200005

Ascano, Flores, Hoffman Lecannelier (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. Scielo, 29 (1), 107-116. Recuperado el 3 de Mayo del 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100011

Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Barber, J. P. & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 951– 958. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. Recuperado el 29 de Abril de 2013 desde http://www.sfu.ca/psyc/faculty/bartholomew/attachmentpub_files/bh1991.pdf

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2000) Psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 117:138-143. En Morales, S. y Santelices, A. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172. Recuperado el 1 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007

Belsky, J; Gilstrapy, B; Rovine, M; (1984).The Pennsylvania Infant and Family Development Project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three, and nine months.*Child Development*. 1984 Jun; Vol. 55 (3), pp. 692-705

Blatt, S.J (1974). Levels of object representation un anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107-157. En Blatt, S.J., Golan, S., Henrich, C., Ryan, R., Tood, D (2003). Interpersonal Relatedness, Self-Definition, and Their Motivational Orientation During Adolescence: A Theoretical and Empirical Integration. *Developmental Psychology*, 39 (3), 470-483. Recuperado el 5 de Abril de 2013 en http://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_ShaharHenrichBlattRyanLittle_DP.pdf

Bowlby, J. (1969). Vínculo afectivo. Barcelona, España: Paidós. En Morales, S. y Santelices, A. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172. Recuperado el 1 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007

Bowlby, J. (1973). El Apego y la pérdida vol II. La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós 1993). En Morales, S. & Santelices, A. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172. Recuperado el 1 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007

Bowlby, J. (1988). A secure base: clinical implications of attachment theory. London. En Loubat, M., Ponce N. & Salas, M. (2007). Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 107-116. Recuperado el 2 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200002

Bowlby, J. (1995). Una base segura. Barcelona: Paidós. En Morales, S. y Santelices, A. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172. Recuperado el 1 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007

Brenlla, M. E., Carreras, M. A. y Brizzio, A. (2001). Evaluación de los estilos de Apego en adultos. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. En Loubat, M., Ponce N. & Salas, M. (2007). Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 107-116. Recuperado el 2 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200002

Bretherton, I. (1985). La teoría del Apego: Retrospectiva y perspectiva. En Oliva, A. (2004). Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1); 65-81. Recuperado el 27 de Abril de 21013 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/Apego.pdf>

Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1271-140. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Chuaqui, J (2012). *Inclusión en la diversidad o exclusión*. Berlín: Editorial Académica Española, 2012. Capítulo uno: Exclusión y discapacidad psíquica

CIE-10 (1994) O.M.S: *Trastornos mentales y del comportamiento*. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.

Cole-Dekte, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282-290. En Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). *Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas*. *Psyche*, 17 (1), 65-80. Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso.10.4067/s0718-22282008000100007

Coble, H. M., Gantt, D. L., & Mallinckrodt, B. (1996). Attachment, social competency, and the capacity to use social support. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones*

con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Consejo Infancia (2006). Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de la Infancia. Recuperado el 24 de Mayo de 2013 desde http://www.unicef.cl/archivos_documento/182/Informe_final_infancia.pdf

Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380-1397. Recuperado el 29 de Abril de 2013 desde https://labs.psych.ucsb.edu/collins/nancy/UCSB_Close_Relationships_Lab/Publications_files/Cooper%20et%20al.,%201998.pdf

Cox, B; Enns, M; Clara, I; (2000).The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for three-factor model in psychiatric clinic sample and in the national comorbidity survey.*Soc psychiatric psychiatr epidemol* (2000) 35. 353-357

Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 826-838. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Dávila, M., Ormeño, V. y Vera, V. (2001). Estandarización del P.B.I (Parental Bonding Instrument), versión adaptada, a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39 (2), 132-139. Recuperado el 22 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200005

De la Parra, G., Von Bergen, A., (2006). Medición de los resultados en psicoterapia: uso del OQ-45.2, un instrumento validado en Chile. *Revista Gaceta Universitaria*, 2 (2), 208-222. Recuperado el 30 de Abril de 2013 desde <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/vol2n2junio2006.pdf>

Dolan, R. T., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30, 408-412. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada.

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(1), 47-60. En Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psyche*, 17 (1), 65-80. Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso>.10.4067/s0718-22282008000100007

Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 497-519). New York: Guilford Press. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Dutra, L., Naksh-Eiskovits, O. y Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41 (9), 1111- 1123. Recuperado el 19 de Mayo de 2013 en <http://www.uic.edu/classes/psych/psych518/fraley/westen.pdf>

Espina (1999). Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999, vol. XIX, n° 71, pp. 393-406.

Espina, A. (2005). *Apego y Violencia Familiar. Violencia en la familia y terapia familiar*. Barcelona. Universidad Ramón Llull. Recuperado el 23 de Mayo de 2013 desde <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/26Apego%20y%20violencia%20familiar.pdf>

Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhe*, 17 (1), 65-80. Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso>.10.4067/s0718-22282008000100007

Feeney, J. A., & Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology*, 13, 334-345. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Florenzano, 2008. Información epidemiológica para la formulación de políticas en Salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (2), 121-129 . Recuperado el 4 de Mayo de 2013 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780004>

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31. En Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhe*, 17 (1), 65-80.

Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso.10.4067/s0718-22282008000100007

Fonagy, P. (1999a). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27. En Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhe*, 17 (1), 65-80. Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso.10.4067/s0718-22282008000100007

Fonagy, P. (1999b). Persistencias transgeneracionales del Apego: Una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 1-12. Recuperado el 4 de Mayo de 2013 desde <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-Apego-una-nueva-teoria>

Fonagy P. Teoría del Apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs; 2004

Fox, N.A., Kimmerly, N.L. y Schafer, W.D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Fox, N; Kimmerly, N; Schafer, W. (1991) Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child development*.1991 Feb;62(1):210-25.

Garrido. L. (2006). Apego Emoción. Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado el 20 de Mayo de 2013 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>

Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A.M. (2007, en prensa). Familias Multi-problemáticas y en Riesgo Social: Características e intervención. *Psykhé*, 16(2), 43-54. Recuperado el 6 de Mayo de 2013 desde <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n2/art04.pdf>

González (2011). Relación entre Autoestima, Depresión y Apego en Adolescentes Urbanos de la Comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 5–14. Recuperado el 23 de Mayo de 2013 desde <http://teps.cl/files/2011/05/01-gonzalez.pdf>

Grossman, K., & Grossman, K. (1990). The wider concept of attachment in cross-cultural research. *Human Development*, 33, 31-47. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 59, 270-280. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Heider, D; Matschinger, H; Bernert, S; Vilagut, S; Martínez-Alonso, M; Dietrich, S; Angermeyer, M; (2005). Empirical evidence for an invariant three-factor structure of the Parental Bonding Instrument in six European countries. *Psychiatry Research* 135 (2005) 237– 247

Hernández Sampieri, R., Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2001). Metodología de la Investigación. (2ª ed). México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Klohnen, E. C., & Bera, S. (1998). Behavioral and experiential patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 31-year longitudinal perspective.

