



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Funcionamiento de la cognición social en personas
diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia
según su estilo de apego romántico.

Susan Mabel Bernal Cortés
Antonia Sofía Le-Cerf León
Antonio Alberto Olmeño Díaz
Pamela Alejandra Torres Gallardo
Karla Andrea Zepeda Aranda

Profesor Guía: Javier Moran Kneer

Paula Solervicens Silva

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, como requisito para optar al grado de licenciado en psicología.

10 de enero, 2018

Valparaíso, Chile

Para su gusto y nuestro deleite, para nuestro gran Maestro...

Hace 5 años -por coincidencia o conspiración- nos encontramos en este espacio y lugar, sin pensar que confluiríamos casi al final de este río que pronto desembocará en el mar. Gracias por iluminar nuestro proceso de formación, por transmitirnos sus conocimientos y por la forma en que lo hizo. Gracias por su sonrisa sincera y del alma que siempre resultó tan acogedora.

Y gracias especialmente por dejar una huella en nuestro ser-corazón y alma...

. - . - - - . - . . . - -

Resumen

El objetivo del presente estudio consiste en investigar si existen diferencias en la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, según su estilo de apego romántico. Se trabajó con una muestra de 86 personas, de entre 20 y 75 años, de ambos sexos. Se les administró pruebas para medir distintas áreas de la cognición social: para evaluar teoría de la mente se utilizó el Hinting Task, para empatía se empleó el Interpersonal Reactivity Index (IRI) y para medir el reconocimiento facial de emociones, se utilizó el Ekman-60, en su versión acotada de 35 imágenes y el The Awareness of Social Inference Test (TASIT). Para medir la variable de apego romántico, se utilizó el Experiences in Close Relationships. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución normal de las variables independientes. Los test fueron analizados y comparados a través de sus medias con la prueba t de Student para análisis paramétricos y con la U de Mann-Whitney para muestras no paramétricas. Los resultados constataron que existen diferencias en el funcionamiento de la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, según su estilo de apego romántico. El análisis de los elementos estudiados de la cognición social manifiestan que, en el área de teoría de la mente, no se obtuvieron diferencias significativas; con respecto a la empatía, se obtuvo mayor rendimiento de personas con apego seguro en las sub-escalas de Toma de perspectiva mientras que para la sub-escala Malestar personal se obtuvo mayor rendimiento en personas categorizadas con estilo de

apego inseguro. Finalmente, en referencia al reconocimiento facial de emociones, las personas con apego seguro obtuvieron un mejor rendimiento en la escala total del TASIT.

ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
3. OBJETIVOS.....	7
5.1. Objetivo general.....	7
5.2. Objetivos específicos.....	7
4. HIPÓTESIS.....	8
5. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	9
5.1. Salud mental.....	9
5.2. Trastorno Bipolar.....	12
5.2.1. Historia.....	12
5.2.2. Diagnóstico.....	13
5.2.3. Epidemiología y tratamiento.....	15
5.3. Apego en la adultez.....	17
5.3.1. Vínculo de apego.....	17

5.3.2. Desarrollo del Apego a través del ciclo vital.....	18
5.3.3. Apego Romántico.....	20
5.3.4. Estilo de apego adulto y psicopatología.....	23
5.4. Cognición social.....	23
5.4.1. Teoría de la mente.....	25
5.4.2. Empatía.....	27
5.4.3. Reconocimiento facial de emociones.....	30
6. METODOLOGÍA.....	32
6.1. Tipo de estudio.....	32
6.2. Población y muestra.....	32
6.3. Procedimientos.....	33
6.4. Instrumentos.....	35
6.4.1. Ekman-60.....	35
6.4.2. The Awareness of Social Inference Test (TASIT)	35
6.4.3. Hinting Task	35

6.4.4. Interpersonal Reactivity Index (IRI)	36
6.4.5. Experiences in Close Relationships.....	36
7. RESULTADOS.....	38
7.1. Antecedentes sociodemográficos.....	38
7.2. Antecedentes clínicos.....	39
7.2.1. Apego.....	39
7.2.1.1. ECR.....	39
7.2.2. Cognición social	39
7.2.2.1. IRI.....	39
7.2.2.2. Hinting Task.....	39
7.2.2.3. TASIT.....	40
7.2.2.4. Ekman-60.....	41
7.3. Análisis relacional.....	41
7.3.1. Evaluación de la distribución normal de los datos.....	41
7.3.2. ECR.....	42

7.3.3.	IRI.....	44
7.3.4.	Hinting Task.....	45
7.3.5.	TASIT.....	46
7.3.6.	Ekman-60.....	47
8.	DISCUSIÓN.....	50
8.1.	Estilo de apego seguro en población general y en población clínica.....	50
8.2.	Empatía	52
8.3.	Procesamiento facial de emociones.....	55
9.	CONCLUSIONES.....	58
10.	REFERENCIAS.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

SUB ÍNDICE DE FIGURAS

1.	FIGURA 1. Modelo de Bartholomew y Horowitz (1991).....	22
2.	FIGURA 2. Distribución de la muestra según rango etario.....	38
3.	FIGURA 3. Distribución de frecuencia de estilos de apego.....	43
4.	FIGURA 4. Distribución de frecuencia de ansiedad.....	43
5.	FIGURA 5. Distribución de frecuencia de evitación.....	44

SUB ÍNDICE DE TABLAS

1.	TABLA 1. Sub-escalas del Hinting Task.....	40
2.	TABLA 2. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk.....	42
3.	TABLA 3. Diferencias de medias en Interpersonal Reactivity Index según tipo de apego.....	45
4.	TABLA 4. Diferencias de medias en Hinting Task según tipo de apego.....	45
5.	TABLA 5. Diferencias de medias en The Awareness of social Inference test según tipo de apego.....	47
6.	TABLA 6. Diferencias de medias en Ekman-60 según tipo de apego.....	49

1. Planteamiento del problema

La siguiente investigación pretende indagar respecto a las diferencias en el funcionamiento de la cognición social en personas diagnosticadas con trastorno de bipolaridad (TB I) tipo I en eutimia, dependiendo de su estilo de apego romántico.

Esta idea surge a partir de la propuesta de Sroufe acerca de los múltiples caminos que puede seguir la psicopatología, a través de un campo de investigación denominado Psicopatología del desarrollo (PD) (1997). Esta perspectiva plantea que no se deben comprender los trastornos en salud mental como “algo que se tiene o no se tiene”, como si fuera una característica inherente a la persona o como una condición fija, si no como el resultado de un proceso complejo mediado por la interacción de riesgos y factores protectores que operan con el tiempo. En esta línea, Cicchetti y Rogosch (1996) consideran la psicopatología como el resultado de una trayectoria modificable, influida por diversas condiciones ambientales y personales.

En concordancia al enfoque de Sroufe, el Plan Nacional de Salud Mental (2017) propone que no existe una equivalencia entre los conceptos de salud mental y enfermedad o trastorno mental, no obstante, no son considerados términos opuestos. Así personas sin enfermedad mental pueden presentar una mala salud mental, y a la inversa, personas diagnosticadas con enfermedad mental pueden gozar de un alto nivel de salud mental. Por lo tanto, lo que permite este modelo, es superar la idea de que padecer una psicopatología necesariamente determina una mala salud mental. Por su parte, el enfoque de curso de vida permite comprender cómo los determinantes de la salud interactúan de manera positiva y negativa con la salud mental de las personas a lo largo

del desarrollo. En este sentido el propósito de este enfoque es, por un lado, explicar cómo los riesgos sociales y físicos durante las etapas de la vida se acumulan y contribuyen al riesgo de desarrollar enfermedades, y por otro, identificar procesos biológicos, comportamentales y psicosociales que operan en las trayectorias vitales y cómo el efecto de éstos impacta en aumentar o atenuar el riesgo sobre la salud en el largo plazo.

De esta forma estudiar dichos riesgos en el transcurso de vida de una persona diagnosticada con TB puede arrojar información relevante para comprender por qué el desarrollo del trastorno se manifiesta de tal manera. En este contexto, de acuerdo a una revisión de literatura biomédica realizada por Ruiz-Murugarren, García- Ramos y Lahera (2011), el trastorno bipolar en sus distintos tipos está asociado a un deterioro significativo en el funcionamiento de la cognición social. Este deterioro es de gran relevancia pues podría explicar el déficit que presentan en el aspecto social, laboral y familiar las personas con TB. Estos autores además plantean que las relaciones sociales juegan un papel importante en la recuperación de los trastornos mentales o psicopatologías, y que llevar a cabo un trabajo de rehabilitación en esta área, sería un factor determinante para la recuperación funcional de la cognición.

Los trabajos clínicos han demostrado que existe una heterogeneidad en las personas con diagnóstico de trastorno bipolar respecto a su funcionamiento social, es decir, hay grupos que mantienen un alto nivel de funcionamiento a lo largo del curso de la enfermedad, mientras que hay otros que presentan déficits incluso cuando se encuentran en periodos de recuperación sintomática. Investigaciones han reportado que

existen disfunciones en el reconocimiento facial de emociones, teoría de la mente, en la toma de decisiones afectivas. Además, se ha informado que existe un déficit en las habilidades sociales-cognitivas en usuarios/as diagnosticados/as con TB en eutimia (Samamé, Martino y Strejilevich, 2012).

En la última década ha aumentado el interés en la cognición social en cuanto al trastorno bipolar, debido a que existen estudios que destacan deficiencias relevantes incluso en estado de eutimia, especialmente en el razonamiento del estado mental (Vlad, Raucher-Chéné, Henry y Kaladjian, 2018).

Tomando en cuenta que la manifestación del trastorno bipolar podría ser modificada, al realizar un cambio en las condiciones ambientales y personales, la teoría del apego de John Bowlby se ha convertido en un referente importante para entender que los aspectos relacionales a lo largo del desarrollo pueden tener un impacto en la salud mental.

El apego es un sistema afectivo y conductual complejo que también incluye un dominio cognitivo, el cual se refiere a representaciones positivas o negativas de uno/a mismo/a junto con las expectativas sobre otros/as como figuras de apoyo predecibles. En base a ello, Bowlby (1980) propone que en la interacción producida entre el/la cuidadora y el/la niño/a , participa el modelo operante interno de las expectativas que tiene éste/a en relación a sí mismo/a y a los/as demás, ello permitiría interpretar, anticipar y responder a las figuras de apego, pues integran a su vez, experiencias del pasado y presente en esquemas cognitivos y emocionales.

Bowlby y Ainsworth argumentaron que la calidad de la primera relación que establece el/la infante es muy importante y tiene una repercusión decisiva en sus futuras relaciones afectivas y en el desarrollo de su cognición social (Villachan-Lyra, Almeida, Hazin y Maranhão, 2015). Además, los pocos estudios que existen hasta ahora indican que el apego inseguro sería un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología (Alonso, Fernández, Fontanil, Ezama y Gimeno, 2018).

En relación a la etapa adulta, se ha encontrado que los patrones de apego son particularmente importantes para la salud mental, y planteando esto para personas diagnosticadas con TB, estos patrones resultan fundamentales para un análisis y búsqueda de relación con respecto a la sintomatología que presenta el/la usuaria. Para la presente investigación utilizamos el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) con el objetivo de clasificar los estilos de apego en la adultez, el cual se desarrolla a través de cuatro categorías que se miden en términos de ansiedad (miedo a ser abandonado/a o rechazado/a) y evitación (preferencia por la distancia emocional), estos son el estilo de apego seguro, desentendido o evitativo, preocupado y temeroso. Mikulincer y Shaver (2007) informan que es más habitual encontrar un tipo de apego temeroso en personas diagnosticadas con depresión, mientras que cuando la depresión está asociada a un trastorno bipolar o esquizo-afectivo es más común un apego de tipo desentendido.

La investigación ha demostrado que las personas con apego seguro tienen menos probabilidades de mostrar síntomas de perturbación emocional y es más probable que presenten estrategias eficaces de afrontamiento, como un grado saludable de autorrevelación y búsqueda de ayuda. Por su parte, los estilos de apego inseguro pueden

crear una vulnerabilidad a la psicopatología debido a las estrategias inadaptadas e inflexibles para interpretar e interactuar con el mundo. El apego preocupado se ha vinculado con trastornos del estado de ánimo, síntomas de ansiedad y trastorno límite de la personalidad, entre otros. La clasificación de apego desentendido se ha relacionado con el trastorno bipolar, el trastorno alimentario, abuso de sustancias, entre otros, y el estilo de apego temeroso se ha vinculado con trastornos como la depresión, ansiedad, etc. (Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkison y Ross, 2007).

Partiendo de la base de que los diversos estudios encontrados hasta ahora han vinculado el estilo de apego que poseen las personas con la aparición de psicopatología - tanto en la etapa infantil como en la etapa adulta- la presente investigación pretende indagar si las relaciones de apego romántico podrían cumplir un papel importante en el deterioro provocado en la cognición social de personas con bipolaridad tipo I en eutimia. Esta idea además se fundamenta en el estudio realizado por Alonso et al. (2018), quienes recogieron datos de 172 personas tratadas en centros de salud mental sobre los patrones de apego, experiencia de eventos estresantes de la vida, el apoyo social, estilos de afrontamiento y sobre las manifestaciones de psicopatologías. Luego de finalizar su investigación proponen la importancia de seguir investigando acerca del papel de los estilos de apego en la salud mental, considerando no solo el rol de éstos en el origen de la psicopatología, sino que además en su explicación y posible resolución.

