



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCELA DE PSICOLOGIA

Estilos de Apego Adultoen
Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I.

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ MUÑOZ
ANDRÉS JOAQUÍN SEBALLOS VERGARA

Profesor Guía: Paula Solervicens Silvia

Seminario de Título, Estudio exploratorio, cualitativo con uso de herramienta
cuantitativa presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de
Valparaíso para optar al grado académico Licenciado Psicología

Marzo, 2014
VALPARAÍSO, CHILE



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Estilos de Apego Adulto en
Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I.**

**MARÍA JOSÉ NÚÑEZ MUÑOZ
ANDRÉS JOAQUÍN SEBALLOS VERGARA**

Profesor Guía: Paula Solervicens.

Seminario de Título, Estudio exploratorio, cualitativo con uso de herramienta
cuantitativa presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de
Valparaíso para optar al grado académico Licenciado Psicología

I. DEDICATORIA

*A mi familia por su sobrecarga de cariño,
A mi padre por su pujante presencia,
A mi madre por su constricción cariñosa,
A mis hermanos por su alegría inagotable,
A mis amigos que se volvieron hermanos.*

Andrés

*A mi familia, por todo su apoyo y cariño,
A mis amigos por su incondicionalidad y apoyo,
A Andrés, por ser el amigo/hermano de la vida y por creer en mí,
Y por sobre todo, a mi hija Francisca, quien a su cortísima edad, me ha acompañado en la realización de este trabajo, en la finalización de una gran etapa universitaria y me ha enseñado como es el amor verdadero, alegrando mi mundo cada día con su sonrisa.*

María José

II. AGRADECIMIENTOS

Este trabajo contó con un extenso grupo de apoyo, tanto en lo técnico como en lo netamente afectivo. Primero agradecer a todo el equipo de la Unidad de Trastornos Afectivos del Hospital Del Salvador, Valparaíso, un equipo que incluye enfermeros y enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, que nos han enseñado el valor de saber conversar con otras disciplinas.

En lo afectivo agradecer a María José incluida toda su familia, además de la pequeña Fran la cual nos marcó los tiempos de trabajo además de inyectar pulsiones de vida incansables. Agradecer también a amigos como Franco, Thamara, Juan, Luis Alejandro, Panchito, Jaime, Constanza, Walter, Camilo, Javier, por estar no sólo en lo técnico sino que supieron hacer los comentarios, lecturas y acuciosas observaciones al trabajo que se esculpió día a día.

Finalmente decir, que no hay trabajo que llegue tan lejos sin un poco de amor o de apego seguro, agradecer por esto a los mismos pacientes del Hospital Del Salvador, Valparaíso, los cuales entregaron en sus relatos, miradas e intercambios una serie de experiencias que enriquecieron parte de este escrito pero dejaron una huella indeleble en nosotros como personas, marcaron lo que probablemente será nuestra vida profesional y nos han enseñado el valor de saber escuchar y seguir adelante.

III. INDICE

V. INTRODUCCIÓN	Pág. 1
VI. CAPITULO 1: ANTECEDENTES TEÓRICOS	Pág. 4
6.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL APEGO	Pág. 5
6.2 APEGO	Pág. 5
<i>6.2.1 El rol de las figuras de apego en el desarrollo del self.</i>	Pág. 8
<i>6.2.2 Patricia Crittenden y Psicopatología</i>	Pág. 9
<i>6.2.3 Organizaciones auto-protectoras de la conducta</i>	Pág. 12
<i>6.2.4 Distorsión Mental de Afecto y Cognición</i>	Pág. 12
<i>6.2.5 Apego como predictor de Intervención Psicoterapéutica</i>	Pág. 14
<i>6.2.6 Patrones de psicopatología A/C</i>	Pág. 15
6.3 APEGO ADULTO	Pág. 16
6.4 OPERACIONALIZACIÓN DEL APEGO	Pág. 21
6.5 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR TIPO I	Pág. 22
6.6 ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Pág. 28
6.7 HOSPITAL EL SALVADOR, VALPARAÍSO	Pág. 31
VII. CAPITULO 2: METODOLOGÍA	Pág. 33
7.1 OBJETIVOS	Pág. 34
7.2 HIPÓTESIS	Pág. 35
7.3 METODOLOGÍA	Pág. 36
<i>7.3.1 Tipo de estudio</i>	Pág. 36
<i>7.3.2 Muestra y Unidad de análisis</i>	Pág. 36
<i>7.3.3 Criterios de inclusión y de exclusión</i>	Pág. 41
7.4 PROCEDIMIENTO	Pág. 42