Journal of Personality and Social Psychology, 74, 211-223. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Lapsley, D.K., & Edgerton, J.(2002). Separation-individuation, adult attachment style, and college adjustment. Journal of Counseling and Development, 80, 484-492. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Lecannelier, F. (2007). Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de Apego madre bebé en situaciones de stress (o escala de Apego durante stress (ADS). Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el Apego. Recuperado el 22 de Mayo de 2013 desde http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_campbell_2007.pdf

Lecannelier, L. A. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. Scielo, 29 (1), 107-116. Recuperado el 30 de Abril de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100011

Liotti, G. (1993). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

López, F.G. (1995). Attachment theory as an integrative framework for family counseling. The Family Journal, 3, 11-17. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el

profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

López, F. G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the firstyear college transition: Relations to selfconfidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 355-364. Recuperado el 12 de Mayo de 2013 desde

http://www.fatih.edu.tr/~hugur/self_confident/Stability%20and%20change%20in%20adult%20attachment%20style%20over%20first%20year%20college%20transition.Relations%20to%20self-confidence%20coping%20and%20distress%20patterns.PDF

López, F.G, Meléndez, M., Sauer, E., Berger, E., & Wyssmann, J. (1998). Internal working models, self-reported problems and help seeking attitudes among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 79-83. Recuperado el 7 de Mayo de 2013 desde <http://homepages.wmich.edu/~esauer/Lopez2.pdf>

Loubat, M., Ponce N. & Salas, M. (2007).Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 107-116. Recuperado el 2 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200002

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecuredisorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behavior. En Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhe*, 17 (1), 65-80. Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso>.10.4067/s0718-22282008000100007

Marrone, M. (2001). La teoría del Apego: Un enfoque actual. Madrid. Psimática. En Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., y Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socioemocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psyke*, 17 (1), 65-80. Recuperado el 10 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-22282008000100007&lng=es&nrm=iso>.10.4067/s0718-22282008000100007

Martínez, C. & Santelices, P. (2005). Evaluación del Apego en el adulto: Una revisión. *Psyke*, 14(1), 181- 91. Recuperado el 3 de Mayo de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100014&script=sci_arttext

Martínez, J.M. (2006). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales en el uso de estas en adolescentes y adultos jóvenes. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del comportamiento, Universidad de Granada. Recuperado el 2 de Junio de 2013 desde <http://hera.ugr.es/tesisugr/16192825.pdf>

McLewin, L.A., & Muller, R.T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 30(2), 171-191. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

McNally, A.M., Palfai, T.P., Levine, R.V., & Moore, B.M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among adults: the mediational role of coping motives. *Journal of Addictive Behavior*, 28(6), 115-27. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Mickelson, K., Kessler, R., & Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092-1106. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Meins (2008). Attachment dimensions and schizotypy in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences* 44 (2008) 1000–1011

Sánchez, S; De la Vega, I (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *ACCIÓN psicológica*, junio 2013, vol. 10, n.o 1, 21-32. ISSN: 1578-908X 21

Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid.

Ministerio de Salud. Plan nacional de Salud mental. Recuperado el 22 de Mayo de 2013 desde http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_Salud_mental/Salud_inmigrantespresentacion.html

Ministerio de Salud (1993). Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. Recuperado el 15 de Mayo de 2013 desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6341aec55aae2e04001011f017bae.pdf>

Ministerio de Salud (1995). Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol. Recuperado el 22 de Mayo desde

http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosA/chile_1995.pdf

Ministerio de Salud (1996). Carga de la Enfermedad en Chile: Años de Vida Saludables Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad. AVISA. Recuperado el 11 de Mayo de 2013 desde <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdeSalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf>

Ministerio de Salud (1998). Impacto Económico del Uso de Alcohol en Chile. Recuperado el 14 de Mayo de 2013 desde <http://www.minsal.gob.cl/porta1/url/item/952e211f81aca1f0e04001011e012c6b.pdf>

Ministerio de Salud (1998). Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”. Ministerio de Salud, 1998. Recuperado el 30 de Abril de 2013 desde <http://www.minsal.gob.cl/porta1/url/item/71e55238a2042745e04001011f01638a.pdf>

Ministerio de Salud (1998). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención. Recuperado el 28 de Abril de 2013 desde [http://www.ssmso.cl/temasdeSalud/Salud%20Mental/2P/Gu%EDas%20Cl%EDnicas%20Depresi%F3n/Guia%20Cl%EDnica%20para%20la%20Atenci%F3n%20Primaria%20\(Detecci%F3n,%20Diagn%F3stico%20y%20Tratamiento\).pdf](http://www.ssmso.cl/temasdeSalud/Salud%20Mental/2P/Gu%EDas%20Cl%EDnicas%20Depresi%F3n/Guia%20Cl%EDnica%20para%20la%20Atenci%F3n%20Primaria%20(Detecci%F3n,%20Diagn%F3stico%20y%20Tratamiento).pdf)

Ministerio de Salud (2008). Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de Salud mental comunitaria. Recuperado el 26 de Abril de 2013 desde http://seremi9.redSalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/05/NT-CSMC-Oficial.pdf

Ministerio de Salud (2010). Objetivos sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del período. Grado de cumplimiento de Objetivos de impacto. Recuperado el 5 de

Mayo de 2013 desde
www.minsal.gob.cl/portal/.../94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf

Ministerio de Salud (2011). Estrategia nacional de Salud mental, un salto hacia adelante. Recuperado el 14 de Abril de 2013 desde
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a73ea8bff9392ac4e04001011e011f16.pdf>

Morales, S. y Santelices, A. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 163-172. Recuperado el 1 de Mayo de 2013 desde
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007

Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22, 835-844. Recuperado el 3 de Mayo de 2013 en
<http://researchbank.swinburne.edu.au/vital/access/manager/Repository/swin:7448>

Oliva, A. (2004). Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1); 65-81. Recuperado el 27 de Abril de 2013 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/Apego.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004). Cambiemos el rumbo de la historia. Recuperado el 25 de Mayo de 2013 desde
http://biblioteca2012.hegoa.efaber.net/system/ebooks/14141/original/Informe_sobre_la_Salud_en_el_Mundo_2004.pdf

Ortiz, M., Gómez, J. & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14, 469-475. Recuperado el 7 de Mayo de 2013 en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-xk-IOY9OMwJ:www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/download/8045/7909+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl>

Parish, M., & Eagle, M. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 271- 286. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Perris, C. (1992). Integrating psychotherapeutic strategies in the treatment of young severely disturbed patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 205-219. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Pinedo, J. & Santelices M.P (2006). Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-210. Recuperado el 29 de Mayo de 2013 desde <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/785/78524210.pdf>

Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320. Recuperado el 20 de Abril de 2013 desde <http://www.acsu.buffalo.edu/~robertsj/roberts1996.pdf>

Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Ruiz, J.J. & Cano, J.J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Recuperado el 10 de mayo 2013 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>

Schachner, D.A., & Shaver, P.R. (2004). Attachment dimensions and motives for sex. *Personal Relationships*, 11, 179-195. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Simpson, J.A., Rholes, W.S., & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446. En Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Tapia Villanueva, L. (2001) Algunas consideraciones para una Terapia de Pareja basada en la evidencia. *De Familias y Terapias*, 9, 7-30. Recuperado el 23 de Abril de 2013 desde <http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/File/TerapiaParejaEvidencia.pdf>

Tyrrell, C. & Dossier, M. (1997). The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders. Ponencia presentada en Biennial

Meeting of Society for Research in Child Development, Washington, D.C. En Fonagy P. Teoría del Apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs; 2004.