Según Greenberg (2014), la evidencia demuestra la importancia de que los/las adultos/as que enfrentan enfermedades mentales graves tengan relaciones sociales saludables y en este sentido, el apego seguro se ha vinculado con relaciones de apoyo

más fuertes. Este autor además propone que entre un 11% y un 22% de individuos/as diagnosticados/as con TB presentan un estilo de apego seguro, mientras que entre un 60% y un 80% sin enfermedad psiquiátrica presenta la misma clasificación de apego.

Así, la relevancia de este estudio está dada por el hecho de que, pese a que en los últimos años se ha sumado más información respecto a la incidencia de las relaciones de apego en la infancia en la aparición de psicopatología, aún no hay estudios que evidencien que el estilo de apego en la adultez podría tener algún nivel de influencia en el deterioro o calidad del funcionamiento de la cognición social de personas diagnosticadas con bipolaridad tipo I en eutimia. De esta forma, si se verifican las hipótesis propuestas, podríamos aportar evidencia a favor de que la seguridad en el apego se manifestaría como un factor protector de deterioros a nivel de la cognición social, en contraste con los estilos de apego inseguros. Evidencia de este tipo podría aportar a los enfoques existentes que abordan en la actualidad el tratamiento de personas con este diagnóstico, tomando en cuenta no solo la enfermedad propiamente tal, sino que incluyendo además un tratamiento que de mayor énfasis a los patrones de apego que manifiestan las personas, pues éstos podrían aumentar o disminuir los riesgos de tener un bajo nivel de salud mental.

2. Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, según su estilo de apego romántico?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Determinar si existen diferencias en la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia según su estilo de apego romántico.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar si existen diferencias en el nivel de teoría de la mente en personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo 1 en eutimia, según su estilo de apego romántico.
- Comparar el nivel de empatía que evidencian las personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo 1 en eutimia, según su estilo de apego romántico.
- Comparar la capacidad para el procesamiento de emociones que tienen las personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo 1 en eutimia, según su estilo de apego romántico.

4. Hipótesis

- Se espera un mayor rendimiento en pruebas de teoría de la mente en personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, categorizadas con apego romántico seguro.
- Se espera mayor rendimiento en pruebas de empatía en personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, categorizadas con apego romántico seguro.
- Se espera mayor rendimiento en pruebas de procesamiento facial de emociones en personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, categorizadas con apego romántico seguro.

5. Antecedentes teóricos y empíricos

A continuación, se revisarán los principales referentes teóricos asociados a este estudio. En primer lugar, se explicarán aspectos relevantes en cuanto a la comprensión del trastorno bipolar desde una perspectiva psicosocial, en segundo lugar, se abordará el concepto de trastorno bipolar, en tercer lugar, la definición de apego y apego romántico, para finalmente abordar el concepto de cognición social y tres de sus dominios.

5.1. Salud Mental

La salud mental se entiende comúnmente como la ausencia de psicopatologías, tales como la depresión o la ansiedad. Actualmente la OMS (2018) comprende salud mental como un estado de bienestar en el que la persona que se da cuenta de sus capacidades, podría hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y además contribuir a la comunidad. Giele y Elder (1998) definen curso de vida como “secuencia de eventos y roles socialmente definidos, por lo que, un/a individuo/a transcurre a través del tiempo” (p.22). Esta perspectiva enfatiza el rol dinámico de la persona como un todo organizado, considerando así, una patología como el desarrollo de su trayectoria a la que afectan elementos de la personalidad, sociales y ambientales. De esta forma se logra vincular los factores de vida temprana con la enfermedad adulta, a lo largo de la vida las exposiciones o los insultos se acumulan gradualmente a través de episodios de enfermedades, condiciones ambientales adversas y conductas que aumentan el riesgo de enfermedad crónica y mortalidad (Kuh & Ben-Shlomo, 2004). Es decir, está orientada a estudiar a largo plazo los efectos en la salud o

enfermedad, de la exposición a factores protectores o de riesgo, sociales o físicos, que se relacionan con los mismos determinantes de la salud impactando positiva o negativamente en la salud mental del individuo.

Por lo tanto, los conceptos de enfermedad y salud mental son dimensiones relacionadas pero distintas. Su relación se puede explicar a través del modelo de dos continuos (Keyes, 2002), que se representa, con un eje vertical cuyos polos van desde “salud mental óptima” hasta “bajo nivel de salud mental”, y en el eje horizontal va desde “ausencia de diagnóstico o sintomatología de enfermedad mental” a “enfermedad mental severa”, formando cuadrantes que constituyen los niveles de salud mental por los que las personas pueden movilizarse durante su vida. De esta manera se explicaría como personas diagnosticadas con un trastorno mental pueden presentar un nivel alto de salud mental y, al contrario, como personas que no presentan algún trastorno poseen bajos niveles. Para ser considerado mentalmente saludable es necesaria una combinación de bienestar emocional, psicológico y social de los cuales se derivan dos conceptos, “floreCIMIENTO” el cual es un estado donde los y las individuos combinan un alto nivel de bienestar subjetivo con un nivel óptimo de funcionamiento psicológico y social; y “languidez” refiriéndose a un estado con bajos niveles de bienestar subjetivo y bajos niveles de bienestar psicológico y social, aquellos/as que no se encuentren en ninguna de estas categorías se les considera con una salud mental moderada (Keyes, 2002) manteniendo como idea principal que el padecer una psicopatología no condiciona un bajo nivel de salud mental, e incluyendo el marco de los determinantes sociales en salud mental.

La evidencia adicional de la validez del modelo de dos continuos está respaldada por estudios sobre las relaciones de salud mental y enfermedad mental con otros criterios. Los hallazgos muestran consistentemente que los/as adultos/as y adolescentes a los/as que se les diagnostica menos que en completa salud mental, funcionan peor en términos de enfermedad física, utilización de atención médica, productividad laboral y funcionamiento psicosocial (Keyes, 2010). Otro resultado indicó que personas categorizadas como languidecientes funcionan tan mal en la mayoría de los resultados como aquellas con una enfermedad mental. Lo que es más importante, el nivel de salud mental distingue el nivel de funcionamiento entre los/las adultos/as con una enfermedad mental, y no solo entre aquellos/as que no padecen una enfermedad mental. Por lo tanto, las personas que están floreciendo, pero tienen un episodio de enfermedad mental funcionan mejor que las personas con salud mental moderada, que a su vez funcionan mejor que las personas que languidecen y tienen un episodio de enfermedad mental.

Recientemente se hizo un estudio similar con una muestra de adultos/as en Argentina (Góngora y Solano, 2017), en el cual al considerar trastornos mentales específicos, encontraron que tener cualquier trastorno mental disminuye significativamente el estado de salud mental, y que las personas eran más languidecientes y menos florecientes en todas las categorías consideradas en este estudio, siendo la depresión el trastorno que demostró tener un efecto más significativo, seguido de la ansiedad general, y ésta en comorbilidad con otros trastornos mostró una mayor porción de individuos/as con mala salud mental. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos en Canadá y EE. UU (Gilmour, 2014; Keyes, 2005).

Por otro lado, un estudio canadiense respecto al compromiso de las personas en su autocuidado, aplicado a una muestra de personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad y el ánimo, al responder cuestionarios de autogestión sobre recuperación clínica, evaluación de metas personales y salud mental positiva, se encontraron con que individuos/as que reportaron padecer un trastorno bipolar tuvieron un mayor porcentaje para el perfil “florecimiento” que para el perfil “languideciente” (Coulombe, 2016).

En consecuencia, lo anteriormente expuesto permite superar la idea de que, el padecer un TB implica necesariamente tener un bajo nivel de salud mental y, dado que las condiciones ambientales pueden modificar el curso del trastorno, un estilo de apego seguro podría funcionar como un factor ambiental- relacional que podría, eventualmente, ser un factor protector para el funcionamiento de la cognición social en personas con dicho diagnóstico.

5.2. Trastorno Bipolar

5.2.1. Historia

El trastorno bipolar ha sido reconocido como tal desde el año 1980, es a partir de esta fecha que el DSM III separa la depresión unipolar del trastorno bipolar. En épocas anteriores, manía y melancolía tenían significados diferentes a los que se conocen en la actualidad. Antes de 1800 la manía era un concepto utilizado para referirse a la locura, caracterizada por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida de control, mientras que la melancolía se entendía como un conjunto de perturbaciones de las facultades mentales, caracterizada por la presencia de estados alucinatorios, paranoides y demencias. En el siglo XIX el término manía evoluciona y es entendido como un

trastorno del afecto y de la acción, y la melancolía se entiende como una enfermedad caracterizada por el abatimiento del ánimo, la falta de valor o de iniciativa y los pensamientos tristes. Posteriormente Kraepelin incluye todos los trastornos en una sola entidad nosológica denominada locura maníaco depresiva. Dicha clasificación comprendía la locura periódica y circular, estados de manía y melancolía, y algunos casos de falta de inteligencia (amencia). En el año 1966, Jules Angst y Carlo Perris realizaron una revisión de la propuesta de Kraepelin. Ambas revisiones obtuvieron resultados que apoyaban la existencia de tres entidades independientes dentro de la psicosis maniaco-depresiva: dos formas unipolares (depresiva y maníaca) y una bipolar. Dos años después Angst y Perris en base a la comparación de sus trabajos, realizaron una distinción entre la depresión unipolar y el trastorno bipolar, hecho que fue avalado por trabajos posteriores y por la consiguiente aceptación internacional del DSM III (Luque y Berríos, 2011).

5.2.2. Diagnóstico

En la actualidad, según la guía clínica vigente en Chile (Minsal, 2013), el trastorno bipolar se define como una enfermedad grave, recurrente, crónica y fásica que interviene en la funcionalidad del paciente. Se caracteriza por estados de ánimo que fluctúan desde síntomas depresivos a manía/hipomanía. Esta guía clínica propone criterios diagnósticos basados en CIE 10 (1996) y DSM IV-TR (1994), sin embargo, la versión más actualizada, DSM-5 (2013), propone siete clasificaciones. El trastorno bipolar I se refiere a la presencia de al menos un episodio maníaco con o sin algún

episodio depresivo mayor o hipomaniaco. El trastorno bipolar II se refiere a la presencia de al menos un episodio hipomaniaco y al menos un episodio depresivo mayor. La ciclotimia consiste en la presencia de períodos de hipomanía y depresión que no cumplen con los criterios para diagnosticar manía, hipomanía o depresión mayor. Estos periodos duran al menos dos años en los/as adultos/as y un año en el caso de los/as niños/as. El trastorno bipolar y trastornos relacionados inducido por sustancias/medicamentos alude a la presencia de síntomas maníacos, hipomaniacos o de depresión mayor, producidos por efectos secundarios de abuso de sustancias o de medicamentos. El trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica, consiste en la presencia de un período persistente de manía o hipomanía debido a otra afección médica. Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, da cuenta de la presencia de síntomas característicos del TB y trastornos relacionados que no cumplen todos los criterios de ninguna de las categorías anteriores. Esta categoría se utiliza cuando el clínico decide comunicar el motivo específico por el que no se cumplen los criterios. Y finalmente, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado, que se caracteriza por la presencia de síntomas típicos del trastorno bipolar y trastorno relacionado que no cumplen todos los criterios de ninguna de las categorías anteriores. Esta categoría se utiliza cuando el clínico decide no comunicar el motivo específico por el que no se cumplen los criterios.

Para un diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, según el DSM-5 (2013) es necesario que se cumplan los siguientes criterios para un episodio maníaco: debe ser un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, en donde se

da un aumento anormal y persistente de la actividad o energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Además de eso, durante el periodo de alteración del estado de ánimo, existen tres (o más) de los siguientes síntomas: aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza; disminución de la necesidad de dormir; más hablador/a de lo habitual; fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad; facilidad de distracción; aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora; participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas. Para ello, la alteración del estado del ánimo debe ser suficientemente grave para causar deterioro importante en el funcionamiento social o laboral y donde el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia. Todos los criterios mencionados constituyen un episodio maníaco. Se necesitan al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.