VIII. CAPITULO 3: INSTRUMENTO	Pág. 43
8.1 CaMir (<i>Cartes Modéles Individuels de Relation</i>)	Pág. 44
8.1.1. <i>Aplicación Del Instrumento</i>	Pág. 47
8.1.1.1. <i>Aplicación</i>	Pág. 47
8.1.1.2. <i>Consigna a los participantes</i>	Pág. 48
8.1.1.3. <i>Tiempo</i>	Pág. 50
8.1.1.4. <i>Otras aplicaciones</i>	Pág.51
8.1.1.5. <i>Tabulación</i>	Pág. 51
8.1.1.6. <i>Cálculo e interpretación de puntajes según norma Chilena</i>	Pág. 52
IX. CAPITULO 4: RESULTADOS	Pág. 56
9.1 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADOS	Pág. 57
9.2 RESULTADOS	Pág. 58
9.2.1 <i>Adherencia Terapéutica</i>	Pág. 58
9.2.2 <i>Prototipos de Apego Adulto</i>	Pág.62
9.2.3 <i>Adherencia Terapéutica y Prototipo de Apego Adulto</i>	Pág.69
9.3 CONCLUSIONES	Pág. 71
9.4 DISCUSIÓN	Pág. 74
X. REFERENCIAS	Pág. 78
XI. ANEXOS	Pág. 81
11.1 Anexo N° 1: <i>Afirmaciones CaMir</i>	Pág. 81
11.2 Anexo N° 2: <i>Tabla Resumen de datos encontrados</i>	Pág. 85

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: <i>Distribución de los Grupos de Adherencia Terapéutica</i>	Pág.39
Tabla N° 2: <i>Relación de las Dimensiones CaMir</i>	Pág. 45
Tabla N° 3: <i>Dimensiones CaMir</i>	Pág.46
Tabla N° 4: <i>Resultados Adherencia Terapéutica</i>	Pág.54
Tabla N° 5: <i>Resultados Prototipos de Apego Adulto</i>	Pág.59
Tabla N° 6: <i>Resultados Dimensiones CaMir</i>	Pág. 63
Tabla N° 7: <i>Adherencia Terapéutica y Prototipo de Apego Adulto</i>	Pág.65

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: <i>Distribución de Estrategias de Apego (Crittenden, 1997)</i>	Pág. 14
Figura N° 2: <i>Resultados Adherencia Terapéutica</i>	Pág.59
Figura N° 3: <i>Asistencia</i>	Pág. 60
Figura N° 4: <i>Niveles Plasmáticos</i>	Pág. 61
Figura N° 5: <i>Indicaciones Terapéuticas</i>	Pág. 62
Figura N° 6: <i>Prototipo de Apego Adulto</i>	Pág.63
Figura N° 7: <i>Resultados Dimensiones CaMir</i>	Pág. 66
Figura N° 8: <i>Resultado Adherencia Terapéutica y Prototipo de Apego Adulto</i>	Pág.69

IV. RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir la relación existente entre los prototipos de Apego y la Adherencia terapéutica de un grupo de 18 personas con el Diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I de la unidad de Trastornos Afectivos del Hospital del Salvador de Playa Ancha, Valparaíso. Para esto se utilizó la Encuesta de Evaluación CaMir (Pierrehumbert et al., 1996) para conocer los prototipos de Apego y se elaboró el constructo de Adherencia Terapéutica a través de tres factores (Niveles plasmáticos, asistencia, indicaciones terapéuticas), de esta forma se llegó a la conclusión de que el prototipo era ligeramente influyente sobre la adherencia terapéutica (33% de los casos), aunque es necesario evaluar otros factores para llegar a resultados más concluyentes.

ABSTRACT

This Study was designed to describe the relationship between the prototypes of Attachment and the Adherence to Medical Treatment in a group of 18 persons with Bipolar Disorder. The subjects of the study are members of the Affective Disorder Unit from El Salvador Hospital in Playa Ancha, Valparaíso. For the measure of the attachment it use the CaMir (Cartes, Modèles Individuels de Relation) and for the adherence to medical treatment it build a construct with three dimensions (plasmatic levels, asistence and the following of the medical indications). The result indicates that the 33% of the sample met the anxious prototipe and has therapeutic adherence but it need to check other factors to arrive to more conclusive results.