Vogel, D.L., & Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 347-357. Recuperado el 2 de Mayo de 2013 desde <http://www.public.iastate.edu/~wei/manuscript/attachment%20and%20help%20seeking.pdf>

West, M., Rose, M. S., Verhoef M. J., Spreng, S., & Bobey, M. (1998). Anxious attachment and self-reported depressive symptomatology in women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 294-297. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

Woodhouse, S. S., Schlosser, L. Z., Crook, R. E., Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2003). Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 395-408. En Moreno, R. (2010). Estilos de Apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. Tesis doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 25 de Abril de 2013 desde <http://eprints.ucm.es/11580/1/T32256.pdf>

7 ANEXOS

Anexo 1

Distribución de la muestra según Problema de Salud Primario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	1	1,4	1,4
	F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de drogas o múltiples drogas...	3	4,3	4,3
	F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	14	20,0	20,0
	F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	36	51,4	51,4
	F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	14	20,0	20,0
	F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	2	2,9	2,9
	F70-79 Retraso mental	0	0	0
	F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.	2	2,9	2,9
	F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	0	0	0
	Total	70	100,0	100,0

Anexo 2

Tabla de contingencia Problema de Salud Mental Principal y Tiempo de tratamiento a noviembre

Problema de Salud Mental Principal		Tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM			Total	
		1 y 11 meses	12 y 23 meses	24 y 36 meses		
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	Recuento	4	2	8	14	
	% dentro de problema de Salud mental pri	28,6%	14,3%	57,1%	100,0%	
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	19,0%	9,1%	29,6%	20,0%	
	% del total	5,7%	2,9%	11,4%	20,0%	
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	Recuento	3	5	6	14	
	% dentro de problema de Salud mental pri	21,4%	35,7%	42,9%	100,0%	
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	14,3%	22,7%	22,2%	20,0%	
	% del total	4,3%	7,1%	8,6%	20,0%	
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.	Recuento	0	0	2	2	
	% dentro de problema de Salud mental pri	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	,0%	,0%	7,4%	2,9%	
	% del total	,0%	,0%	2,9%	2,9%	
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas o múltiples drogas...	Recuento	3	0	0	3	
	% dentro de problema de Salud mental pri	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	14,3%	,0%	,0%	4,3%	
	% del total	4,3%	,0%	,0%	4,3%	
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	Recuento	11	14	11	36	
	% dentro de problema de Salud mental pri	30,6%	38,9%	30,6%	100,0%	
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	52,4%	63,6%	40,7%	51,4%	
	% del total	15,7%	20,0%	15,7%	51,4%	
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	Recuento	0	1	0	1	
	% dentro de problema de Salud mental pri	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	,0%	4,5%	,0%	1,4%	
	% del total	,0%	1,4%	,0%	1,4%	
Total		Recuento	21	22	27	70

	% dentro de problema de Salud mental pri	30,0%	31,4%	38,6%	100,0%
	% dentro de tiempo de tratamiento a noviembre en el COSAM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	30,0%	31,4%	38,6%	100,0%

Anexo N°3

Distribución de la muestra según Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solter@	27	38,6	38,6	38,6
	Casad@	19	27,1	27,1	65,7
	Conviviente	9	12,9	12,9	78,6
	Separad@	12	17,1	17,1	95,7
	Viud@	3	4,3	4,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Anexo N°4

Distribución de la muestra según Percepción de Vínculo Materno

Percepción de Vínculo:		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Ausente o débil	1	1,4	1,5	1,5
	Cuidado bajo, sobreprotección promedio	10	14,3	14,7	16,2
	Control sin afecto	11	15,7	16,2	32,4
	Promedio	28	40,0	41,2	73,5
	Sobreprotección alta, cuidado promedio	13	18,6	19,1	92,6
	Sobreprotección baja, cuidado promedio	3	4,3	4,4	97,1
	Constricción cariñosa	0	0	0	97,1
	Óptimo	0	0	0	97,1
	Cuidado alto, sobreprotección promedio	2	2,9	2,9	100,0
	Total	68	97,1	100,0	
Perdidos	Sin respuesta	2	2,9		
Total		70	100,0		

Anexo N°5

Distribución de la muestra según Percepción de Vínculo Parental Paterno

Percepción de Vínculo:		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente o débil	1	1,4	1,6	1,6
	Cuidado bajo, sobreprotección promedio	12	17,1	19,0	20,6
	Control sin afecto	7	10,0	11,1	31,7
	Promedio	27	38,6	42,9	74,6
	Sobreprotección alta, cuidado promedio	11	15,7	17,5	92,1
	Sobreprotección baja, cuidado promedio	3	4,3	4,8	96,8
	Cuidado alto, sobreprotección promedio	2	2,9	3,2	100,0
	Constricción cariñosa	0	0	0	100,0
	Óptimo	0	0	0	100,0
	Total	63	90,0	100,0	
Perdidos	Sin respuesta	7	10,0		
Total		70	100,0		

Anexo N°6

Tabla de contingencia Modelo Operativo Interno de Apego Paterno y Materno

MOIA Paterno	MOIA Materno		Total
	inseguro	seguro	
Apego inseguro	20	10	30
Apego seguro	10	21	31
Total	30	31	61

Anexo 7

Tabla de contingencia Rango etario y Modelo Operativo Interno de Apego Materno

Rango etario	MOIA Materno				Total
	inseguro	seguro	% inseguro	% seguro	
16-22 años	4	5	44,4	55,5	9
23-40 años	7	10	41,1	58,8	17
41-65 Años	24	18	57,1	42,8	42
Total	35	33			68

Anexo N°8

Tabla de contingencia Rango etario y Modelo Operativo Interno de Apego Paterno

Rango etario	MOIA Paterno				Total
	inseguro	seguro	% Inseguro	% seguro	
16-22 años	4	5	44,4	55,5	9
23-40 Años	8	7	53,3	46,6	15
41-65 Años	19	20	48,7	51,2	39
Total	31	32			63

Anexo N°9

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Sexo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,427 ^a	1	,232		
Corrección por continuidad ^b	,885	1	,347		
Razón de verosimilitudes	1,432	1	,231		
Estadístico exacto de Fisher				,311	,173
N de casos válidos	68				

Anexo N°10

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Sexo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,508 ^a	1	,476		
Corrección por continuidad ^b	,198	1	,656		
Razón de verosimilitudes	,509	1	,475		
Estadístico exacto de Fisher				,595	,328
Asociación lineal por lineal	,500	1	,480		
N de casos válidos	63				

Anexo N°11

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre e Ingreso familiar

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,949 ^a	3	,176
Razón de verosimilitudes	5,094	3	,165
Asociación lineal por lineal	2,890	1	,089
N de casos válidos	68		

Anexo N°12

Pruebas de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre e Ingreso familiar

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,870 ^a	3	,412
Razón de verosimilitudes	2,976	3	,395
Asociación lineal por lineal	,393	1	,531
N de casos válidos	63		

Anexo N°13.