5.2.3. Epidemiología y tratamiento

Según la guía clínica del Ministerio de Salud (2013) la edad promedio de inicio del TBI es de 21 años, con un rango entre los 17 y 26 años, donde el comienzo temprano se asocia en mayor cantidad al género femenino por sobre el masculino. La prevalencia a nivel mundial del trastorno bipolar es de un 2,4%, mientras que el TBI es de 0,6% y para el TB tipo II es de 0,4%. Por su parte, a nivel nacional la prevalencia general es de un 2,2% (2,5% en mujeres y 1,8% en hombres). En relación a su etiología, el TB tiene un origen biológico que se ve fuertemente influenciado por

alteraciones genéticas y neuroquímicas. La fisiopatología del trastorno incluye alteraciones neuroquímicas, genéticas, hormonales, neurofisiológicas, psicosociales y neuroanatómicas. Los factores genéticos cumplen un rol fundamental en la etiopatogenia del trastorno bipolar, y sobre ellos actúan otros factores, como el biológico (lesiones cerebrales, etc.), psicológico (situaciones de pérdida, estresantes ambientales, etc.) y meteorológico (estaciones, presión atmosférica). En síntesis, el trastorno tendría una etiología genética que se ve mediatizada por factores ambientales (Ayala, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al trastorno bipolar como la sexta causa de AVISA (años de vida perdidos por discapacidad) en personas entre 15 y 44 años, debido a que se ven afectadas diversas áreas de la vida, entre ellas las relaciones sociales, familiares y laborales, lo que conlleva a cargas económicas y de salud (Días, 2008).

El tratamiento del TB propone intervenciones específicas dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre la persona. En la fase aguda, se requiere un manejo farmacológico diferente dependiendo si se trata de un episodio depresivo, hipomaniaco, maniaco o de características mixtas, mientras que en el periodo que la persona se encuentra en eutimia se establece un esquema farmacológico distinto. Sin embargo, la farmacoterapia resulta insuficiente para lograr la remisión sintomática y la recuperación funcional (Marvel, 2004). Por ello, se enfatiza en la relevancia de la utilización de estrategias psicosociales. Entre las más utilizadas se mencionan: la Psicoeducación, la Terapia Cognitivo-Conductual, las Intervenciones familiares

enmarcadas en un enfoque psicoeducativo y la Terapia interpersonal y de ritmos sociales, y circadianos (Guía AUGE-Minsal, 2013).

5.3. Apego en la adultez

5.3.1. Vínculo de apego

Según Ainsworth (1989) y Bowlby (1988), el/la ser humano/a desde su nacimiento, buscando la sobrevivencia, organiza y desarrolla su experiencia a lo largo de su vida a través de una serie de vínculos afectivos, entre estos lazos se encuentra el “vínculo de apego”. Tal como menciona Bowlby (1969) el vínculo de apego representa una tendencia estable a través del tiempo con una persona emocionalmente significativa. Éste requiere de una relación entre el/la bebé, en primera instancia, y de una figura de apego “disponible” (Bowlby, 1973), que generalmente es la madre o el padre. Esta relación, que tiende a ser persistente y no intercambiable, se caracteriza principalmente por el deseo de la persona en mantener un contacto estable con el/la otro/a significativo/a tal que, cuando existe un vínculo de apego, en momentos de estrés, la persona tiende a buscar seguridad, protección y disponibilidad en su “figura de apego”, y la separación podría generar ansiedad y mayor nivel de estrés (Ainsworth, 1989).

Bowlby (1988) y Sroufe (1996) plantean que el vínculo de apego necesariamente implica un aspecto de “usar” a alguien con fines de seguridad y regulación ante un agente estresor.

Según Bowlby (1969), el vínculo de apego permite la organización de la persona a lo largo de toda su existencia. Esto a partir de una elaboración cada vez más avanzada

que le permite, a la persona, complejizar su sistema exploratorio en conjunto con su figura de apego. Lo que sugiere Bowlby es que, tomando en cuenta el desarrollo normativo del apego, y por tanto, el establecimiento de relaciones vinculares tempranas, se asegura la base de un desarrollo continuo a lo largo de la existencia en el dominio representacional de los modelos internos de trabajo (MIT), es decir, permite que el/la individuo/a realice un proceso de trabajo representacional en relación a sí-mismo/a y los/as otros/as, mediante la exploración, permitiendo que éste/a pueda tomar decisiones mediante un modelo mental a “pequeña escala” de los aspectos significativos de la realidad (Lecannelier, 2009).

5.3.2. Desarrollo del Apego a través del ciclo vital

Ainsworth y colaboradores (1978) mediante el Procedimiento de la Situación Extraña (SE) describen 3 tipos de apego, clasificados en: Seguro, Inseguro-Evitativo y ambivalente. A esta clasificación y en base a la SE, Main y Solomon (1991) en investigaciones posteriores, agregaron el estilo de apego Desorganizado/Desorientado.

Los estudios mencionados anteriormente de la SE, dieron cuenta de que, durante la infancia, el sistema conductual y representacional de apego se activa en situaciones de daño, estrés o peligro. En estas instancias se busca la seguridad y protección mediante la proximidad y el contacto afectivo con la figura de apego, generalmente en el padre o la madre y, por tanto, la regulación y la búsqueda de una base y refugio seguro, se encuentran en una figura significativa. Las conductas de apego llevadas a

cabo por el o la infante varían, por lo tanto, según su estilo de apego (Lecannelier, 2009).

Durante la adolescencia, la relación de apego establecida con la figura de apego en la infancia, puede ser transferida a la relación con los/as compañeros/as o pares si es que, estos/as últimos/as desempeñan funciones similares y logran satisfacer las necesidades de apoyo emocional y seguridad que fueron cubiertas por la persona significativa inicial en la infancia. Nunca se renuncia por completo al padre o madre como figura de apego, sino que cambia su lugar en la jerarquía de figuras de apego (Kobak, Rosenthal, Zajac y Madsen, 2007) (Zeifman y Hazan, 2008) (Rosenthal y Kobak, 2010). Dichas nuevas interacciones permitirán una modificación en el modelo operante interno, dando espacio a ciertas funciones que, proporcionarán una base importante como fuente de intimidad, retroalimentación acerca del comportamiento social, influencia social y relaciones sexuales y que, formarán por lo tanto una importante base en lo que respecta al apego en la adultez (Hazan, Shaver, Collins y Laursen, 1994) (Collins, Welsh, y Furman, 2004-2009) (Cassidy y Shaver, 2016).

El apego durante la adultez, implica la integración de tres sistemas conductuales, estos son: apego, cuidado y apareamiento sexual. En relación a esto, la motivación para buscar proximidad también es diferente. Si bien la ansiedad y angustia suelen ser el motor de búsqueda a todas las edades, en los/las adultos/as, la búsqueda de proximidad puede darse por el deseo de proteger, ofrecer comodidad o buscar participar en una actividad sexual. En esta etapa vital, el refugio seguro del/la adulto/a se encuentra principalmente en la pareja romántica (Hazan y Shaver, 1994).

5.3.3. Apego Romántico

Mientras que en la infancia la figura de apego suelen ser el padre y/o la madre, la figura de apego en un/a adulto/a suele ser un/a compañero/a, por lo general una pareja sexual. Según Hazan y Shaver (1994), el primer paso hacia la formación del apego en las relaciones románticas adultas es el sistema de apareamiento sexual (atracción sexual), ya que al comienzo de una relación es más importante la atracción mutua y la pasión sexual, pero para establecer una relación de apego es más importante que la pareja sirva como un refugio confiable de seguridad. La satisfacción de la relación va a depender del cumplimiento de las necesidades básicas de comodidad, cuidado y gratificación sexual mutua. (Cassidy y Shaver 2016)

Para Rosenthal y Kobak (2010) el tiempo de la relación de pareja romántica es un aspecto decisivo para que la relación se convierta en un vínculo de apego completo, pues estos vínculos tardan en establecerse. Además, este tipo de vínculo, se torna relevante en la medida que, refleja el funcionamiento de un sistema sexual y reproductivo que tiene un aspecto biológico importante para la supervivencia (Hazan y Shaver, Collins et al., 1987- 2009).

Hazan y Shaver (1994), plantearon algunas características distintivas (además de las ya mencionadas) del apego romántico en relación al apego en la infancia, éstas son: las relaciones de apego adultas son simétricas, es decir, ambas figuras reciben y proveen seguridad, cuidados y atención, en cambio, la relación en la infancia es complementaria, una figura proporciona, pero no recibe cuidados y seguridad; mientras

que los/as bebés requieren del contacto físico para sentirse seguros, los/as adultos/as pueden encontrar la seguridad en el conocimiento de que sus figuras de apego pueden ser contactadas si es necesario. Otra diferencia es la forma en la que se califica el tipo de apego en los/as adultos/as. La “Adult Attachment Interview” (AAI) (George, Kaplan y Main, 1985) es una entrevista semiestructurada que se ha considerado, como el instrumento más usado y el mejor desarrollado en cuanto a la investigación en teoría del apego. Este instrumento mide el estado mental de la persona en relación al apego. Contiene 4 escalas que permiten inferir las experiencias de los/as adultos/as con su padre y/o madre al evaluar la coherencia del estado mental actual de la persona en relación al apego, permite además delimitar el nivel de desorganización/desorientación de la coherencia narrativa y clasificar e identificar 4 patrones de apego ("devaluadores del apego", "seguro-autónomo", "irresuelto/desorganizado" y "preocupado") (Lecannelier, 2009). En este sentido, la AAI, tiene como tarea básica, activar, producir y reflexionar en cuanto a las memorias episódicas de la historia vincular temprana, buscando la coherencia narrativa de el/la adulto/a.

Por otra parte, Bartholomew y Horowitz (1991) plantean que los patrones de apego en adultos/as son particularmente importantes para la salud mental, en este sentido desarrollaron un instrumento de apego adulto, llamado Cuestionario de Relación (RQ). En dicho instrumento de autoinforme, se describen cuatro patrones de apego (ver figura 1). Estos autores ofrecen la posibilidad de obtener dos dimensiones, las cuales se miden en términos de ansiedad (miedo a ser abandonado o rechazado) y

evitación (preferencia por la distancia emocional). Los estilos de apego se categorizan en: seguro, desentendido o evitativo, preocupado y temeroso.

	(+) ----- Percepción del <i>Self</i> ----- (-) (-) ----- Ansiedad ----- (+)	
(-) ---- Percepción de los demás ---- (+) (+) ---- Evitación ---- (-)	Seguro	Preocupado
	Evitativo	Temeroso

Figura 1. Modelo de Bartholomew y Horowitz (1991).

Para Cassidy y Shaver (2016) en ambos instrumentos, las representaciones que se tienen de uno/a mismo/a y de otros/as pueden ser dicotomizadas como positivas y negativas (representaciones del modelo interno de trabajo). Los/as adultos/as con apego seguro tienen modelos positivos de sí mismos/as y de los/as demás, los/as adultos/as con apego desentendido tienen un modelo positivo de sí mismo/a y negativo de los/as demás, aquellos/as con apego preocupado tienen un modelo negativo de sí mismo/a y positivo de los/as demás, y quienes tienen apego temeroso poseen un modelo negativo de sí mismo/a y de los/as demás. (Riggs et al., 2007)

5.3.4. Estilos de apego adulto y psicopatología

La investigación ha demostrado que las personas con apego seguro tienen menos probabilidades de mostrar síntomas de perturbación emocional y es más probable que presenten estrategias eficaces de afrontamiento, como un grado saludable de autorrevelación y búsqueda de ayuda. Por su parte, los estilos de apego inseguro pueden crear una vulnerabilidad a la psicopatología debido a las estrategias inadaptadas inflexibles para interpretar e interactuar con el mundo (MIT). Mikulincer y Shaver (2007) informan que es más habitual encontrar un tipo de apego temeroso en personas diagnosticadas con depresión y ansiedad, mientras que cuando la depresión está asociada a un trastorno bipolar o esquizo-afectivo es más común un apego de tipo desentendido. El apego preocupado se ha vinculado con trastornos del estado de ánimo, síntomas de ansiedad y trastorno límite de la personalidad, entre otros y la clasificación de apego desentendido se ha relacionado con el TB, el trastorno alimentario, abuso de sustancias, entre otros (Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkison y Ross, 2007). En este sentido, Cassidy y Shaver (2016) de acuerdo a una revisión bibliográfica plantean que, la falta de proximidad en cuanto a vínculos de apego en la adultez son factores relevantes y decisivos para un estado psicológicamente óptimo.

5.4. Cognición social.

La cognición social es definida como la capacidad cognitiva para inferir los estados mentales de los/as demás en términos de pensamiento, emoción e intención, lo que hace posible predecir el comportamiento de los/as otros/as y comprender la información social del entorno (Benito, Lahera, Herrera, Muncharaz, Benito,

Fernández-Liria y Montes, 2013). Esta capacidad se conforma de 4 procesos fundamentales: codificación, almacenamiento, recuperación y aplicación de la información que se extrae de situaciones sociales (Ruiz, García y Lahera, 2011).

La cognición social incluye rutas socio-afectivas y socio-cognitivas que se sustentan en redes cerebrales independientes, sin embargo, en situaciones complejas trabajan de manera conjunta (Preckel, Kanske y Singer, 2018). Por lo tanto, el comportamiento social adaptativo es el resultado de la interacción dinámica de procesos socio-afectivos y socio-cognitivos.