V. INTRODUCCIÓN

Socialmente, tanto el Apego Adulto como el Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, son conceptos de amplio desarrollo teórico e investigativo, pero que a su vez, ocupan un lugar muy común en el acontecer científico y popular. La revisión actual, busca dilucidar parte de estos usos habituales de las palabras y darles un adecuado contenido, dando luces de la presencia de estos conceptos en los sujetos diagnosticados con esta Psicopatología.

El problema a investigar se refiere a conocer si existe relación entre los prototipo de Apego Adulto de estos pacientes con su Adherencia Terapéutica, y cuáles son las características principales que se pueden observar los sujetos.

Es por esto que el objetivo general de este seminario es describir el Apego Adulto de personas con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I y la relación con la adherencia terapéutica, a través de la aplicación del instrumento de evaluación CaMir, en pacientes del Hospital Del Salvador, Valparaíso.

Las variables utilizadas en este estudio, son el Apego Adulto y la Adherencia Terapéutica. Este último constructo, desarrollado a partir de indicadores (Asistencia, Niveles Plasmáticos e Indicaciones Médicas. Así, se observa tanto la relación entre ambas variables, como la relevancia del Apego Adulto en la promoción, prevención e intervención terapéutica para el abordaje de enfermedades y trastornos mentales.

Los trastornos del estado del ánimo han manifestado una creciente prevalencia en Chile, lo cual despierta un potente interés científico tanto para entenderlos, como para comprenderlos y tratarlos. De esta forma, también se busca establecer parte de la causalidad personológica o psicológica que explique algunas dimensiones de su origen.

Es así como -rescatando nociones desde el estudio del ciclo vital- se recoge al Apego como un constructo que permite ampliar la perspectiva de estos estudios y así conocer mejor algunos de estos fenómenos. Estos esfuerzos se enmarcan en la realidad de Playa Ancha en Valparaíso, en el Hospital el Salvador, en su reciente unidad enfocada a trastornos afectivos. Aquí se facilitó la posibilidad de trabajar con pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, la cual posee un curso biológico más definido que sus pares nosológicos evidenciando de manera más explícita las relaciones que se fueron encontrando en este estudio. El concepto teórico propuesto por John Bolwby(muy en los albores de los años 80) ha sido motivo de diversos debates en cuanto al ciclo vital, el desarrollo de la identidad, las relaciones humanas, entre otros temas, invitando a revisar postulados desde el psicoanálisis más clásico hasta las propuestas más posmodernas en la actualidad, avivando una discusión que al parecer tiene mucho camino por recorrer en investigaciones futuras. El desarrollo de la psicopatología es la otra cara que se revisa, ¿Son las relaciones de Apego las que nos acercan o alejan de la Salud Mental? Probablemente, podamos catalizar (y es lo que buscamos) algunas de estas interrogantes.

El enfoque utilizado en el tratamiento de las psicopatologías de corte psiquiátrico es un enfoque comunitario, sin embargo, por lo general, se realiza desde la sintomatología, buscando la nosología y la remisión parcial y total de los síntomas de cada cuadro diagnosticado. Al proponer un enfoque desde el Apego, se puede cambiar parte de esta noción, entendiendo desde el ciclo vital las diferentes enfermedades y psicopatologías, permitiendo al mismo tiempo individualizar y profundizar mucho más en lo relativo a cada paciente. Este seminario representa un primer acercamiento respondiendo a la pregunta de si el apego tiene o no relación con la adherencia terapéutica de los usuarios en un sistema de acceso público.

Este estudio es de carácter cualitativo con uso de una herramienta cuantitativa, con la ayuda de la encuesta de evaluación CaMir, que permite resolver parcialmente el

debate de larga data en cuanto a la forma adecuada de estudiar el Apego (Entre lo categorial y lo dimensional), se opta por una metodología mixta de estudio que permite mayor acuciosidad en el establecimiento de los "prototipos" de Apego. Herramienta que también resuelve el problema de medición de este constructo en participantes bajo tratamiento psiquiátrico.

A nivel de contenidos se abarcan temáticas referentes al apego, apego adulto, adherencia terapéutica, operacionalización del Apego, psicopatología desde el apego, explicación de la prueba CaMir y detalles que surgen luego de la toma de datos para la muestra de este seminario. Por otro lado, se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados y finalmente, se presentan las respectivas conclusiones y discusión que se extraen de la experiencia de este seminario.