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Diagnóstico Primario

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,257 ^a	5	,385
Razón de verosimilitudes	5,739	5	,332
Asociación lineal por lineal	1,501	1	,221
N de casos válidos	68		

Anexo N°14

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Diagnóstico Primario

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,729 ^a	5	,450
Razón de verosimilitudes	5,914	5	,315
Asociación lineal por lineal	1,445	1	,229
N de casos válidos	63		

Anexo N°15

Media Puntaje Bruto OQ 42.5

N	Válidos	69
	Perdidos	1
Media		86,3478

Anexo 16

Medias Puntaje Bruto OQ 42.5 en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro Madre e Inseguro Madre

MOIA hacia Madre	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntaje OQtotal MOIA inseguro	34	92,7353	32,85811	5,63512
MOIA seguro	33	79,5455	30,37381	5,28740

Anexo 17

Medias Puntaje Bruto OQ 45.2 en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro Padre e Inseguro Padre

	MOIA hacia Padre	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntaje	MOIA inseguro	31	91,0323	29,17246	5,23953
OQtotal	MOIA seguro	31	79,7097	33,23070	5,96841

Anexo 18

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Ajuste Socio-Emocional

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,423 ^a	1	,035		
Corrección por continuidad ^b	3,431	1	,064		
Razón de verosimilitudes	4,479	1	,034		
Estadístico exacto de Fisher				,046	,032
Asociación lineal por lineal	4,357	1	,037		
N de casos válidos	67				

Anexo N°19

Prueba de chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Ajuste Socio-Emocional

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,599 ^a	1	,018		
Corrección por continuidad ^b	4,424	1	,035		
Razón de verosimilitudes	5,713	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher				,034	,017
Asociación lineal por lineal	5,508	1	,019		
N de casos válidos	62				

Anexo N°20

Medias Puntajes Bruto Escala de Sintomatología en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego e Inseguro Madre

	MOIA hacia Madre	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
puntaje	MOIA inseguro	34	57,0294	21,95241	3,76481
SD	MOIA seguro	33	48,9091	22,97739	3,99985

Anexo N°21

Medias Puntajes Bruto Escala de Sintomatología en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro e Inseguro Padre

	MOIA hacia Padre	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
puntaje	MOIA inseguro	31	56,7097	21,62590	3,88413
SD	MOIA seguro	31	49,3226	23,01650	4,13388

Anexo N°22

Medias Puntajes Bruto Escala de Rol Social en grupos de Modelo Operativo Interno de Apego Seguro e Inseguro Madre

MOIA hacia Madre	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntaje RS Apego inseguro	31	16,0323	5,32594	,95657
Apego seguro	31	15,0000	6,14275	1,10327

Anexo N°23

Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Sintomatología

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,891 ^a	1	,169		
Corrección por continuidad ^b	1,249	1	,264		
Razón de verosimilitudes	1,901	1	,168		
Estadístico exacto de Fisher				,204	,132
Asociación lineal por lineal	1,862	1	,172		
N de casos válidos	67				

Anexo N°24

Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Sintomatología

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,657 ^a	1	,103		
Corrección por continuidad ^b	1,845	1	,174		
Razón de verosimilitudes	2,688	1	,101		
Estadístico exacto de Fisher				,174	,087
Asociación lineal por lineal	2,614	1	,106		
N de casos válidos	62				

Anexo N°25

Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Rol Social

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,910 ^a	1	,027		
Corrección por continuidad ^b	3,798	1	,051		
Razón de verosimilitudes	5,010	1	,025		
Estadístico exacto de Fisher				,034	,025
Asociación lineal por lineal	4,836	1	,028		
N de casos válidos	67				

Anexo N°26

Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Rol Social

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,657 ^a	1	,103		
Corrección por continuidad ^b	1,845	1	,174		
Razón de verosimilitudes	2,688	1	,101		
Estadístico exacto de Fisher				,174	,087
Asociación lineal por lineal	2,614	1	,106		
N de casos válidos	62				

Anexo N°27

Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Madre y Relaciones Interpersonales

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,120 ^a	1	,729		
Corrección por continuidad ^b	,009	1	,925		
Razón de verosimilitudes	,120	1	,729		
Estadístico exacto de Fisher				,803	,462
Asociación lineal por lineal	,119	1	,731		
N de casos válidos	67				

Anexo N°28

Prueba Chi-cuadrado Modelo Operativo Interno de Apego Padre y Relaciones Interpersonales

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,067 ^a	1	,796		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,067	1	,796		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,066	1	,797		
N de casos válidos	62				

Anexo N°29

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, RUT

DECLARO que se me ha informado en forma completa y que he comprendido en qué consiste mi participación en el estudio titulado **Caracterización de los Vínculos Parentales en usuarios que reciben tratamiento en el COSAM de Concón** que se lleva a cabo en la región de Valparaíso.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo del estudio es describir los Vínculos Parentales que los usuarios del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de Concón han ido adquiriendo a través de las relaciones significativas con sus cuidadores durante la infancia y con otras personas a lo largo de su vida.

2. Mi participación en este estudio es relevante ya que contribuye a la comprensión de las características de las relaciones entre usuarios participantes del sistema de Salud y sus familias, además permite de orientar de mejor manera las intervenciones que realizan los equipos de Salud con las familias.

3. Mi participación es voluntaria y no constituye riesgo para mi Salud, ni la de mi familia; y puedo decidir retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio de la atención habitual que recibo en el COSAM.

4. Si accedo a participar en esta investigación, asistiré a las sesiones calendarizadas por el equipo en el COSAM de Concón y daré respuesta eventualmente a 3 cuestionarios. El primero de ellos es una encuesta que tiene por objetivo conocer datos generales del usuario. El segundo, PBI, tiene por objetivo determinar el Vínculo Parental del usuario; y finalmente, el tercero tiene por objetivo determinar el grado de Bienestar Socioemocional del usuario.

5. Mi participación no implica costo para mí, ni incluye beneficios monetarios. Sin embargo, se me entregarán recomendaciones en caso que los resultados sugieran la necesidad de recibir un apoyo

especializado, se realizarán las gestiones en el COSAM para revisar mi caso e incorporar nuevas atenciones a las que estoy recibiendo.

6. Mis datos personales que se registren en este estudio serán confidenciales pero no anónimos, es decir, no serán expuestos a terceros y sólo podrán ser utilizados por los investigadores principales resguardando así mi identidad y la de mi familia.

7. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados en revistas de tipo científica y/o académica, de manera que podrán ser utilizados como material de apoyo en otras investigaciones que guarden relación con el estudio original, resguardando siempre la confidencialidad de los participantes. Dichos hallazgos estarán a disposición de los participantes, los cuales deberán contactarse a los mails violeta.a.o.p@gmail.com y/odaniel.painemal@gmail.com para recibir dicha información.

8. Ante cualquier consulta podrá contactarse con la docente a cargo de la investigación, Ps. Paula Solervicens, fono 2508010.

9. Este estudio ha sido aprobado por el Comité del Centro de Salud Mental Comunitaria con el cual Ud. Se podrá contactar a través de su Secretaria Administrativa.

INVESTIGADORA

Paula Solervicens, RUT 13.021.236-0

COLABORADORES

Violeta Oyarce, RUT 17.478.741-7

Daniel Painemal, RUT 16.628.222-5

HE LEIDO Y ACEPTO PARTICIPAR DE LA INVESTIGACION

Anexo N°30

Instrumento de Lazos Parentales P.B.I
(Dávila, Ormeño & Vera, 1999)



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis en base en cómo usted recuerda a su **madre** hasta la edad de 16 años.

3= Siempre pasaba

2=Algunas veces pasaba.

1=Rara vez pasaba.

0= Nunca pasaba.