Esta capacidad cognitiva se ve afectada en el TB y se ve asociado a un deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar. Dicho deterioro se manifiesta en el hecho de presentar problemas para encontrar y mantener un trabajo, realizar actividades sociales y de dispersión, además de tener dificultad para tener una relación de pareja estable (Ruiz et al., 2011). Estos déficits en la cognición se presentan generalmente durante los episodios de humor, pero también se pueden presentar durante períodos de eutimia (Kapczinski, Narvaez, Magalhães, Bücker, Peuker, Loredó y Gama, 2016). Existe evidencia de que la funcionalidad de las personas diagnosticadas con TB es distinta en los periodos de humor y en los periodos de remisión. Tohen y su equipo de investigación mostraron que el 97,5% de usuarios/as con este diagnóstico presentaron remisión de los síntomas 24 meses después del inicio del tratamiento, siendo solo un 37,6% de estas personas las que recuperaron la funcionalidad (Barrera, Vázquez, Tannenhaus, Lolich y Herbst, 2013).

Los elementos de la cognición social que se abordarán en la presente investigación son: teoría de la mente, empatía y procesamiento facial de emociones.

5.4.1. Teoría de la mente.

Uno de los elementos más estudiados de la cognición social es la llamada “teoría de la mente” (ToM por sus iniciales en inglés) que tiene su génesis en los trabajos de Premak y Woodruff (1978). Tal como ellos refieren, la teoría de la mente es la capacidad de las personas para atribuir estados mentales a sí mismos/as y a los/as demás. Estas inferencias respecto a los estados mentales son consideradas teorías, pues no se puede observar directamente dichos estados y porque las inferencias pueden ser utilizadas para hacer predicciones del comportamiento de otras personas.

De esta manera el funcionamiento de la teoría de la mente proporciona una gran variedad de información que ayuda a planificar y actuar considerando las representaciones mentales que se atribuyen a los/as demás y siendo su participación inconsciente la mayor parte del tiempo dada la naturalidad de su uso en las interacciones humanas.

Según Ruiz-Murugarren, García-Ramos y Lahera (2011) la ToM se entiende como el “núcleo de la cognición social” y recalcan la importancia de diferenciar los procesos cognitivos de los afectivos en la ToM, ya que, cada uno de ellos engloba estructuras cerebrales diferentes. Estos autores afirman que:

Una Persona puede entender los acontecimientos vitales y el contexto de una persona para inferir su estado mental; sin embargo, eso no equivale a inferir el estado emocional que esas circunstancias están provocando, proceso en el cual interviene el procesamiento emocional (p.102).

Al igual que menciona Tirapu, Pérez Erekato y Pelegrín (2007) en este punto es necesario precisar que la diferenciación entre lo cognitivo y lo emocional es una diferencia “artificial”, el primer término es utilizado para hacer referencia a los procesos propios del procesamiento de información, y el segundo refiere a aspectos afectivos y emocionales, y en cuanto a su funcionamiento, resulta bastante complejo saber con exactitud si un/a individuo/a realiza una tarea utilizando solo elementos cognitivos o afectivos de la ToM, dado que esto último dependerá de elementos tales como la historia personal, que en su desarrollo ha modulado de manera particular las conexiones sinápticas.

En este sentido se establece que, la ToM puede comprender diferentes formas de interacción, una que enfatiza componentes cognitivos y otra que enfatiza componentes afectivos, ambas formas están presentes en prácticamente todas las participaciones de la ToM en nuestro actuar, y aún no ha sido posible determinar por completo qué áreas cerebrales específicas comprenden su funcionamiento. Según las primeras investigaciones realizadas para la comprensión de estos elementos a fines de la década del noventa, la evidencia implicaría a la amígdala en el reconocimiento de expresiones faciales de emociones (Scott et al.,1997). Posteriormente Torras, Portell y Morgado (2001), descubrieron la implicación de la amígdala también en el reconocimiento de la

prosodia emocional, particularmente, de las expresiones de ira y miedo, aunque estudios posteriores no han podido recrear los resultados de este último, pero, en términos generales se puede afirmar que los estudios lesionales respecto al tema han encontrado dificultades en el reconocimiento facial de emociones como consecuencia del daño cerebral amigdalino bilateral. (Tirapu, Pérez, Erekatxo y Pelegrín, 2007)

En cuanto al funcionamiento de la ToM en personas diagnosticadas con TB se han encontrado diversos hallazgos. Wolf et al. (2010) describieron la presencia de déficits en el rendimiento de ToM en personas con este diagnóstico en periodos de depresión, manía y eutimia. Shamay-Tsoory et al. (2009) reportan un déficit general en la ToM de usuarios en eutimia, siendo dichas alteraciones más notorias en el aspecto cognitivo que en el emocional. Estos autores mencionan que la ToM cognitiva depende del funcionamiento del córtex prefrontal ventromedial, área con déficit en personas con diagnóstico de TB (Barrera, Vázquez, Tannenhaus, Lolich y Herbst, 2013). También Montag et al. (2009) en sus estudios con usuarios en eutimia reportan un pronunciado daño de la ToM cognitiva, pero no así en la ToM emocional.

5.4.2. Empatía.

La empatía es un elemento relevante en la experiencia de la emoción humana e interacción social. Una noción sobre la empatía afirma que ésta ocurre cuando la observación o la imaginación de estados afectivos en otro, indica estados compartidos en quien observa. (Vignemont y Singer, 2006; Singer y Lamm, 2009) Según Singer y Klimecki (2014) la empatía es la capacidad de compartir los sentimientos de los demás,

ésta permite predecir y comprender sus sentimientos, emociones y comportamientos (Bernhardt y Singer, 2012). De esta manera, se hace posible compartir los sentimientos positivos y negativos de quienes nos rodean, acompañando a la otra persona en sus sentires respecto a experiencias de alegría y/o de sufrimiento. Se destaca el hecho de que la persona que tiene esta capacidad reconoce que el sentimiento es de otro/a y no suyo.

Resultados de estudios de imágenes humanas centradas en la empatía por el dolor de otras personas, muestran que se han activado regiones involucradas también con la experiencia del dolor directo, particularmente en la ínsula anterior y el córtex anterior y medio. Estos descubrimientos sugieren que la empatía se basa en representaciones compartidas a partir de experiencias propias y experiencias vicarias de estados afectivos. En particular, la ínsula anterior y corteza dorsal-anterior y mediana-anterior, juegan roles centrales en respuestas vicarias en el dominio de disgusto, gustos agradables y desagradables, dolor físico y emocional, y otras emociones sociales como la vergüenza o admiración (Bernhardt y Singer, 2012). 2012). Según la neurociencia social, tanto las redes de neuronas espejo como las redes de mentalización ayudan a explicar cómo los seres humanos logran comprender acciones, intenciones, creencias o sentimientos de otros (Frith y Frith 2006; Keysers y Gazzola 2007; Cantante 2006). Según Gallese y Rizzolatti (1996), con el descubrimiento de las neuronas espejo, se logró poner de manifiesto que existen mecanismos neuronales, por medio de los cuales la observación del otro desencadenaría una “simulación encarnada” automática e inconsciente en la persona que observa. La simulación encarnada, que se define como

un mecanismo obligatorio, pre reflexivo y no consciente que se encamina a interpretar las intenciones no visibles en la conducta que otros manifiestan, constituye un mecanismo funcional fundamental para la empatía y, de forma más general, para la comprensión de la mente del otro. Sin embargo, según estudios realizados, se ha concluido que la comprensión de los propios estados emocionales podría ser un requisito previo para el entendimiento de los estados emocionales de otras personas, ya que si existe un déficit en la propia comprensión emocional resultaría más difícil entender a un otro (Bernhardt y Singer 2012).

Al igual que la Teoría de la Mente, Ruiz et al. (2011) proponen que la empatía es un proceso posible de ser dividido en dos componentes: la empatía cognitiva que es la capacidad de reconocer, comprender la perspectiva y emociones de un/a otro/a, que depende principalmente del córtex prefrontal dorsolateral, equivalente a la Teoría de la Mente; y la empatía afectiva que es la capacidad de sentir o compartir las emociones de otras personas, que depende de la amígdala y del córtex prefrontal ventromedial. Todo esto, junto a los circuitos implicados en la memoria como el hipocampo; y el cíngulo anterior y posterior, formando una red empática interconectada.

En usuarios/as con diagnóstico de bipolaridad en eutimia, se ha hallado un déficit en la empatía cognitiva y curiosamente, un aumento de la empatía afectiva. Al respecto, la disminución de la habilidad para la empatía cognitiva se relacionaría con una menor flexibilidad cognitiva.

El Grupo de Shamay-Tsoory (2010) ha enfatizado la disfunción prefrontal por sobre la de las estructuras límbicas en usuarios en eutimia, a la cual relacionan con la

“hiperempatía”, o hipersensibilidad a los estímulos emocionales. El aumento de la empatía afectiva en personas diagnosticadas con TB ya ha sido nombrado como un aparente factor psicológico positivo de esta enfermedad. Aunque, no se ha aclarado la influencia de este posible aumento de la empatía afectiva en la calidad de vida de dichas personas.

Sin embargo, los estudios que se han realizado pareciera en ocasiones arrojar resultados contradictorios, ya que existen otras investigaciones que señalan que también hay un déficit en la empatía afectiva en personas diagnosticadas con trastorno bipolar, esto se debe principalmente a que estas personas tienen menos interacciones sociales junto con pocas redes de contención social a diferencia de sujetos/as no diagnosticados/as (Depp et al., 2010). Las personas con diagnóstico suelen ser más propensas al aislamiento social, la falta de relaciones de pareja y el desempleo. Esto se debe principalmente a que estos/as individuos/as manifiestan cierto déficit en la identificación de respuestas emocionales, en el uso de redes sociales, y la integración de información del contexto al momento de comprender una situación o fenómeno.

5.4.3. Reconocimiento facial de emociones.

El reconocimiento facial de emociones es un elemento fundamental para un adecuado ajuste psicosocial (Ruiz et al., 2011). Se refiere a la capacidad de identificar formas básicas de expresión emocional, que se ven reflejadas en el rostro de las personas (Iglesias-Hoyos, del Castillo Arreola y Muñoz-Delgado, 2016). Las expresiones faciales permiten identificar las seis emociones básicas, que incluyen

enojo, disgusto, miedo, felicidad, tristeza y sorpresa. La interpretación correcta de dichas emociones permite la adaptación del comportamiento a las circunstancias de la interacción social (Gomez-Ibañez, Urrestarazu y Viteri, 2014).

Esta capacidad se sustenta en sistemas neuronales específicos que incluye, áreas prefrontales, ventromediales, áreas orbitofrontales, áreas corticales del giro fusiforme, circunvolución temporal inferior, circunvolución occipital, estructuras subcorticales como la amígdala, el hipocampo y el núcleo dorsomedial del tálamo. En particular, la amígdala cumple un rol importante pues está involucrada con el reconocimiento facial de emociones, principalmente de ciertas emociones de valencia negativa como el miedo. Este planteamiento se soporta en estudios realizados con individuos/as sanos/as, los cuales indican que el procesamiento facial de emociones se asocia con la activación de la amígdala (Rocca et al., 2009).

Se ha identificado que personas con diagnóstico de TB presentan una mayor dificultad para reconocer las emociones de sorpresa o miedo y tienden a no reconocer las expresiones de tristeza o enojo. Además, al comparar a personas con diagnóstico con grupos controles, se ha encontrado un déficit en la interpretación global de las emociones, incluso en usuarios/as que se encontraban en eutimia (Ruiz et al., 2011). Al respecto, existen resultados contradictorios en la fase de eutimia o remisión, donde no se encontraron alteraciones significativas en algunos trabajos. Situación que también ha sido nombrada por Benito et al. (2013) donde se señala que en un meta-análisis se demostró que personas en eutimia con diagnóstico de TB presentaron un déficit significativo en la teoría de la mente (ToM), con un tamaño de efecto medio-grande (d

= 0,79). Sin embargo, el déficit en el reconocimiento de la emoción facial pareció menor ($d = 0,35$) y existe controversia sobre si los usuarios con TB tienen dificultades para identificar ciertas expresiones emocionales o si presentan un déficit global.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

El presente estudio forma parte del proyecto de tesis doctoral "Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con Trastorno Bipolar tipo I en eutimia: Asociación entre trauma infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos" a cargo del Dr. Ulises Ríos.

El estudio actual es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental. Pretende identificar relaciones entre el funcionamiento de la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia y el estilo de apego romántico, considerando variables psicológicas tales como: teoría de la mente, empatía, reconocimiento facial de emociones y categorías de apego romántico.

6.2. Población y muestra

El universo de usuarios/as en estudio corresponderá a individuos/as que se encuentren ingresados/as al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) con diagnóstico de TB, y que hayan registrado al menos 1 control en prestadores de salud tanto del sistema público como del sistema privado en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. De esta forma se espera acceder a una muestra de personas con diferentes

grados de adherencia al tratamiento y heterogeneidad en cuanto a nivel socioeconómico y nivel educacional.

Sobre las condiciones de elegibilidad, los criterios de inclusión para esta investigación contemplan: ser mayor de 18 años y haber completado proceso de consentimiento informado; poseer diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I según criterios DSM IV- TR y encontrarse en eutimia (sin clínica de fases anímicas depresivas o manía/hipomanía) al momento de la evaluación. Los criterios de exclusión consideran el antecedente de patología neurológica asociada a disfunción cognitiva, antecedente de terapia electroconvulsiva durante los últimos 6 meses y consumo de drogas durante los últimos 3 meses.