VI. CAPITULO 1

ANTECEDENTES TEÓRICOS

6.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL APEGO

6.2 APEGO

La teoría del Apego, tiene como precursor a John Bowlby, Psiquiatra y Psicoanalista, cuyo trabajo se destacó en la clínica infantil, enfatizando la relevancia de los vínculos afectivos sólidos en el ser humano (Bowlby, 1986)

En esta línea, Bowlby (1986) plantea que el comportamiento de apego es todo aquel que permite a la persona conseguir o mantener proximidad con un otro diferenciado y generalmente considerado más fuerte y/o sabio. Así, la experiencia del niño con sus padres, tiene un rol preponderante en la capacidad posterior del niño en el plano relacional y el establecimiento de vínculos afectivos, proporcionando en ellos, una base segura para la motivación a la experiencia de explorar el mundo que los rodea.

En este sentido, podemos definir el vínculo de apego como un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y endocrina (Bowlby, 1989). Las conductas de apego se van elicitando o sofisticando en la medida que mejora el nivel de comunicación entre un cuidador y su lactante (en el caso de los primeros vínculos), a estadios de desarrollo posteriores estos actúan como “WorkingModels” (Estructuras cognitivas) en las relaciones afectivas. Por otro lado, estas conductas permiten establecer relaciones significativas entre cuidadores y niños, y entre los adultos, y surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, a las cuales Bowlby (1995) definió como pautas o estilos de Apego, que en el caso de los Adultos reciben el nombre de *Modelos*

Operativos Internos (MOI) o Mapas Representacionales de las relaciones. Estos modelos dirigen las respuestas afectivas y conductuales con las que los adultos responden a los requerimientos de los niños a su cargo y con los que fueron formados, en gran parte, durante su misma infancia. Esto quiere decir que, de acuerdo al modo en que estos cuidadores fueron tratados cuando niños, se han desarrollado sus propios modelos representacionales, con los que en la adultez se relacionan y establecen vínculos con los otros. Si bien es cierto que estos modelos tienen una alta estabilidad durante la vida de la persona, están sujetos a modificaciones durante el curso de su desarrollo por ejemplo, gracias a una relación de pareja satisfactoria o la experiencia de la maternidad (Bretherton, 1995), así como la participación de terceras personas (como terapeutas o instancias terapéuticas) en intervenciones para la reelaboración de experiencias en el adulto (Garrido, 2013)

Todas las conductas del sistema de apego se organizan alrededor de las representaciones mentales de la relación o Modelos Operantes Internos (MOI), por las cuales se definen las reglas de interacción entre dos participantes, incluyendo conductas, sentimientos y pensamientos (Pinedo, Santelices, 2006; Berman & Sperling, 1994). Este concepto explica que a partir de las experiencias reales de interacción se construye un modelo interno que incluye expectativas, creencias y emociones asociadas a la disponibilidad y la respuesta de la figura de apego y sobre la capacidad de uno mismo para promover y mantener la relación afectiva (Ortiz, Gómez, Apodaca, 2002). Es así, como los MOI son útiles en la planificación y percepción de las relaciones del ser humano, permitiendo a un individuo anticipar y planificar la concatenación de acciones de un otro relacional (Berman & Sperling, 1994).

“La presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo y de la figura o las figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a

lo largo de la vida” (Bowlby, 1995). He aquí la importancia de esta relación temprana con los padres para explicar la presencia de ciertas patologías en la vida adulta.

De esta forma, el Apego se define como la tendencia de las personas a desarrollar lazos afectivos significativos por parte de los bebés hacia sus cuidadores principales. Esta tendencia natural e inicial en la vida se va traduciendo en las conductas que van desarrollando los niños para conseguir proximidad de las figuras de apego, ya sea en momentos de dificultad, miedo o ansiedad. Permiten la autoconservación y la supervivencia del infante. Estas formas de comportamiento surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, denominadas “estilos de apego”, que posteriormente en el adulto se les ha llamado "Modelos Operativos Internos" de las interrelaciones (Bowlby, 1969)

Por otro lado, Pierrehumbert (1996) propone dos estrategias de apego. En primer lugar, la estrategia primaria en la que las figuras de apego aparecen como sujetos accesibles frente a las necesidades del niño, respondiendo a sus necesidades o demandas coherentemente; este es un modelo equilibrado de activación y desactivación de emociones, en el que el sujeto se enfrenta a la separación de su figura de apego, teniendo libre acceso a la información, esto le permite identificar la fuente de ansiedad y buscar consuelo en otros. De esta manera, desactiva la ansiedad, enfrenta la separación manteniendo un estilo de apego seguro.