MADRE

1. Me hablaba con una voz cálida y amistosa. ()
2. No me ayudaba tanto como yo la necesitaba. ()
3. Evitaba que yo saliera solo. ()
4. Parecía emocionalmente fría hacía mí. ()
5. Parecería entender mis problemas y mis preocupaciones. ()
6. Era afectuosa conmigo. ()
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones. ()
8. No quería que creciera. ()
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía. ()
10. Invadía mi privacidad. ()
11. Se entretenía conversando cosas conmigo. ()
12. Me sonreía frecuentemente. ()
13. Me regaloneaba. ()
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba. ()
15. Me permitía decir las cosas por mí mismo. ()
16. Me hacía sentir que no era deseado. ()

17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado. ()
18. No conversaba mucho conmigo. ()
19. Trataba de hacerme dependiente de ella. ()
20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo a menos que ella estuviera cerca. ()
21. Me daba toda la libertad que yo quería. ()
22. Me dejaba salir lo que yo quería. ()
23. Era sobreprotectora conmigo. ()
24. No me elogiaba. ()
25. Me permitía vestirme como se me antojaba. ()



Instrumento de Lazos Parentales P.B.I

(Dávila, Ormeño & Vera, 1999)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis en base en cómo usted recuerda a su **padre** hasta la edad de 16 años.

3= Siempre pasaba

2=Algunas veces pasaba.

1=Rara vez pasaba.

0= Nunca pasaba.

PADRE

1. Me hablaba con una voz cálida y amistosa. ()
2. No me ayudaba tanto como yo la necesitaba. ()
3. Evitaba que yo saliera solo. ()
4. Parecía emocionalmente frío hacía mí. ()
5. Parecería entender mis problemas y mis preocupaciones. ()
6. Era afectuoso conmigo. ()
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones. ()
8. No quería que creciera. ()
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía. ()
10. Invadía mi privacidad. ()
11. Se entretenía conversando cosas conmigo. ()
12. Me sonreía frecuentemente. ()
13. Me regaloneaba. ()
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba. ()
15. Me permitía decir las cosas por mí mismo. ()
16. Me hacía sentir que no era deseado. ()
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto o perturbado. ()
18. No conversaba mucho conmigo. ()
19. Trataba de hacerme dependiente de él. ()

20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo a menos que él estuviera cerca. ()
21. Me daba toda la libertad que yo quería. ()
22. Me dejaba salir lo que yo quería. ()
23. Era sobreprotector conmigo. ()
24. No me elogiaba. ()
25. Me permitía vestirme como se me antojaba. ()

Anexo 31 Escala Cuidado Madre

**NORMAS GENERALES
ESCALA CUIDADO
MADRE**

Puntajes Brutos	Percentiles	Puntajes T
2	1	24,9
3	1	26,4
4	1	27,1
5	1	27,7
6	1	27,7
7	1	28,3
8	2	29,5
9	3	30,6
10	3	31,2
11	4	31,9
12	5	33,5
13	6	34,3
14	7	35,4
15	9	36,4
16	12	38,3
17	15	39,5
18	16	39,9
19	19	41,2
20	23	42,5
21	27	43,8
22	31	44,9
23	34	45,9
24	38	47
25	43	48,1
26	45	48,7
27	50	50,1
28	54	51,1
29	57	51,8
30	63	53,2
31	66	54,2
32	72	55,8
33	75	56,9
34	80	58,2
35	82	59
36	89	62,1
37	91	63,5
38	94	65,6
39	100	87

Anexo n°32

Escala Sobreprotección Madre

**NORMAS GENERALES
ESCALA DE SOBREPROTECCIÓN
MADRE**

Puntajes Brutos	Percentiles	Puntajes T
0	1	26,4
1	2	29
2	3	31,9
3	6	33,6
4	9	36,6
5	12	38,4
6	16	40
7	19	41,2
8	23	42,6
9	28	44,1
10	32	45,5
11	37	48
12	43	48,2
13	48	49,5
14	55	51,2
15	60	52,5
16	66	54,2
17	70	55,2
18	74	56,4
19	78	57,9
20	82	59,2
21	85	60,4
22	87	61,3
23	88	61,8
24	92	64
25	93	64,9
26	95	66,3
27	96	67,6
28	97	68,7
29	98	69,8
30	98	70,2
31	98	71,2
32	99	73,7
33	99	75,1
34	100	76,5
35	100	78,8
36	100	87

Anexo n°33

Escala Cuidado Padre

**NORMAS GENERALES
ESCALA CUIDADO
PADRE**

Puntajes Brutos	Percentiles	Puntajes T
0	1	24,9
1	1	25,4
2	1	25,4
3	1	27,7
4	2	29,5
5	2	30,2
6	3	31,6
7	4	32,2
8	4	32,7
9	5	33,4
10	5	33,6
11	6	34,5
12	8	35,7
13	10	37
14	10	37,4
15	13	38,5
16	14	39,4
17	16	40,1
18	20	41,6
19	24	43,1
20	27	43,9
21	29	44,5
22	33	45,6
23	36	46,3
24	41	47,9
25	44	48,6
26	48	49,5
27	53	50,8
28	57	51,7
29	62	53,2
30	66	54,2
31	69	54,9
32	72	55,8
33	78	57,9
34	82	59
35	85	60,3
36	90	62,9
37	94	65,5
38	96	67,1
39	100	87

Anexo n°34

Escala Sobreprotección Padre

**NORMAS GENERALES
ESCALA SOBREPROTECCIÓN
PADRE**

Puntajes Brutos	Percentiles	Puntajes T
0	3	31,2
1	5	33,2
2	6	34,5
3	9	36,4
4	11	37,7
5	14	39,1
6	19	41,4
7	24	43
8	29	44,5
9	34	45,9
10	39	47,4
11	43	48,1
12	48	49,5
13	52	50,5
14	57	51,8
15	64	53,5
16	68	54,6
17	73	56
18	77	57,6
19	81	58,8
20	84	59,9
21	88	61,9
22	90	63
23	93	64,8
24	94	65,8
25	96	67,1
26	96	67,3
27	96	67,9
28	96	68,1
29	97	69,4
30	98	71,2
31	99	72,3
32	100	76,5
33	100	87
34	100	87
35	100	87
36	100	87

Anexo 35

CUESTIONARIO OQ 45.2



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Nombre: _____ **Nº de Ficha:** _____

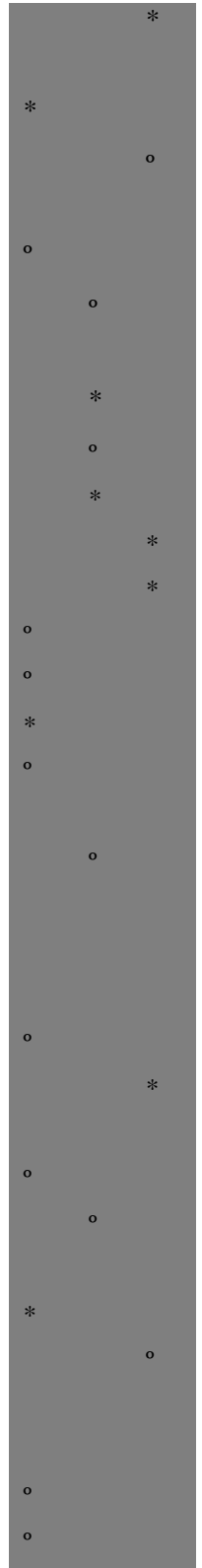
Edad: _____ **Sexo: M** **F**

Instrucciones: Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, básiense en los **ÚLTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se siente esta semana.