El tamaño muestral se calculó en base a la menor frecuencia alélica (MFA) de los polimorfismos genéticos seleccionados, los cuales poseen la siguiente distribución: OXTR rs53576 (MFA=0.24), rs2254298 (MFA=0.20); BDNF rs6265 (MFA=0.20), COMT rs4680 (MFA= 0.36) y CACNA1C rs1006737 (MFA=0.30). Considerando un universo de aproximadamente 400 usuarios/as diagnosticadas con TB en control en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, con un nivel de confianza del 95%, se estima una muestra necesaria de 153 individuos/as.

6.3. Procedimientos

El ingreso de usuarias/os al protocolo de estudio fue mediante el análisis de base de datos de personas ingresadas al sistema de garantías explícitas en salud (GES) con diagnóstico de TB, tanto de la red de salud pública (FONASA) como privada (ISAPRES). Toda persona que haya registrado al menos un control asistencial en

modalidad ambulatoria fue invitada a ingresar al estudio e iniciar el proceso de consentimiento informado, donde recibió información pertinente al proyecto de investigación, y se constató clínicamente la autonomía para suscribir acuerdo de participación.

Completado procedimiento anterior, el/la participante fue evaluado/a por el equipo clínico de investigación para constatar diagnóstico de TBI mediante entrevista clínica estructurada (SCID -I). En la misma instancia se utilizaron escalas de impresión clínica sobre sintomatología anímica para confirmar estado de eutimia (ausencia de fases anímicas). Las escalas de sintomatología anímica que fueron utilizadas son las siguientes: “Hamilton Depression Scale-17” para sintomatología depresiva y “Young Mania Rating Scale” para sintomatología de polaridad maniaca. Ambos instrumentos fueron aplicados por médicos con formación clínica en salud mental (médico-psiquiatra o residentes de psiquiatría).

Una vez constatado el estado de eutimia, se aplicaron pruebas cognitivas para evaluación de diferentes dominios, dividiendo las tareas en funciones de cognición social (teoría de la mente , reconocimiento facial de emociones y empatía) como variable dependiente, y funciones de cognición no-social (atención y vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y resolución de problemas y funciones ejecutivas), como variables que serán consideradas en especial atención al rol mediador constatado en investigaciones previas (Van Rheeën, 2014). Las tareas fueron seleccionadas desde la evidencia generada por investigaciones tanto en el ámbito de estudios sobre trauma infantil en

usuarios/as con diagnóstico de patología psiquiátrica, como en el área específica de usuarios/as con trastorno bipolar.

6.4. Instrumentos

6.4.1. Ekman-60: test que muestra de forma aleatoria rostros con las 6 emociones básicas durante 5 segundos. El puntaje máximo está determinado por el reconocimiento de 60 imágenes, integradas por 10 rostros de cada una de las emociones básicas (felicidad, tristeza, rabia, miedo, asco y sorpresa). Dicho instrumento ha sido utilizado en personas bipolares hispanoparlantes (Martino, 2011). En el estudio existe una variación del instrumento, ya que se utilizan 35 imágenes.

6.4.2. The Awareness of Social Inference Test (TASIT): test que muestra 20 escenas grabada por actores argentinos/as, donde en cada una de ellas, se representan una de las 6 emociones básicas (enojo, miedo, sorpresa, asco, tristeza y alegría).

6.4.3. Hinting Task: test que evalúa la habilidad de inferir reales intenciones detrás de un discurso indirecto. La versión original de 10 historias ha sido utilizada en personas con diagnóstico de TB con versión modificada de 4 historias (Bora, 2005), donde los/as sujetos/as deben identificar las “verdaderas intenciones”. Si la respuesta es correcta otorga 2 puntos, en caso de necesitar información adicional para responder correctamente se otorga 1 punto. Este instrumento ha sido adaptado al español (Gil, 2012) y posee un tamaño de efecto de 0,68 entre grupos bipolares y controles (Samamé, 2013).

6.4.4. Interpersonal Reactivity Index (IRI): Cuestionario de auto reporte en su versión en español (Davis, 1980). Está formado por cuatro dimensiones independientes: a) Fantasía, que expresa la tendencia de las persona a identificarse con personajes ficticios como personajes de libros y películas; b) Toma de perspectiva, que contiene ítems que muestran la tendencia de las personas para adoptar el punto de vista de otros sujetos; c) Preocupación empática, donde se evalúan ítems relacionados con la habilidad de las personas para experimentar sentimientos de compasión y preocupación hacia otros; y d) Malestar personal, que incluye ítems que indican que los sujetos experimentan sentimientos de incomodidad y ansiedad cuando son testigos de experiencias negativas de otros/as.

6.4.5. Experiences in Close Relationships (ECR, Brennan et al. 1998; Alonso-Arbiol et al. 2007 para la versión española): Cuestionario utilizado para evaluar el apego adulto romántico. Este cuestionario de auto reporte consta de 36 ítems que evalúan las dos dimensiones del apego romántico, la ansiedad (de las relaciones), y la evitación (de la intimidad) (Obegi, Morrison y Shaver, 2004). Cada dimensión corresponde a una escala, las cuales constan de 18 ítems evaluados en una escala Likert de 7 opciones. Además de la evaluación dimensional, el ECR permite la distinción de 4 categorías de apego en el/la adulto/a: seguro, temeroso, preocupado y desentendido, que resultan de la combinación de ambas dimensiones.

El ECR fue validado para población chilena de adultos/as. Los coeficientes de confiabilidad mediante el Alpha de Cronbach para las escalas fluctuaron entre 0.82 y 0.84 en la dimensión de ansiedad y entre 0.81 y 0.84 en la dimensión de evitación,

valores considerados adecuados, pese a ser levemente inferiores a la versión original (Brennan, Clark y Shaver, 1998) y a la versión española (Alonso-Arbiol et al., 2007). El tamaño del efecto para este análisis fue medio, de acuerdo a los criterios de Cohen (1992) ($d = 0.29$), con una potencia estadística de 0.80.

7. Resultados

A continuación, se presentan los antecedentes sociodemográficos y antecedentes clínicos según los instrumentos aplicados.

7.1. Antecedentes sociodemográficos

El promedio de edad de los/as participantes fue de 47,15, concentrándose el 61,8% entre las edades de 20 y 75 años. Se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino con un 70,83%, mientras que la participación del sexo masculino fue de 29,16% (ver figura 2).

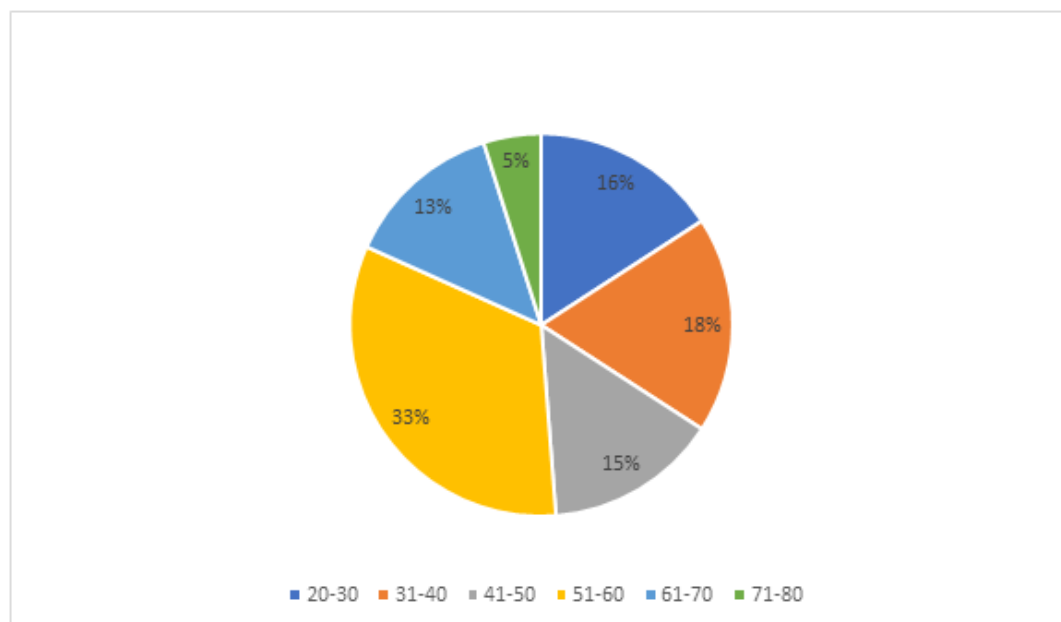


Figura 2. Distribución de la muestra según rango etario.

7.2. Antecedentes clínicos

7.2.1. Apego

7.2.1.1. ECR

El porcentaje de participantes categorizados dentro del estilo de apego inseguro fue de 76.7%. Mientras que las personas categorizadas con estilo de apego seguro fueron de 23,3%. Respecto a la dimensión ansiedad, la media fue de 57,38 ($s=21,06$), mientras que en la dimensión evitación, la media fue de 54,81 ($s=19,43$).

7.2.2. Cognición social

7.2.2.1. IRI

En relación a la subescala de toma de perspectiva (IRIPT), ésta presenta una media de 23,78 ($s= 5,23$). La media de la subescala de fantasía (IRIFS) fue 21,41 ($s= 6,81$), la media de la subescala de preocupación empática (IRIEC) fue 26,76 ($s= 4,77$) y la media de la subescala de malestar personal (IRIPD) fue 19,73 ($s= 5,73$).

7.2.2.2. Hinting Task

La media total del Hinting Task (HINTT) fue de 16,48 ($s=3,51$). En la tabla 1 se muestran las medias obtenidas en cada una de las sub-escalas:

Tabla 1.

Sub-escalas del Hinting Task

Sub-escala	\bar{x}	s
h1	1,18	0,68
h2	1,67	0,55
h3	1,81	0,47
h4	1,85	0,38
h5	1,70	0,56
h6	1,59	0,63
h7	1,89	0,37
h8	1,49	0,71
h9	1,59	0,68
h10	1,75	0,48
TOTAL	16,51	3,51

7.2.2.3. TASIT

Respecto a la media del TASIT total (TASITT) el resultado fue de 15,65 (s=2,17). En cuanto a sus subdimensiones los resultados son los siguientes: la media de

asco (TASCO) fue 2,18 ($s=0,91$). La media de enojo (TENJO) fue 3,78 ($s=0,59$). La media de miedo (TMIEDO) fue 2,980 ($s=0,901$). La media de sorpresa (TSORPRESA) fue 3,81 ($s=0,42$). La media de tristeza (TTRISTEZA) fue 2,89 ($s=0,86$).

7.2.2.4. Ekman-60

La media del test de reconocimiento facial de emociones total fue 27,11 ($s=3,55$). La media de alegría fue 4,899 ($s=0,41$). La media de sorpresa fue 4,556 ($s=0,75$). La media de neutro fue 4,646 ($s=0,675$). La media de tristeza fue 3,596 ($s=1,212$). La media de miedo fue 2,535 ($s=1,554$). La media de asco fue 2,899 ($s=1,381$). La media de enojo fue 3,980 ($s=1,160$).

7.3. Análisis relacional

7.3.1. Evaluación de la distribución normal de los datos

Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk (ver tabla 2) para evaluar la distribución normal de las variables dependientes. De acuerdo a esta prueba, valores no significativos ($>,05$) dan cuenta de que una variable se distribuye normalmente y, por lo tanto, cumple con el supuesto que permite el uso de pruebas de inferencia paramétricas.

En base a estos resultados, los valores de las escalas que miden empatía (IRI) y la escala total de reconocimiento facial de emociones (FER total), se distribuyeron normalmente, mientras que para las escalas referidas a teoría de la mente (HINTT) y reconocimiento facial de emociones (TASIT y sub-escalas de FER), los valores no se distribuyeron normalmente.

Tabla 2.

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Escalas	Sig.
Iript	,189
Irifs	,076
Iriec	,071
Iripd	,426
Hintt	,000
Tasit total	,000
Tasco	,000
Tenojo	,000
Tmiedo	,000
Tsorpresa	,000
Ttristeza	,000
Fer total	,181
Alegría	,000
sorpresa	,000
Neutro	,000
Tristeza	,000
Miedo	,000
Asco	,000
Enojo	,000

7.3.2. ECR

En relación al Experiences in Close Relationships, cuestionario que evalúa el apego adulto romántico, los datos reportados muestran un total de 23,3% de personas categorizadas con estilo de apego seguro, mientras que 76.7% de las personas fueron categorizadas con estilo de apego inseguro (ver figura 3).

En cuanto a la dimensión de ansiedad, un 46,6% presentó baja ansiedad y un 53,4% alta ansiedad (ver figura 4). Finalmente, en la dimensión de evitación un 47,7%

mostró baja evitación y un 52,3% valores sobre la media para esta variable (ver figura 5).