La segunda estrategia, plantea que el niño puede prever que las figuras de apego, no responderán a sus demandas, manteniéndose insensibles o que las respuestas serán inadecuadas. En este caso, el niño tiene dos posibles opciones: Mantenerse en estado de no activación de las conductas de apego evitando el potencial rechazo (estilo inseguro evitativo o rechazante) o activar con mayor potencia las conductas de apego, con el propósito de que el adulto responda a dichas demandas (estilo inseguro ambivalente o preocupado) (Garrido, 2013).

6.2.1 El rol de las figuras de apego en el desarrollo del self.

Estar seguros, como opuesto a estar en peligro, ofrece claras ventajas en términos de reducir el arousal y, de esta manera, de reducir la respuesta precipitada. Sentirse seguro, como condición subjetiva, tiene el mismo efecto. Además, así como existen estímulos que elicitán ansiedad, existen estímulos que elicitán sentimientos de confort y seguridad. Los sonidos y movimientos rítmicos, toques suaves, calor y estar con otras personas, elicitán sentimientos de confort. Por ejemplo, la presencia de un otro diferenciado, hace que el sujeto se sienta menos ansioso, incrementando el sentimiento de seguridad. Es así como las otras personas, son la mejor fuente de estímulos de confort. En este mismo sentido, existe una gama de personas disponibles de las que el sujeto tiene preferencia, por ejemplo, tendencias a buscar cercanía con personas más sabias, más fuertes y más experimentadas, así como también, personas que compartan la búsqueda del bienestar personal. En otras palabras, uno prefiere una figura de apego (Crittenden, 1997).

En resumen, si un sujeto tiene una figura de apego protectora, se incrementa la seguridad y reduce el arousal. Por lo tanto, la disponibilidad de una figura de apego protectora incrementa la probabilidad de que habrá tiempo para un completo procesamiento de información cortical, compuesta por la búsqueda de la real cognición y emoción, característico del patrón de apego seguro.

Esto sugiere una interacción entre el peligro y la disponibilidad de las figuras de apego. Cuando los medioambientes (núcleo familiar, contexto educacional, contexto social, etc.) son uniformemente seguros, no existe complejidad de la relación self-entorno para ser modelada. Por el contrario, cuando los medioambientes son excesivamente peligrosos (para la habilidad de responder del niño), no existe tiempo para la complejidad. De esta manera, puede ser que desafiar la amenaza, la que es posible de enfrentar, sea modulada por las figuras de apego protectoras, las que crean las

condiciones que maximizan la habilidad de los humanos para generar modelos self-entorno que reflejen por un lado la complejidad, como también promuevan la seguridad bajo variadas condiciones. Cabe destacar que no todos los cuidadores son protectores. Los que están predeciblemente en peligro, pero afectivamente distantes, les enseñan a los niños a depender predominantemente de su self procedural. Los que son impredecibles, pero afectivamente intensos, les enseñan a los niños a confiar predominantemente en su self imaginado (Crittenden, 1997).

Crittenden (1997), plantea tres condiciones que generan un tipo de prototipo de Apego específico:

- 1) Seguridad con predecibilidad y afecto moderado (Apego Seguro)
- 2) Peligro con predecibilidad y poco afecto (Apego Evitativo)
- 3) Peligro con inconsistencia e intenso afecto (Apego Preocupado)

Por otro lado, postular el rol de protección y reproducción en la conducta organizada del humano, permite a los teóricos del apego interpretar la conducta psicopatológica como intentos desadaptativos para proteger al self o de encontrar una pareja reproductiva.

6.2.2 Patricia Crittenden y Psicopatología

Patricia Crittenden desarrolla un sistema que describe los patrones que percibe el niño, del vínculo generado con su figura significativa de Apego. Desde aquí se tipifican los niños en cuanto a sus estrategias de búsqueda de atención, de alimentación, de protección, resultando en una clasificación graficada (Crittenden, 1997).

En conexión con la psicopatología, Crittenden es enfática en presentar ciertas limitaciones en el programa de investigación como causa única del desarrollo de cualquier anomalía en el ciclo vital de un individuo particular, así como también menciona parte de sus ventajas.

En este sentido, los patrones de apego se usan para definir cuatro patrones de funcionamiento mental: A, B, C y A/C. Repetidos períodos de cambios y reintegraciones de las experiencias de vida, pueden llevar a variaciones no lineales en las vías de desarrollo. Una de las ventajas de este modelo sobre la predicción lineal, basada en patrones infantiles de apego, es su capacidad de respuesta a la maduración. Además, el uso de dos dimensiones (fuente de información y grado de integración) crea un marco más complejo con el cual describir la variabilidad humana que una estructura de tres categorías. En la estructura bidimensional las categorías identifican áreas en el marco dimensional; esto es resaltar puntos definidos por las dimensiones. Que ningún individuo calce exactamente con estos puntos, especialmente con los puntos extremos, no es crítico para el argumento respecto de las dimensiones, es por esto que el modelo se llama dinámico maduracional (Crittenden, 1997).