En el cuestionario el término **“TRABAJO”** se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar a los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una X en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros.							*	
2. Me canso rápidamente.						o		
3. Nada me interesa.						o		
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/ escuela.								o
5. Me siento culpable.						o		
6. Me siento irritado/ molesto.						o		
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja							*	
8. Pienso en quitarme la vida.						o		
9. Me siento débil.						o		
10. Me siento atemorizado.						o		
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber estado bebiendo el día anterior (si esto no sucede marque nunca)						o		

12. Encuentro satisfacción en mi trabajo / escuela.
13. Soy una persona feliz.
14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta).
15. Me siento inútil.
16. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.
17. Mi vida sexual me llena.
19. Discuto Frecuentemente
20. Me siento querido y que me necesitan.
21. Disfruto mi tiempo libre.
21. Disfruto mi tiempo libre.
22. Tengo dificultades para concentrarme.
23. Me siento sin esperanza en el futuro.
24. Estoy contento conmigo mismo.
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o porque me drogo (no se refiere a medicamentos recetas) (si esto no ocurre marque nunca).
27. Tengo malestares estomacales.
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.
29. Mi corazón palpita demasiado.
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.
31. Estoy satisfecho con mi vida.
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol (si esto no le ocurre marque nunca).
33. Siento que algo malo va a ocurrir.
34. Tengo los músculos adoloridos.



- 35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etc.
- 36. Me siento nerviosa.
- 37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.
- 38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.
- 39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.
- 40. Siento que algo anda mal con mi mente.
- 41. Tengo dificultades para dormir o no me puedo quedar dormido.
- 42. Me siento triste.
- 43. Mis relaciones con otros me satisfacen.
- 44. Me enojo tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo que me puedo arrepentir.
- 45. Me dan dolores de cabeza.

○

○

*

*

○

○

○

○

*

○

○

+

+

Total=

Developed by Michael Lambert, Ph D and Gary Burlingame, Ph.
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Service LLC.

All Right Reserved. License Required For All Used.
 Validado al Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra Von Bergen R.

Anexo N°36

Pauta aplicación PBI (Parental Bonding Instrument)

- *Este documento incluye, para los investigadores, algunas aclaraciones para posibles dudas o preguntas que le puedan surgir a quienes respondan el cuestionario. Se especifica ítem por ítem, explicaciones que pueden ser aplicadas para la parte de la madre y para la del padre.*
- *En casos de víctimas de abuso sexual por parte de alguno de los padres, las expresiones como “era cariñoso/a conmigo” pueden causar confusión. Entendiendo que estas conductas pueden ser parte de dinámicas de abusivo, se sugiere que la persona responda en base a cómo hoy, como adulto, significa esta conducta; es decir, si ella considera o no que ese comportamiento puede corresponder a una expresión de cariño o más bien es parte del abuso que se ejercía sobre ella.*
- *Cuando los padres biológicos no fueron responsables de la crianza, se pide responder en base a cualquier cuidador significativo que pudiese haber cumplido estos papeles. Si la persona expresa no tener ningún cuidador significativo y que más bien se crió solo o con muchas personas sin que ninguna de ella fuese realmente significativa, sólo debe responder el cuestionario OQ.42.*
- *Cuando una persona no se acuerda de las situaciones que le pregunta algún ítem, no sabe qué responder, se pide que responda en base a cómo él/ella percibe o significa que pudo haber sido esa situación (más que las relaciones como tal, de forma objetiva, la meta es indagar en la percepción o cómo se recuerdan las dinámicas con los padres).*

1. Me hablaba con voz cálida y amistosa.

¿A qué se refiere?: Era dulce, tierna/o, no se mostraba hostil conmigo, su voz me hacía sentir querido, reconfortado, comprendido, a gusto, etcétera.

2. *No me ayudaba tanto como yo necesitaba*

*La expresión negativa “no” puede causar confusión, en estos casos se hace la aclaración. Por ejemplo:

-Si “**siempre** me ayudó tanto como yo lo necesitaba” entonces a esta expresión se respondería como “NUNCA PASABA que NO me ayudaba como yo necesitaba”.

-Si “siempre **no** me ayudaba tanto como yo necesitaba, entonces se respondería como “SIEMPRE PASABA que NO me ayudaba tanto como yo necesitaba”.

De la misma forma se responderían los “Rara vez pasaba” o “Algunas veces pasaba”

¿Cómo se podría explicar, o para parafrasear, esta frase?:

- ¿Usted siente que su madre/padre no lo/a apoyaba o ayudaba como usted esperaba?
- ¿Usted siente que su madre/padre no respondía de manera satisfactoria a las necesidades que usted tenía?

3. *Evitaba que yo saliera solo.*

¿Cómo se podría explicar, o para parafrasear, esta frase?:

Tiene relación con restringir los permisos para que la persona, cuando era niño, pudiera desplazarse por lugares donde los padres no pudieran protegerlo o vigilar sus acciones (se trata de ahondar en la funcionalidad familiar, relación entre autonomía/libertad y edad/etapa de crecimiento).

4. *Parecía emocionalmente frío hacía mí.*

¿Cómo se podría explicar, o para parafrasear, esta frase?

Se refiere a que no era expresiva/o, en términos de afectos, con usted. O se comunicaba sin calidez o amabilidad. Puede tener relación a expresiones de indiferencia, poca comprensión, poca atención.

5. *Parecía entender mis problemas y preocupaciones*

Podía responder a mis malestares, mostrar comprensión, mostrarse cálida/o en esos momentos, no recriminarme, tratar de ayudarme y reconfortarme.

6. *Era afectuoso/a conmigo*

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Tenía gestos que me hacían sentir cómodo, a gusto con él/ella. No sólo se refiere a cariños físicos, sino que también hace alusión a atenciones, cuidados u otras expresiones que me hicieran sentir querido.

7. *Le gustaba que yo tomase mis propias decisiones*

- Daba independencia para tomar decisiones, confiaba en mí (se trata de ahondar en la funcionalidad familiar, relación entre autonomía/libertad y edad/etapa de crecimiento).

8. *No quería que creciera*

*La expresión negativa “no” puede causar confusión, en estos casos se hace la aclaración. Por ejemplo

-Si “**siempre** deseó que yo creciera” entonces a esta expresión se le respondería como NUNCA PASABA que NO quería que yo creciera.

-Si “siempre **no** quería que yo creciera”, entonces se respondería como “SIEMPRE PASABA que NO quería que yo creciera”.

De la misma forma se responderían los “Rara vez pasaba” o “Algunas veces pasaba”

¿Cómo poder explicar esta frase?

- “Me trataba como niño, no acorde a la edad que yo tenía; tenía miedo a darme libertades correspondiente a mi edad; tenía miedo a que yo creciera, no considera los nuevos desafíos y necesidades que eran acordes a mi crecimiento (Muchos padres pueden expresar esta idea, pero este ítem tiene relación con una manera disfuncional de relacionarse con los hijos)

9. *Trataba controlar todo lo que yo hacía*

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Le dejaba poca libertad para hacer las cosas solo (considerando que habían ciertas tareas que podía realiza, a partir de edad y etapa de desarrollo), de forma independiente y autónoma, manejar mis decisiones.