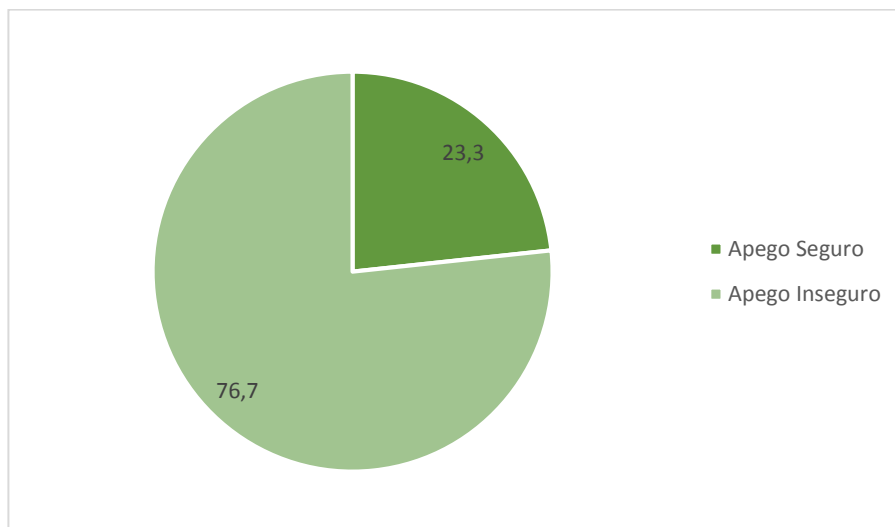


Figura 3. Distribución de frecuencia de estilos de apego.

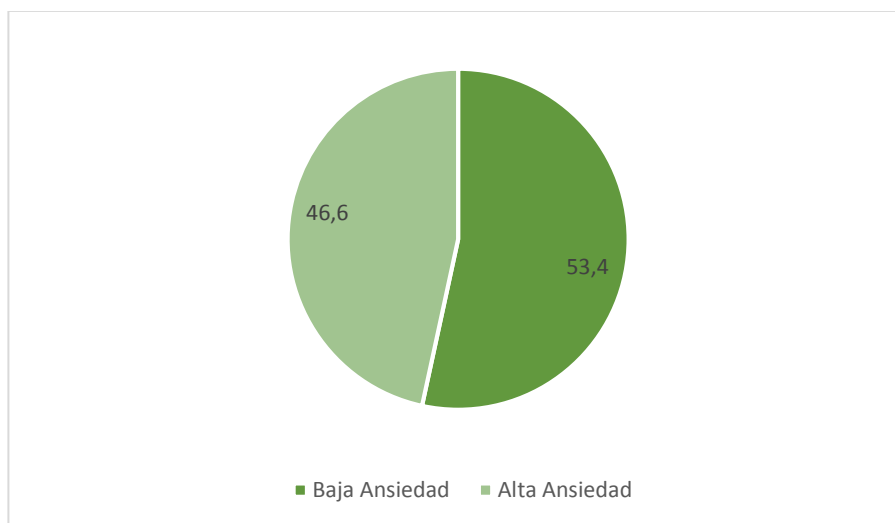


Figura 4. Distribución de frecuencia de ansiedad

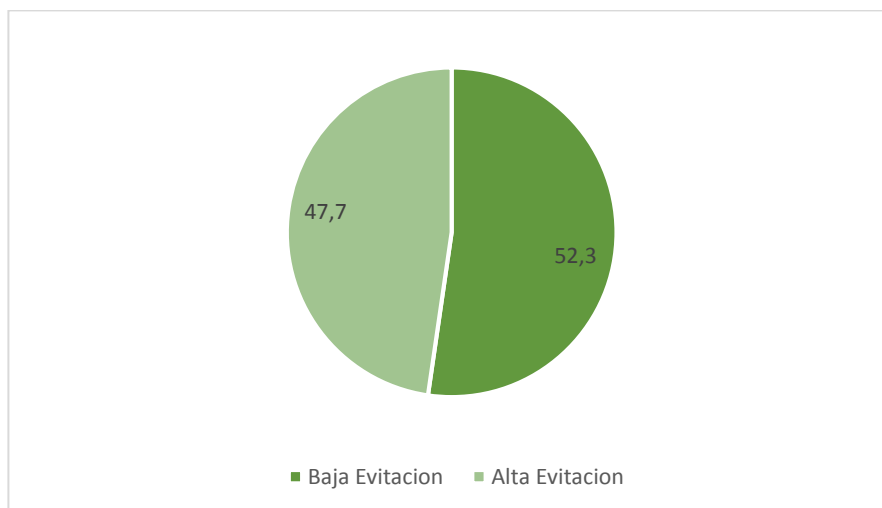


Figura 5. Distribución de frecuencia de evitación

7.3.3. IRI

Según los resultados (ver tabla 3) en la sub-escala TOMA DE PERSPECTIVA, la media obtenida en personas categorizadas con estilo de apego seguro fue de 25,565 ($s=4,032$), mientras que para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 23,048 ($s=5,296$). Al comparar los resultados se observó una diferencia estadísticamente significativa ($t=,042$). En cuanto a la sub-escala FANTASÍA, la media para participantes clasificadas con estilo de apego seguro fue de 19,609 ($s=6,006$), en cambio para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 21,438 ($s=6,898$). En la sub-escala PREOCUPACIÓN EMPÁTICA, la media para las personas agrupadas en estilo de apego seguro fue de 26,957 ($s=4,913$), en tanto la media para participantes clasificados/as con estilo de apego inseguro fue de 26,828 ($s=4,628$). Por último, en la sub-escala MALESTAR PERSONAL, se obtuvo una media de 16,435 ($s=5,026$) para participantes categorizadas con estilo de apego seguro, mientras que para

personas clasificadas con estilo de apego inseguro la media fue de 20,406 (s=5,145). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t=,002$).

Tabla 3.

Diferencias de medias en Interpersonal Reactivity Index según tipo de apego

Escala IRI	Apego	\bar{x}	s	t	Sig
IRIPT	Inseguro	23,048	5,296		
	Seguro	25,565	4,032	-2,069	,042
IRIFS	Inseguro	21,438	6,898		
	Seguro	19,609	6,006	1,126	,263
IRIEC	Inseguro	26,828	4,628		
	Seguro	26,957	4,913	-,112	,911
IRIPD	Inseguro	20,406	5,145		
	Seguro	16,435	5,026	3,194	,002

7.3.4. Hinting Task

En cuanto a los resultados de la escala de HINTT (ver tabla 4) la media obtenida en personas categorizadas con apego inseguro fue de 16,234 (s= 3,861), mientras que la media presentada en la categoría de personas con apego seguro fue de 17,000 (s=2,540). En esta variable no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4.

Diferencias de medias en Hinting Task según tipo de apego

Instrumento	Apego	\bar{x}	s	U	Sig
HINTT	Inseguro	16,234	3,862		
	Seguro	17,000	2,541	718	,861

7.3.5. Tasit

Según los datos reportados (ver tabla 5) en la escala total del TASIT, la media obtenida en personas categorizadas con estilo de apego seguro fue de 16,652 ($s=1,641$), mientras que para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 15,422 ($s=2,335$). Al comparar los valores obtenidos se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($U=,016$). En cuanto a la sub-escala ASCO, la media para participantes clasificados con estilo de apego seguro fue de 2,478 ($s=0,846$), en cambio para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 2,156 ($s=0,930$). En la sub-escala de ENOJO, la media para las personas agrupadas en estilo de apego seguro fue de 3,957 ($s=0,209$), en tanto la media para participantes clasificados con estilo de apego inseguro fue de 3,688 ($s=0,664$). En la sub-escala de MIEDO, la media fue de 3,348 ($s=0,573$) para personas categorizadas con estilo de apego seguro, mientras que para participantes agrupados en estilo de apego inseguro la media fue de 2,922 ($s=0,981$). En la sub-escala SORPRESA, la media para personas categorizadas con estilo de apego seguro fue de 3,870 ($s=0,344$), en contraste para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 3,766 ($s=0,463$). Por último, en la sub-escala TRISTEZA, se obtuvo una media de 3,00 ($s=0,853$) para participantes categorizados/as con estilo de apego seguro, mientras que para personas clasificadas con estilo de apego inseguro la media fue de 2,89 ($s=0,875$). Es preciso señalar que en las sub-escalas del TASIT no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 5.

Diferencias de medias en The awareness of social inference test según estilo de apego

Instrumento	Apego	\bar{M}	S	U	Sig
Tasit total	Inseguro	15,422	2,335		
	Seguro	16,652	1,641	489,500	,016
Tasco	Inseguro	2,156	0,930		
	Seguro	2,478	0,846	599,500	,166
Tenojo	Inseguro	3,688	0,664		
	Seguro	3,957	0,209	604,500	,054
Tmiedo	Inseguro	2,922	0,981		
	Seguro	3,348	0,573	565,000	,078
Tsorpresa	Inseguro	3,766	0,463		
	Seguro	3,870	0,344	669,500	,352
Ttristeza	Inseguro	2,89	0,875		
	Seguro	3,00	0,853	688,00	,622

7.3.6. Ekman-60

En referencia al reconocimiento facial de emociones (ver tabla 6) los datos reportados indicaron una media total de 27,565 ($s=2.676$) en personas categorizadas con estilo de apego seguro, mientras que para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 26,859 ($s=3,707$).

En cuanto a la sub-escala de ALEGRÍA, la media para participantes clasificados/as con estilo de apego seguro fue de 4,957 ($s=0,209$), en cambio para personas categorizadas con estilo de apego inseguro la media fue de 4,906 ($s=0,344$). En la sub-escala de SORPRESA, la media para las personas agrupadas en estilo de apego seguro fue de 4,739 ($s=0,449$), en tanto la media para participantes clasificados/as con estilo de apego inseguro fue de 4,391 ($s=0,789$). En la sub-escala de emoción NEUTRA, la media fue de 4,739 ($s=0,541$) para personas categorizadas con estilo de apego seguro, mientras que

para participantes agrupados/as en estilo de apego inseguro la media fue de 4,594 (s=0,729). En la sub-escala TRISTEZA, la media para personas categorizada con estilo de apego seguro fue de 3,522 (s=1,163), por su parte, la media para personas categorizadas con estilo de apego inseguro fue de 3,688 (s=1,139). En cuanto a la sub-escala MIEDO se obtuvo una media de 2,174 (s=1,527) para participantes categorizados/as con estilo de apego seguro, mientras que para personas clasificadas con estilo de apego inseguro la media fue de 2,688 (s=1,521). Según la sub-escala de ASCO, la media obtenida por los/las participantes clasificados con estilo de apego seguro fue de 3,304 (s=1,428) y por su parte, la media para las personas agrupadas en el estilo de apego inseguro fue de 2,719 (s=1,397). Por último, la sub-escala de ENOJO, refiere una media de 4,130 (s=1,058) para el grupo de participantes clasificados/as con estilo de apego seguro, mientras que la media para las personas categorizadas con estilo de apego inseguro fue de 3,875 (s=1,215).

Tabla 6.

Diferencias de medias en Ekman-60 según estilo de apego

Dimensión	Apego	\bar{X}	S	t/U	Sig
FERtotal	Inseguro	26,859	3,707		
	Seguro	27,565	2,677	-0,973	0,335
Alegría	Inseguro	4,906	0,344		
	Seguro	4,957	0,209	710	0,569
Sorpresa	Inseguro	4,391	0,789		
	Seguro	4,739	0,449	570,5	0,067
Neutro	Inseguro	4,594	0,729		
	Seguro	4,739	0,541	673,5	0,442
Tristeza	Inseguro	3,688	1,139		
	Seguro	3,522	1,163	676	0,55
Miedo	Inseguro	2,688	1,521		
	Seguro	2,174	1,527	575	0,115
Asco	Inseguro	2,719	1,397		
	Seguro	3,304	1,428	549	0,064
Enojo	Inseguro	3,875	1,215		
	Seguro	4,13	1,058	651,5	0,391

8. Discusión

El objetivo central de la presente investigación fue, determinar si existen diferencias en la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, según su estilo de apego romántico, teniendo como hipótesis, que personas con apego romántico seguro tendrían un mayor rendimiento en pruebas que evalúan cognición social.

Los resultados de la investigación indican que, solo en algunas escalas existen diferencias significativas en el funcionamiento de la cognición social de personas categorizadas con estilo de apego seguro e inseguro.

A continuación, se discutirá sobre los resultados obtenidos y su significado, en relación a lo que se conoce respecto de las investigaciones sobre el tema estudiado.

8.1. Estilo de apego seguro en población general y en población clínica.

A continuación, se comparará los resultados obtenidos en nuestra investigación en cuanto al estilo de apego respecto a la distribución de éste en otras poblaciones.

En el presente estudio la distribución de personas categorizadas con estilo de apego seguro fue de 23,3%, mientras que el 76,7% de las personas fueron categorizadas con estilo de apego inseguro.

Los resultados mencionados anteriormente se condicen con lo encontrado en otras investigaciones. Por ejemplo, en un estudio realizado en Chile el año 2015 (Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol & Baeza), se evaluó a 28 mujeres con diagnóstico de depresión (grupo experimental) y a 28 mujeres sin este diagnóstico (grupo control).