A pesar de este mejoramiento en la conceptualización de vías de desarrollo, hay varias razones que las hacen insuficientes para definir personalidad y riesgo de psicopatología (Crittenden, 1997).

1. El desarrollo es multidimensional, con otros factores además del comportamiento específico de la especie, tales como maduración y cuidado maternal, que afectan las variaciones en las vías de desarrollo. Por supuesto todos saben esto, pero cuando no es dicho explícitamente hay una tendencia a presumir que las teorías son limitadas en su construcción principal.
2. Los individuos difieren en la capacidad mental para integrar información.
3. En cada vida hay un elemento sustancial de suerte o cambio respecto de los

eventos que ocurren.

Dejando explícitas estas salvedades de este programa de investigación, se puede iniciar mejor el proceso comprensivo de la psicopatología desde una u otra estructura o patrón de Apego. En esta línea se concluye también que no es el temperamento del niño o de sus cuidadores lo que genera efectivamente la personalidad en un individuo, sino que la relación o la dinámica que se genera en la diada cuidador/cuidado. Modulada por la efectividad de las estrategias ocupadas por una u otra parte para satisfacer las necesidades contingentes a la etapa del ciclo vital del individuo en desarrollo.

Así, niños de cuidadores tipo B (Apego Seguro) tienen varias ventajas en lo relativo a la realización de su potencial genético. Primero, los cuidadores sensibles son más proclives a transformar los atributos de los niños en ventajas. Segundo, con más información disponible en sus mentes los niños seguros/equilibrados son más hábiles en el uso de la retro-alimentación. Tercero, la oportunidad de hablar abiertamente de experiencias confusas con los cuidadores capacita a los niños tipo B, para beneficiarse con el conocimiento de los cuidadores. Por supuesto, estos no son atributos “todo o nada”, pero en el conjunto dan un ambiente seguro, lo que favorece a los niños con cuidadores equilibrados (Crittenden, 1997). Entendiendo en esta cita el concepto de *retroalimentación* como un intercambio activo entre ambos lados de la diada en donde el uno es relativo al otro y viceversa, *autopoyéticamente*.

En cuanto al desarrollo de psicopatología, no existe una clara asociación a un determinado estilo de apego. Lo que sí se enfatiza es el hecho de que, estilos de apego *no seguro* (Patrones A y C) pueden explicar, en algún grado, la presencia de malestares psicológicos y por otro lado, podrían influir en el curso y pronóstico del tratamiento al que han sido sometidos. Así mismo, se considera que factores biológicos y ambientales también merecen una exhaustiva revisión a la hora de examinar los factores de riesgo vinculados al desarrollo de ciertos desórdenes, que son atendidos en atención secundaria.