10. *Invadía mi privacidad.*

No le dejaba espacio, no respetaba mi intimidad.

11. *Disfrutaba conversando cosas conmigo*

Cuando hablaban se mostraba entusiasmado/a, a gusto, atento/a a lo que conversábamos, etcétera.

12. *Me sonreía frecuentemente.*

- O realizaba otros gestos que me hacían sentir a gusto con él/ella.

13. Me regaloneaba

¿Cómo poder explicar esta frase?

- No sólo alude a cariños físicos, sino que también incluye atenciones, palabras o gestos que expresaran afecto o cariño.

14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba

*La expresión negativa “no” puede causar confusión, en estos casos se hace la aclaración. Por ejemplo

-Si “**siempre** parecía entender lo que quería o necesitaba” entonces a esta expresión se le respondería como “NUNCA PASABA que NO parecía entender lo que yo quería o necesitaba”.

-Si “siempre **no** parecía entender lo que yo quería o necesitaba”, entonces se respondería como “SIEMPRE PASABA que NO parecía entender lo que yo quería o necesitaba”.

De la misma forma se responderían los “Rara vez pasaba” o “Algunas veces pasaba”

- Independiente si yo le comunicaba mis necesidades o no

15. Me permitía decir las cosas por mí mismo/a

- Me dejaba espacio para expresarme libremente, no decidía por mí.

16. Me hacía sentir que no era deseado

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Su lenguaje verbal y no verbal, o ciertas circunstancias por las que atravesó nuestra relación, me hicieron sentir que no me quería.

17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto/a o perturbado/a

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Resultaba ser una figura de apoyo o tranquilidad cuando me encontraba en situaciones hostiles.

18. No conversaba mucho conmigo

*La expresión negativa “no” puede causar confusión, en estos casos se hace la aclaración. Por ejemplo,

-Si “siempre conversaba mucho conmigo” entonces a esta expresión se le respondería como NUNCA PASABA que NO conversaba mucho conmigo.

-Si “siempre **no** conversaba mucho conmigo”, entonces se respondería como “SIEMPRE PASABA que NO conversaba mucho conmigo”.

De la misma forma se responderían los “Rara vez pasaba” o “Algunas veces pasaba”

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Hace referencia al balance general, sobre todo al grado de satisfacción por el nivel de comunicación que mantenían.

19. Trataba hacerme sentir dependiente de él/ella

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Me hacía sentir que no podía cuidarme solo/a y que lo/la necesito para estar bien.

20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo/a a menos que él/ella estuviera cerca

- Confiaba en que podía estar bien sin que ella/él tuviese que protegerme.

21. Me daba toda la libertad que yo quería

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Me dejaba espacio para poder tomar mis decisiones y hacer lo que yo estimaba conveniente.

22. Me dejaba salir lo que yo quería

*La expresión negativa “no” puede causar confusión, en estos casos se hace la aclaración. Por ejemplo, si “siempre me dejaba lo que yo quería” entonces a esta expresión se le respondería como NUNCA PASABA que NO me dejar salir lo que yo quería

- No me ponían dificultades cuando le pedía permiso para salir.

23. Era sobreprotector/a conmigo

¿Cómo poder explicar esta frase?

- Me cuidaba demasiado, temían que algo me pasara, me protegían mucho y me daba poca libertad.

24. No elogiaba

*La expresión negativa “no” puede causar confusión, en estos casos se hace la aclaración. Por ejemplo:

-Si “siempre me elogiaba” entonces a esta expresión se le respondería como NUNCA PASABA que NO me elogiara

-Si “siempre **no** me elogiaba”, entonces se respondería como “SIEMPRE PASABA que NO me elogiaba”.

De la misma forma se responderían los “Rara vez pasaba” o “Algunas veces pasaba”

- No hacían referencias a las supuestas cosas que hacía bien.

25. *Me dejaba vestirme como se me antojaba.*

Podía elegir mi ropa en cualquier momento.

Anexo N°37

- Pauta aplicación OQ 42.5

Este documento incluye, para los investigadores, algunas aclaraciones para posibles dudas o preguntas que le puedan surgir a quienes respondan el cuestionario.

1. “Me llevo bien con otros”.

¿Quiénes otros?: No sólo se refiere a otros significativos, este apartado busca indagar en percepción de las relaciones interpersonales en general.

¿A qué se refiere con “llevarse bien”? No excluye que no puedan existir conflictos con otros, pero sí da cuenta de que la evaluación final de las relaciones interpersonales son más satisfactorias que insatisfactorias.

2. *Me canso rápidamente.*

¿A qué se refiere con “rápidamente”? El objetivo es conocer si la persona ha sentido que se ha cansado rápidamente durante la última semana, siendo así, un parámetro para responder puede ser si “se ha cansado más rápido en comparación con la semana anterior a esta última semana”.

¿Ante cuáles circunstancias?: Ante cualquier circunstancia que a la persona le parezca significativa (trabajo/escuela, actividades cotidianas, deportes). Hace referencia a aquellas situaciones que se han visto interferidas por la aparición de ese cansancio.

¿A qué tipo de cansancio se refiere?: Puede ser cansancio físico, mental o ambos. Con manifestaciones a nivel corporal o psíquico.

3. *Nada me interesa.*

¿A qué circunstancia se refiere?: Cuando dice “nada” se intenta ahondar en las posibilidades de que la persona no esté disfrutando las cosas que hace y que no haya motivación de intentar realizar nuevas cosas o retomar otras que le resulten gratas.

4. *Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.*

¿A qué se refiere con estrés o presión?: Se refiere a la sensación de malestar que puede mantener la persona en su trabajo o lugar de estudios, o en las tareas relacionadas. Puede expresarse como “estar sobrepasado” por las responsabilidades que conllevan estas actividades o como la sensación de incomodidad ante otras circunstancias que se relacionan con ellas (por ejemplo, ambiente laboral hostil).

5. *Me siento culpable.*

¿Qué tipo de culpa?: Se refiere a una sensación de culpa o responsabilidad que inunda al individuo, que le causa malestar e inquietud.

6. *Me siento irritado, molesto.*

¿Con quiénes?: Con personas significativas (familia, amigos) o con otros que mantenga una relación más distante; también puede ser ante un “circunstancia” que no involucre a personas. Al mismo tiempo, este ítem hace referencia a la sensación misma, que quizás no tenga una razón explícita para presentarse, donde la persona sea capaz de reconocer esta sensación y no poder explicarla.

¿En qué circunstancias?: En cualquier circunstancia significativa en la cual esta sensación pueda presentarse con un malestar adicional o que interfiera con los planes o actividades de la persona.

7. *Me siento contento con mi matrimonio/pareja.*

¿Contento en qué sentido?: Se refiere a un balance general, independiente si en algunas ocasiones haya conflictos dentro de la pareja. Habla de una sensación de plenitud.

¿Si no tengo pareja?: Hace referencia al constructo mismo, al “estar en pareja”. Si estoy soltero y eso me satisface, entonces podría sentirme contento; de lo contrario, si no estoy en pareja, y me siento insatisfecho por eso, entonces evalúo mi estado en función de esa condición.

¿Si tengo más de una pareja?: Hace referencia al constructo mismo, al “estar en pareja”. Si mantengo más de una relación romántica y me satisface, evalúo mi estado en función de eso, si el estar en una situación polígama me causa malestar, evalúo mi respuesta considerando ese malestar.