En dicho estudio se aplicó el “Cuestionario de evaluación de apego en el adulto” (Camir), resultando diferencias significativas en los estilos de apego de ambos grupos. Las personas diagnosticadas con depresión, en su mayoría presentaron estilos de apego inseguro (39,2%) e inclasificable (32,1%), mientras que las personas sin diagnóstico presentaron en su mayoría un estilo de apego seguro (85,7%).

Por otro lado, en Inglaterra el año 2009 (Morriss, Van der Gucht, Lancaster y Bentall) se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el estilo de apego en individuos/as diagnosticados/as con TB I con una muestra total de 107 participantes (34 en un episodio de tipo maníaco, 30 en el episodio depresivo mayor y 43 en eutimia) y 41 participantes en el grupo control con características similares en edad, sexo, edad de lectura y educación. Se les aplicó la Entrevista clínica Estructurada para DSM - IV, la escala de Depresión de Hamilton, Escala de Manía de Beck-Rafaelson, el Test Nacional de Lectura Adulta y el Cuestionario de Relación de Bartholomew–Horowitz (RQ). En este estudio se observó un predominio del estilo de apego inseguro con un 78% en pacientes con TB I en contraste con un 32% del grupo control.

El mismo año, Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn (2009) realizaron un estudio con una muestra de un total de 10.000 individuos/as que contempló adultos/as con sus hijos/as, sin el requisito de pertenecer a una población clínica, con la intención de predecir el apego de los/as bebés con sus padres y madres mediante la aplicación de AAI (Adult Attachment Interview). En los resultados se encontró que la mayoría de estos padres y madres estaban clasificados/as con un apego seguro con un 58%, un 23%

de los padres y madres fueron clasificados/as como inseguros-evitativos, y casi una quinta parte o el 19% como inseguros preocupados.

Al comparar los estudios se infiere que, al igual que nuestra investigación, diversos estudios hallaron una preponderancia del estilo de apego inseguro respecto al seguro en personas que han sido diagnosticadas con algún trastorno clínico, esto se torna relevante en la medida que ello nos permite ampliar la comprensión del objetivo que sigue el presente estudio al añadir información acerca de la distribución del apego en grupos controles.

Lo anterior nos permite hipotetizar que el apego seguro romántico podría actuar como un factor protector en la población clínica con algún diagnóstico. Si bien personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar I clasificadas con apego seguro tendrían un mejor funcionamiento en pruebas de cognición social que aquellos clasificados con apego inseguro, ninguno de esos grupos lograría un funcionamiento equiparable al de personas en grupos controles. Aun así, es posible proponer que el apego seguro atenuaría los efectos del TB I sobre la cognición social. Esta idea concuerda con la propuesta de Cicchetti y Rogosch (1996) y de Sroufe (1997), en cuanto al resultado del proceso de interacción entre los factores de riesgo y protectores sobre la psicopatología.

8.2. Empatía

A continuación, se comparará los resultados obtenidos en nuestra investigación en cuanto a las sub-escalas “toma de perspectiva” y “malestar personal, respecto de la evidencia existente para finalizar con un análisis de esta comparación.

En la sub-escala “toma de perspectiva”, las personas categorizadas con apego inseguro obtuvieron una puntuación menor respecto a las personas categorizadas con apego seguro.

En otras investigaciones en donde se compararon grupos experimentales con grupos controles también se encontraron diferencias significativas respecto al rendimiento en la sub-escala “toma de perspectiva”. Así por ejemplo en un estudio realizado el año 2010, Cusi, MacQueen y McKinnon, evaluaron el nivel de empatía en usuarios/as diagnosticados/as con TB tipo I y tipo II, comparados con un grupo control. En este estudio los/as con trastorno bipolar obtuvieron puntajes más bajos en la subescala “toma de perspectiva” [$F(1, 38) = 4.53, P < 0,05, \eta^2 = 0,11$]. En otro estudio (Dziobek, Rogers, Fleck, Bahnemann, Heekeren, Wolf & Convit, 2007), se evaluó el nivel de empatía presente en personas diagnosticadas con síndrome de Asperger en comparación con un grupo control. Al comparar ambos grupos resultó que el grupo experimental obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en la sub-escala “toma de perspectiva” ($t = 4,5, p < .001$).

Respecto a la sub-escala “malestar personal” en nuestra investigación, las personas con apego inseguro tuvieron una puntuación mayor que las personas categorizadas con apego seguro.

Al contrastar nuestra investigación con otras, se obtuvo un resultado similar. Estudios compararon el rendimiento de grupos experimentales con grupos controles en la sub-escala “malestar personal”, en éstos se obtuvo una diferencia significativa entre ambos grupos. Al revisar la evidencia existente, en la investigación de Cusi et al. (2010)

las personas con diagnóstico de TB obtuvieron puntajes más altos que los del grupo control [$F(1, 38) = 5.98, P < 0,05 \eta^2 = 0,14$]. Por otra parte, en el estudio de Dziobek et al. (2007), resultó que el grupo diagnosticado con síndrome de asperger obtuvo un puntaje más alto que el grupo control ($t=4,6 p < ,001$).

A partir de esta evidencia, en relación a los resultados obtenidos en estas sub-escalas hipotetizamos lo siguiente: tomando en cuenta que, por una parte la “toma de perspectiva” evalúa la tendencia a adoptar espontáneamente el punto de vista de los/as demás, y por otro lado que los factores neurobiológicos que sustentan la empatía siguen una ruta cognitiva, se cree que ésta podría verse afectada debido a la existencia de una mayor alteración en el área prefrontal dorsolateral, y específicamente en las neuronas espejo. Al respecto lo que se vería afectado, son los mecanismos neuronales que, permiten interpretar de forma pre-reflexiva e inconsciente las intenciones no visibles de la conducta que manifiesta un/a otro/a. Dicha hipótesis surge a partir de las investigaciones realizadas por Frith et al. (2006); Keysers et al. (2007); Cantante (2006) y Gallese et al. (1996).

En cuanto a la escala de “malestar personal”, los resultados se explicarían por la misma alteración en la ruta cognitiva, pero además en la ruta afectiva específicamente en la amígdala y el córtex prefrontal ventromedial, generando una “hiperempatía” o hipersensibilidad a los estímulos emocionales. Esto podría deberse a un fallo en la interconexión en las áreas mencionadas anteriormente y el circuito que involucra el hipocampo, el cíngulo anterior y posterior, y que es aquella que posibilita formar una red empática interconectada que permite la comprensión de manera global y reflexiva de

un otro/a y sus emociones o estado anímico (Ruiz et al. 2011) . De esta forma, podemos hipotetizar que, tener la capacidad de representar estados emocionales sin comprender ni cuestionar cómo o porqué se llegó a esa situación específica, puede generar esta sobre-reacción del área emocional explicando así la hiperempatía.

Tomando en cuenta que, el estilo de apego romántico seguro permite adoptar estrategias eficaces y adecuadas de afrontamiento e interpretación, proponemos el apego adulto como factor protector que permitiría que la experiencia de representar y empatizar, se lleve a cabo de forma adecuada (no por una hiperempatía o hipo-empatía), en este sentido, si la interpretación respecto al contexto se da de forma disfuncional, el apego romántico seguro podría ser un factor que potencia el rendimiento en dichas instancias. Al respecto, lo que permitiría el estilo de apego adulto seguro sería, generar instancias de menor evitación/ansiedad y por lo tanto mayor apertura a las experiencias sociales, propiciando de esta forma una adecuada comprensión cognitiva y afectiva a través de un aprendizaje experiencial y/o vicario.

8.3. Procesamiento facial de emociones

En este apartado se hará una comparación entre nuestro estudio y lo evidenciado en otras investigaciones, respecto a la escala total del TASIT.

En nuestra investigación, las personas con apego inseguro obtuvieron una puntuación menor que las personas con apego seguro. En cuanto a otras investigaciones en esta misma área, España (2013) en “Una intervención para la cognición social en el daño cerebral traumático”, realizó un estudio piloto que incluyó adultos “sanos” (grupo

control) y otro grupo de personas con daño cerebral traumático (experimental). Como resultado, el grupo control obtuvo puntajes altos en todas las sub-escalas del TASIT, mientras que el grupo experimental obtuvo bajos puntajes en relación al grupo control especialmente en las sub-escalas que evaluaron el reconocimiento facial de emociones neutras, asco y miedo.

Por otra parte, en un estudio realizado por Baez et al. (2013), se evaluó el reconocimiento facial de emociones en personas diagnosticadas con esquizofrenia, TB y un grupo control a través del TASIT. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en el desempeño entre los grupos, de tal forma que los/as usuarios/as con TB tuvieron una puntuación total más baja que el grupo control. Tanto los/as usuarios/as con TB como aquellos/as con esquizofrenia, puntuaron significativamente más bajo que los controles en el reconocimiento facial del miedo. En relación a esto, estudios de imagenología de resonancia magnética funcional han informado que las personas con síntomas maníacos y depresivos tienden a sobre-activar las regiones cerebrales en respuesta a las caras felices y tristes, respectivamente, y ambos mostraron una mayor respuesta neuronal a las caras con miedo (Baez et al., 2013).

Si tomamos en cuenta que el reconocimiento facial de emociones se compone de tres estrategias complementarias: percepción, análisis e identificación (Rodríguez, Acosta y Rodríguez Del Rosario, 2011) y que, implica procesos cognitivos y afectivos (desde la perspectiva neurobiológica del TB); hipotetizamos que el menor desempeño de las personas categorizadas con apego inseguro, podría deberse a una alteración en dichos procesos que permiten la interpretación e integración de las

estrategias mencionadas, esto podría explicarse por una posible afección en algunas de las áreas cerebrales involucradas, como el giro fusiforme, las zonas orbito-frontal, amígdala, etc. (Broche, Rodríguez y Martínez, 2014). De esta forma dicha afección incidiría en la interconexión de estas áreas, dando paso a una interpretación inadecuada del reconocimiento facial emocional.

De acuerdo a los resultados obtenidos, si comprendemos el reconocimiento facial de emociones como una capacidad innata en todos los/as seres humanos/as, se hipotetiza que de acuerdo a la interpretación de la emoción observada, la persona podría tener una conducta de evitación o ansiedad hacia un/a otro/a, en este sentido, el apego romántico cumpliría un rol importante como factor protector para un adecuado reconocimiento facial de emociones según los modelos internos de trabajo (Cassidy et al., 2016).

9. Conclusiones

A través de la presente investigación, fue posible constatar que existen diferencias en el funcionamiento de la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia, según su estilo de apego romántico.

En cuanto al nivel de teoría de la mente, no se obtuvieron diferencias significativas entre personas categorizadas con apego romántico seguro y personas categorizadas con apego romántico inseguro. Respecto al nivel de empatía, las personas con apego seguro obtuvieron un mayor rendimiento en la sub-escalas del IRI “toma de perspectiva”, mientras que en la sub-escala “malestar personal” el rendimiento fue mayor para las personas categorizadas con apego inseguro. En las otras dos sub-escalas no hubo diferencias significativas (fantasía y preocupación empática). En referencia al reconocimiento facial de emociones, las personas con apego seguro obtuvieron un mayor rendimiento en la escala total del TASIT, mientras que en el Ekman-60 no hubo diferencias significativas.

Respecto a los resultados significativos que se obtuvieron en este estudio, concluimos que, las diferencias en el funcionamiento de la cognición social (empatía y procesamiento facial de emociones) en personas diagnosticadas con TB I en eutimia, podrían deberse, desde una perspectiva neurobiológica, a una alteración tanto en la ruta cognitiva como afectiva y/o en su interconexión, esto podría implicar la existencia de un déficit a nivel global en el funcionamiento de la cognición social, pues al ser rutas que trabajan de manera conjunta, la afección de una de ellas modificaría el rendimiento de la otra, es decir, en la medida en que una situación no se representa e interpreta

adecuadamente, la emoción y la conducta que esto genere, podría ser disfuncional según el contexto en el que se dan las relaciones interpersonales. Creemos necesario mencionar que, si bien la posible alteración que estaría afectando la empatía en cuanto a la sub-escala “malestar personal”, no necesariamente obedece a un peor desempeño, incluso se habla acerca de un factor psicológico positivo en algunos casos, aun así, esto se debería a una afección biológica (Shamay-Tsoory, 2010). Al respecto no hay evidencia consistente que demuestre que la hiperempatía esté presente en todos los casos de TB y que además se asegure una mejor calidad de vida, pues se afirma que algunas personas tienen menos interacciones sociales, por lo tanto, tienen pocas redes relacionales de contención que permitan integrar a su sistema representacional una adecuada forma de interpretar el contexto y las emociones. En este sentido, cualquier afección en las rutas que permitan una mayor calidad en la cognición social en reconocimiento facial de emociones y empatía, podría generar consecuencias como, presentar mayores dificultades para encontrar trabajo, pareja estable, comprender y empatizar adecuadamente acerca de creencias, intenciones, emociones de terceros e incluso de sí mismo, etc.