6.2.3 Organizaciones auto-protectoras de la conducta

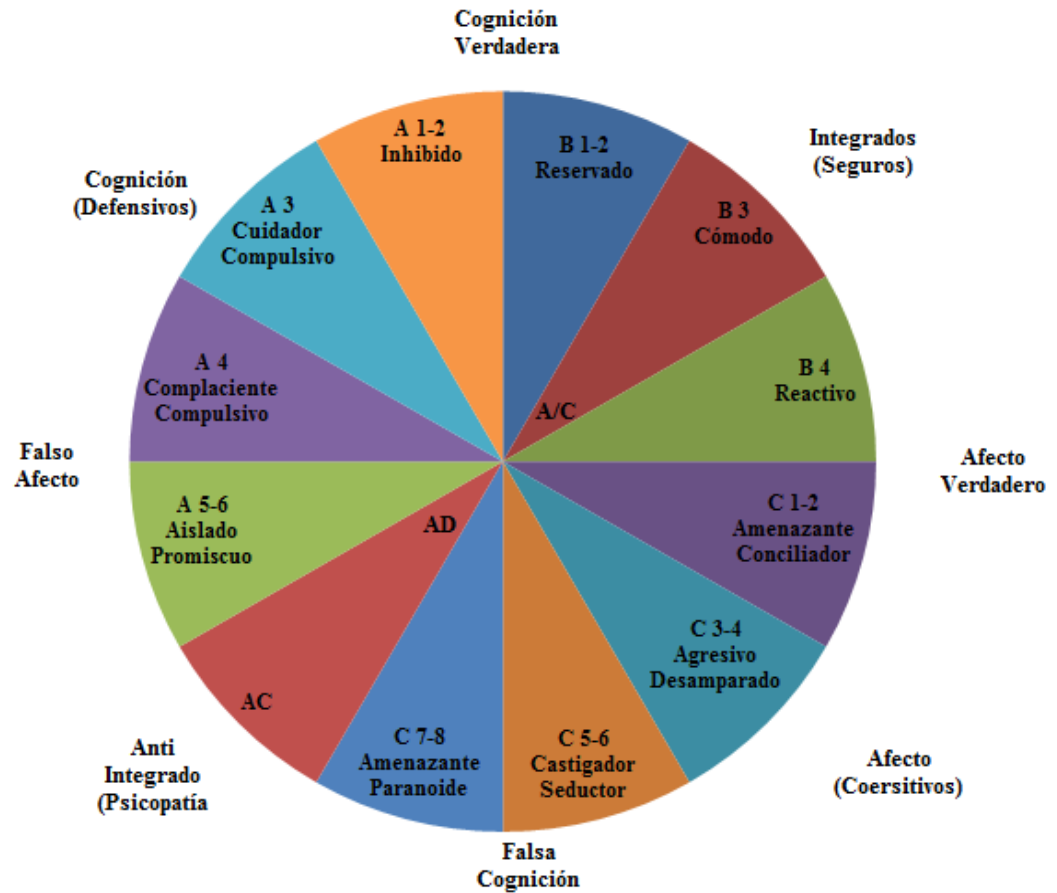
El trabajo clásico de Ainsworth (1985), identificó tres patrones básicos de apego. Los individuos Tipo A (Apego “Evitativo” en CaMir; Garrido, 2013) tienden a omitir sentimientos del procesamiento y actúan de acuerdo a las consecuencias esperadas. Los individuos Tipo C (Apego “Preocupado” en CaMir, Garrido, 2013) hacen lo opuesto: ellos actúan de acuerdo a sus sentimientos con poca atención a las consecuencias. Ambos tienden a sobre-estimar la probabilidad de peligro y actúan de una manera innecesariamente auto-protectora. Los individuos Tipo B (Apego “Seguro” en CaMir, Garrido, 2013) usan ambas fuentes de información; han equilibrado los procesos mentales y la conducta adaptativa. Crittenden (1997), ha expandido la serie de estrategias para incluir las estrategias compulsivas Tipo A y las estrategias obsesivas Tipo C. Éstas reflejan formas, comúnmente reconocidas, de conducta desadaptativa. Ellas difieren de los diagnósticos basados en los síntomas en que las estrategias se ven como un intento funcional de reducir el peligro representado, aunque erróneamente, por el individuo.

6.2.4 Distorsión Mental de Afecto y Cognición

Este modelo de variaciones en patrones de apego, sugiere una interrelación entre apego y psicopatología. Como se puede observar en el FiguraNº 1, el patrón defensivo se define por su ajustada cognición pero como defensa contra el afecto. En los sub patrones de cuidadores compulsivos y complacientes compulsivos, el afecto no es solamente inhibido, es falsificado. Del mismo modo, los niños coercitivos (Apego C, “Ansioso” en CaMir; Garrido, 2013) realzan el afecto y se defienden de la cognición. En los años escolares, cuando los niños aprenden a usar operaciones lógico-concretas, algunos niños coercitivos usan la cognición ilógica con la cual sus padres los engañaban