8. *Pienso en quitarme la vida.*

Hace referencia a la ideación, planes o intentos suicidas. La respuesta deber ir en función de la frecuencia en que estos ocurren.

9. *Me siento débil.*

¿Debilidad en qué sentido?: Tiene múltiples sentidos: por una parte, puede hacer referencia a manifestaciones corporales que sean significadas como “debilidad (“se acaban las fuerzas”, “mi cuerpo ya no resiste). Además, incluye las sensaciones de “personalidad débil” “fuerza mental débil”, “no tengo las herramientas necesarias” “las circunstancias sobrepasan mis fuerzas”, etcétera”.

10. *Me siento atemorizado.*

¿Temor ante qué tipo de situaciones?: Puede ser cualquier situación que la persona considere amenazante, incluyendo el temor que puede sentir alguien sin saber la razón. No importa la causa, sino la sensación de temor misma.

¿Qué tipo de temor?: Se refiere a un temor que causa gran malestar y que puede interferir en el bienestar de la persona y en las actividades cotidianas que realiza.

11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado en día anterior (Si esto no ocurre marque nunca).

¿Si he tenido esa misma sensación, pero en otro momento del día?: Si no se presentan las dos condiciones: a) beber la noche anterior, b) durante la mañana: entonces marque “nunca”.

¿Si ha tenido esa sensación durante la mañana, pero sin haber bebido la noche anterior?: Si no se presentan las dos condiciones: a) beber la noche anterior, b) durante la mañana: entonces marque “nunca”.

12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/escuela.

¿A qué se refiere? Se refiere a una sensación general del bienestar o desenvolvimiento en el trabajo.

¿Si no estoy trabajando? Puede responder en función de su ocupación, no es necesario que se remunerada (por ejemplo, ser dueño de casa) o puede responder en función de su insatisfacción por el momento laboral por el que atraviesa (por ejemplo, cesantía).

13. Soy una persona feliz.

Balance general del grado de satisfacción, plenitud o cualquier aspecto que pueda ser importante para que una persona se considere a sí misma feliz.

14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta)

Puede ser el caso de que “trabajar demasiado” se asocie a consecuencias negativas, presentándose un “dilema” para la persona. Por ejemplo, percibir que la cantidad de tiempo que paso trabajando afecta mi vida familiar, mi Salud, mi bienestar general, etcétera.

15. *Me siento inútil.*

¿A qué se refiere? Sentirse poco necesaria, sentir que otros no me necesitan, sentir que no hago nada bien, etcétera.

¿En qué circunstancias? Independiente de una situación en particular, el ítem intenta indagar la sensación general de utilidad / inutilidad que domina a la persona.

16. *Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.*

¿A qué se refiere? Grado de malestar, inquietud, sensaciones que pueden dificultar el bienestar o desenvolvimiento familiar de la persona o las dinámicas que se dan dentro de la familia.

17. *Mi vida sexual me llena.*

Grado de satisfacción.

18. *Me siento solo*

¿En qué circunstancia? Más que en las circunstancias o con las personas con las cuales se mantengan relaciones, se hace énfasis en la sensación general que puede acompañar a la persona.

19. *Discuto frecuentemente.*

Grado de malestar con la dinámica en las relaciones, significativas o no.

20. *Me siento querido y que me necesitan.*

No se especifica con quién, se hace referencia a la sensación general de la persona y al grado de satisfacción.

21. *Disfruto mi tiempo libre.*

Si una persona responde que no tiene tiempo libre, o que lo debe ocupar en otras actividades que no le son gratas, puede responder en función del grado de insatisfacción que pueda sentir por ello.

22. *Tengo dificultades para concentrarme.*

¿En qué circunstancias? En circunstancias en que la persona considere que es necesario mantenerse concentrada.

23. *Me siento sin esperanza en el futuro.*

Se refiere a expectativas para el futuro a corto y/o largo plazo.

24. *Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.*

Se refiere a pensamientos intrusivos y disruptivos: son pensamientos que pueden atormentar, inquietar y causar gran malestar en la persona. Pueden interrumpir el funcionamiento habitual de ella.

25. *Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca).*

De cualquier persona, cercana o no (incluidos los profesionales de Salud mental).

Críticas en cualquier circunstancia (por ejemplo, ambiente familiar o laboral).

Si la persona expone que le molesta la forma en que son criticados, más que por la forma, se espera que la persona responda por el tema central de la pregunta “me molesta que me critiquen por beber o consumir drogas”.

Si la persona considera que le molesta porque exageran la cantidad o frecuencia de consumo, de igual forma, se espera que la persona responda por el tema central de la pregunta “me molesta que me critiquen por beber o consumir drogas”.

26. *Tengo problemas estomacales.*

Se refiere a malestares físicos, se excluyen manifestaciones de enfermedades orgánicas que no se relacionen con estrés.

27. *Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.*

Un aspecto a considerar puede ser el grado de insatisfacción por el rendimiento actual.

28. *Mi corazón palpita demasiado.*

A excepción de afecciones orgánicas.

29. *Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.*

Se trata de personas significativas.

30. *Estoy satisfecho con mi vida.*

No necesariamente se refiere a aspectos puntuales, más bien se refiere a la sensación general que mantiene la persona.

31. *Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).*

Malestares físicos o mentales que afecten el rendimiento, reprimendas de jefes/profesores, no cumplir con compromisos adquiridos, etcétera.

32. *Siento que algo malo va a ocurrir.*

Se asocia con inquietud, malestar; puede no ser una sensación que obedezca a hechos puntuales.

33. *Tengo los músculos adoloridos.*

No se deben a accidentes u otras afecciones orgánicas.

34. *Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.*

Dicha sensación causa gran malestar y puede interrumpir las actividades cotidianas.

35. *Me siento nervioso.*

No es necesario que sea por un motivo particular.

Es una sensación que causa malestar en la persona e interfiere en su funcionamiento habitual.

36. *Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.*

Se refiere al balance general que hace la persona de las relaciones que tiene con sus significativos.

37. *Siento que me va bien en el trabajo/escuela.*

No se refiere a ningún aspecto puntual, sólo al balance general que hace la persona de su desempeño o satisfacción en el trabajo.

38. *Siento que algo anda mal con mi mente.*

Se refiere a pensamientos intrusivos, sensación de despersonalización/desrealización, percepción de enlentecimiento mental, de mal funcionamiento. En general, depende de la sensación que tenga la gente sobre el funcionamiento de su “mente”, integra a cualquier cosa que la persona considere disruptivo, que le cause malestar o interrumpa alguna actividad de su vida cotidiana.

39. *Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.*

Despertar a saltos, tener pesadillas, despertar durante la noche, sensación de sueño “no profundo”, etcétera.

40. *Me siento triste.*

No es necesario que sea a raíz de un hecho puntual.

41. *Mis relaciones con otros no me satisfacen.*

Se refiere a una sensación de no plenitud en la relaciones con otros, independientes si son significativos o no. Habla de un balance general.

42. *Me enojo tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.*

Se refiere a la probabilidad de reaccionar de forma impulsiva, no mediar las consecuencias futuras-negativas de las acciones que se puedan llevar a cabo.

43. *Me dan dolores de cabeza.*

Se refiere a malestares físicos, se excluyen manifestaciones de enfermedades orgánicas que no se relacionen con estrés.