Por lo tanto, una adecuada interacción social y la formación de apego romántico seguro, permitiría disminuir los efectos adversos de dicha alteración e incluso podría apartarnos de la idea de la patología como inherente a la persona, pues en este caso, la psicopatología podría ser un resultado complejo de una interacción entre factores de riesgo y protectores. Esta idea se fundamenta en las diferencias encontradas en cuanto al rendimiento de las pruebas de cognición social en personas categorizadas con apego

seguro e inseguro, donde efectivamente se encontró que aquellas personas que tenían un estilo de apego seguro, obtuvieron un rendimiento más adecuado en pruebas de reconocimiento facial de emociones y empatía. Esta información podría contribuir por lo tanto a este campo de investigación ya que, no existen muchos estudios que incluyan variables relacionales como el apego romántico en la evaluación de la cognición social de personas con el diagnóstico mencionado. Además, podría ser un aporte para el enfoque con el cual se aborda el tratamiento para dichas personas, tomando en cuenta variables relacionales, sociales y no solo biológicas. En este sentido, si se toma en cuenta el continuo entre salud mental y enfermedad mental, podríamos concluir que una persona al presentar un estilo de apego romántico seguro como factor protector, tendría como resultado un tipo de salud floreciente, esto nos permitiría comprender que, el hecho de estar diagnosticado/a con TBI en eutimia, no es sinónimo de tener una mala salud mental.

En cuanto a las limitaciones de nuestra investigación la primera dificultad fue que no pudimos acceder a la muestra tal como estuvo originalmente pronosticado, se consideraba un universo de aproximadamente 400 personas diagnosticadas con trastorno bipolar en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, donde se estimaba una muestra necesaria de 153 personas, sin embargo, en el estudio participaron solo 86 individuos. Otra limitación vinculada con lo mencionado anteriormente, se relaciona con la pérdida de datos del estudio, que generó que los datos disponibles para realizar el análisis de nuestra investigación fueran más reducidos, afectando los resultados de la investigación.

Otra dificultad que notamos, tiene relación con los instrumentos utilizados. Con respecto a las diferencias en los resultados obtenidos en el TASIT total y en el Ekman 60, hipotetizamos que las discrepancias que se dan entre ambos instrumentos se debe a las diferencias de formato de cada evaluación, dado que en el TASIT se exhiben escenas grabadas por actores y en el Ekman-60, se presentan imágenes de rostros. En este sentido, en el TASIT se presenta un mayor contexto para interpretar la expresión facial respecto al Ekman 60, pudiendo esto ser significativo a la hora de obtener resultados dispares en pruebas que evalúan el reconocimiento de emociones. Además, creemos que el menor rendimiento en la prueba total del reconocimiento facial de emociones podría deberse al carácter ficticio- actuado del TASIT, ya que las personas tienen una estructura neurocognitiva que permite la comprensión primitiva de la emoción que se está representando a través de ciertos aspectos o rasgos. De acuerdo a ello, al ser una actuación podría ser interpretado de manera no genuina por parte de quien lo ve, afectando el resultado de la prueba. Además, que los actores del TASIT no hayan sido de nacionalidad chilena podría haber influido en ello.

Respecto a las fortalezas que identificamos, podemos mencionar que, considerando la existencia de escasas investigaciones respecto a la relación entre el funcionamiento de la cognición social de personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I en eutimia y su estilo de apego romántico, nuestro estudio podría representar un aporte en esta área en particular.

Otra de las fortalezas que identificamos en nuestra investigación es que en nuestro estudio no solamente se consideran variables biológicas, sino que además

incluye variables relacionales como el apego romántico que permiten ampliar la comprensión del estudio tomando en cuenta un contexto sociocultural

Este estudio contribuye a la idea de considerar la importancia de la “Salud mental” de las personas para que ésta sea incidente al evaluar y plantear la forma de tratamiento. Según la OMS (2018) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, ello permite la realización óptima de las capacidades y afrontamiento del estrés normal de la vida, permite además trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad. Además, lo anterior es fundamental en la capacidad colectiva e individual “de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo”. En este sentido la “mala salud” estaría asociada (según la OMS) a cambios sociales, entre ellos; condiciones laborales estresantes, discriminación de género, exclusión social, riesgo de violencia y a las violaciones de los derechos humanos. Por lo tanto, es de vital importancia saber y considerar el estado de salud mental de las personas con bipolaridad tipo I en eutimia, debido a que ello se relaciona directamente con sus capacidades de cognición social y el cómo éstos se insertan en la sociedad que bien podría excluirlos o incluirlos en las dinámicas sociales.

Teniendo en consideración las proyecciones de nuestro estudio, consideramos relevante extender la investigación en diferentes áreas, considerando que se necesita una muestra más amplia y representativa que incluya un grupo control y que además

integre en el análisis la variable sexo, ello permitiría obtener información contextualizada en relación a la realidad del país.

Creemos que podría ser enriquecedor para estudios futuros, agregar al marco metodológico investigación cualitativa que permita ampliar la comprensión de la afección de la cognición social en personas diagnosticadas con trastorno de bipolaridad tipo 1 en eutimia, involucrando la variable apego desde la infancia a la adultez, esto con la intención de comprender si el mejor rendimiento en las pruebas de cognición social y por ende una representación de la realidad más adecuada- desde lo cualitativo- se debe solamente al apego romántico o al apego como un continuo. En este sentido, nuestra conclusión acerca de la explicación acerca de la afección neurobiológica podría enriquecerse al investigar acerca de la influencia de factores psicosociales que interactúan en el tiempo, específicamente del apego en la infancia, en cuanto a su papel fundamental en la calidad representacional de los modelos internos de las personas a lo largo de su vida.

10. Referencias

- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E., & Gimeno, A. (2018). Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry research*, 261, 338-343.
- Ayala, A. E. G. (2008). Enfermedad bipolar: Clínica y etiopatogenia. *Offarm: farmacia y sociedad*, 27(6), 68-74.
- Baez, S., Herrera, E., Villarin, L., Theil, D., Gonzalez-Gadea, M. L., Gomez, P., ... & Matthäus, F. (2013). Contextual social cognition impairments in schizophrenia and bipolar disorder. *PloS one*, 8(3), e57664.
- Barrera, Á., Vázquez, G., Tannenhaus, L., Lolich, M., & Herbst, L. (2013). Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(2), 67-74.
- 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(2), 226.

- Benito, A., Lahera, G., Herrera, S., Muncharaz, R., Benito, G., Fernández-Liria, A., & Montes, J. M. (2013). Deficits in recognition, identification, and discrimination of facial emotions in patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 435-438.
- Blanco, Mercedes, (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 5, núm. 8, pp. 5-31.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Cassidy, J. y Shaver, P.R (2016). *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications*. New York. London. The Guilford Press
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8, 597-600.
- Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Changing relationships, changing youth: Interpersonal Contexts of adolescent development. *Journal of Early Adolescence*, 24(1), 55–62.
- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 631–652.

- Coulombe S, Radziszewski S, Meunier S, Provencher H, Hudon C, Roberge P, Provencher MD and Houle J (2016) Profiles of Recovery from Mood and Anxiety Disorders: A Person-Centered Exploration of People's Engagement in Self-Management. *Front. Psychol.* 7:584.
- Cusi, A., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2010). Altered self-report of empathic responding in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 178(2), 354-358.
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., McKinnon, M. C., (2012). Patients with bipolar disorder show impaired performance on complex tests of social cognition *Psychiatry Research*, Vol. 200, pp. 258–264.
- De Haas, M. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (1994). The Adult Attachment Interview and questionnaires for attachment style, temperament, and memories of parental behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 155(4), 471-486.
- Depp, C. A., Mausbach, B. T., Harvey, P. D., Bowie, C. R., Wolyniec, P. S., Thornquist, M. H., Luke, J. R., McGrath, J. A., Pulver, A. E. y Patterson, T. L. (2012). Social competence and observer-rated social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, Vol. 12, pp. 843–850.

- Døssing, M., Nilsson, K. K., Svejstrup, S. R., Sørensen, V. V., Straarup, K. N., & Hansen, T. B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry, 60*, 53-58.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T., & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of autism and developmental disorders, 38*(3), 464-473.
- Esch, T., & Stefano, G. B. (2007). The neurobiology of love. *Activitas Nervosa Superior, 49*(1-2), 1-18.
- Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. 2008. Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*. Vol. 24, N.º 2 (diciembre), 284-298
- Frith CD, Frith U. 2006. The neural basis of mentalizing. *Neuron 50*:531-34
- Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M. P., Vitriol, V., & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia psicológica, 33*(3), 285-295
- Greenberg, S. (2014). *Attachment Style, Perceived Life Events, and Psychological Well-Being in Adults Coping with Bipolar Disorder: A Longitudinal Study* (Doctoral dissertation, Bowling Green State University).

- Góngora, V. C., & Solano, A. C. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology*, 8, 303- 318.
- Gomez-Ibañez, A., Urrestarazu, E., & Viteri, C. (2014). Recognition of facial emotions and identity in patients with mesial temporal lobe and idiopathic generalized epilepsy: an eye-tracking study. *Seizure*, 23(10), 892-898.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 151–177). London: Jessica Kingsley.
- Iglesias-Hoyos, S., del Castillo Arreola, A., & Muñoz-Delgado, J. I. (2016). Reconocimiento facial de expresión emocional: diferencias por licenciaturas. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2494-2499.
- Janet Z. Giele, G. H. E. (1998). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*
- Kapczinski, N. S., Narvaez, J. C., Magalhães, P. V., Bücker, J., Peuker, A. C., Loredó, A. C., ... & Gama, C. S. (2016). Cognition and functioning in bipolar depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(3), 201-206.

- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005; 73:539–548.
- Keyesers C, Gazzola V. 2007. Integrating simulation and theory of mind: from self to social cognition. *Trends Cogn. Sci.* 11:194–96.
- Kobak, R., Rosenthal, N., Zajac, K., & Madsen, S. (2007). Adolescent attachment hierarchies and the search for an adult pair bond. *New Directions in Child and Adolescent Development*, 117, 57–72.
- Kuh, D., Ben-Shlomo B., (2004, 2nd ed.). *A life course approach to chronic disease epidemiology*, New York, Oxford University Press (1st ed., 1997).
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubjetividade: Segunda parte, la teoría del apego- Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago, Chile: LOM ediciones.
- Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40(5).
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as desorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M.

Greenberg, D. Cichetti y E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp.121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Marian J. Bakermans-Kranenburg & Marinus H. van IJzendoorn (2009) The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups, *Attachment & Human Development*, 11:3, 223-263, DOI: 10.1080/14616730902814762

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). A behavioral systems perspective on the psychodynamics of attachment and sexuality. In D. Diamond, S. J. Blatt, & J. D. Lichtenberg (Eds.), *Attachment and sexuality* (pp.51–78). New York: Analytic Press.

Mikulincer, M., Shaver, P.R., (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Guilford, New York.

Ministerio de Salud. (2015). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

- Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, Dziobek I, Heekeren HR, Heinz A, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord.* 2009; 123:264--9.
- Moya-Albiol L, Herrero N, Bernal M. 2010. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol;* 50: 89-100
- Organización Mundial de la Salud. (2004) Promover la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica (Informe resumido). Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Preckel, K., Kanske, P., & Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 19*, 1-6.
- Richard K. Morris, Emma Van der Gucht, Gillian Lancaster, Richard P Benta (2009), Adult attachment in bipolar 1 disorder, Volume 82, Issue 3, September, Pages 267-277
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Selfreported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology, 19*, 263–291.

- Rosenthal, N., & Kobak, R. R. (2010). Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 678–706.
- Rocca, C., Heuvel, E., Caetano, S. & Lafer, B. (2009). Facial emotion recognition in bipolar disorder: a critical review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 31(2), 171-180.
- Ruiz-Murugarren, García-Ramos & Lahera (2011). Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1).
- Shamay-Tsoory, S., Harari, H., Szepeswol, O., & Levkovitz, Y. (2009). Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(1), 59-67.
- Singer T, Bernhardt B. (2012). The neural basis of empathy. *Annu. Rev. Neurosci.* 35:1–23
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878.
- Singer T, Lamm C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1156:81–96

- Sroufe, A.L. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and psychopathology*, 9(2), 251-268.
- Scott, S. K., Young, A. W., Calder, A. J., Hellawell, D. J., Aggleton, J. P., & Johnsons, M. (1997). Impaired auditory recognition of fear and anger following bilateral amygdala lesions. *Nature*, 385(6613), 254.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de neurología*, 44(8), 479-489.
- Torras M, Portell I, Morgado I. (2001). The amigdaloid body: functional implications. *Rev Neurol*; 33: 471-6.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2010). The Two Continua Model Across the Lifespan, *Journal of Adult Development, Mental Illness and Mental Health*: Volume 17: 110
- Wolf F, Brüne M, Assion HJ. (2010). Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.*;12:657---66
- Zeifman, D., & Hazan, C. (1997). A process model of adult attachment formation. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (2nd ed., pp. 179–195). Chichester, UK: Wiley.