en los años pre-escolares. Ellos aprenden a esconder la verdad tras la apariencia de la lógica y la razón. Esto es, racionalizan. La falsa cognición involucra una apariencia superficial de lógica cuando, de hecho, la actual relación entre hechos no es como parece ser. Por ejemplo, el niño jugando al doctor con su madre puede golpearla dolorosamente fuerte con el martillo, entonces la desarma diciendo, “Yo solo quería probar tus reflejos”. Tal argumento engaña a los adultos (y a los niños que los expresan) como los motivos actuales de los niños (afectivos) los engañan también respecto de sus conductas futuras. Los niños coercitivos que usan el castigo o el desamparo fingido para coaccionar a los cuidadores, están expuestos a distorsionar la lógica cognitiva hasta lo tortuoso; lógica distorsionada por motivos ulteriores. Ellos inducen a error a los demás con argumentos astutos y engañosos, como aquellos que sus figuras de apego usaron para manipularlos. Su lógica, en otras palabras es una lógica invertida en la cual se construyen argumentos para obscurecer la verdad y para ocultar fines, que son a menudo, dañinos para los otros. Consecuentemente el resultado de la secuencia lógica es diferente y, a menudo, opuesto al resultado esperado. Tales argumentos funcionan para forzar a las figuras de apego a condescender con sus planes cuando, si entendieran bien, ellos no aceptarían el plan. En efecto, tales planes son frecuentemente castigadores (C 5) y en ellos reflejan su obsesión por la venganza y el uso de la falsa cognición para lograrla. Los niños menos agresivos están más expuestos a ser seductores (C 6), esto es, con falsa cognición ellos seducen a otros a aceptar sus planes maliciosos. A menudo el cuidado es usado para lograr esto (ver figura 1, C5-6). Además, muchos niños coercitivos responden a otros asumiendo también que ellos son tortuosos; lo que crea en las relaciones el potencial para “juegos mentales”. La falsa cognición es el paralelo del falso afecto “defensivo” (“Evitativo” en CaMir, Garrido, 2013), no obstante, por ser dependiente del pensamiento lógico, se desarrolla más tarde que el falso afecto.

Figura N° 1: Distribución de Estrategias de Apego (Crittenden, 1997)



6.2.5 Apego como predictor de Intervención Psicoterapéutica

Como se mencionó anteriormente, las ventajas otorgadas por la presencia de cuidadores Tipo B, en cuanto a su sensibilidad a las necesidades del sujeto en desarrollo, y la posterior transformación de los atributos en ventajas; el acceso a mayor información en pro de una retroalimentación fructífera; y el beneficio de la comunicación entre cuidadores y niños en pro del conocimiento de experiencias, pueden potenciar en el

sujeto en cuestión el apego en las intervenciones en un contexto de intervención psicoterapéutica (Crittenden, 1997).

Como predictor o factor protector también se puede considerar la edad de cada paciente a intervenir, ya que existe una mayor o menor plasticidad neuronal, que sirve como apertura al cambio dentro de la psicoterapia. Al tener claro el patrón de Apego de una persona también debe tenerse en cuenta su posibilidad de intervención.

“Los cambios en la inteligencia como una función madurativa capacitan a los seres humanos para manejar información de manera crecientemente sofisticada y también reflejan el funcionamiento del cerebro y de la corteza”(Piaget, 1952).

Por último, Berlín y Cassidy (2001) establecen que existe una asociación entre la conducta de Apego de los padres y la transmisión de éste a los hijos. Esta asociación entre representaciones de apego en los padres, conductas de parentalidad y estilos de apego en los niños, ha sido respaldada de forma robusta por diversos meta-análisis con muestras de hasta 4.000 díadas madre-infante (Berlin&Cassidy, 2001), y ha servido de fundamento para diversas intervenciones en apego.

6.2.6 Patrones de psicopatología A/C

Para algunos individuos puede haber una alternancia bipolar entre comportamiento de tipo coercitivo y comportamiento de tipo defensivo. Cuando el ambiente actual varía de manera de acomodarse a este patrón de adaptación, éste puede ser mantenido por largos períodos de tiempo (Ver figura 1. Crittenden, 1997).

6.3 APEGO ADULTO

A diferencia de lo ya trabajado en niños y en primera infancia, Bowlby (1986) extiende su trabajo sobre el apego en las relaciones tempranas, planteando que su propuesta podía ser aplicada también a los adultos. El sistema de apego desempeña un papel fundamental a lo largo del ciclo vital; la conducta de apego es propia de los seres humanos desde que nacen hasta que mueren (Bowlby, 1980).

Además, otra definición que podemos considerar en este ámbito, es la de Berman & Serling (1994) quienes plantean que el apego adulto, es una tendencia estable de un sujeto de hacer esfuerzos sustanciales para buscar y mantener proximidad y contacto con uno o varios individuos específicos, quienes potencian el sentido de seguridad y protección física y/o psicológica, y los cuales se encuentran modulados por los MOI.

Por su parte, West & Sheldon-Keller (1999) señalan tres características que diferencian el apego infantil del apego adulto:

1. Los vínculos en adultos, generalmente, se producen entre pares o iguales.
2. En la adultez, el sistema de apego no predomina sobre otros sistemas relacionales; no es el principal ni el primordial.
3. En las relaciones y vínculos de apego, se incorpora la dimensión de las relaciones sexuales.

Por otro lado, Casullo & Fernández (2005), mencionan otra diferencia sustancial; el vínculo de apego, entre personas adultas, es recíproco, es decir, un adulto asume un solo rol de figura de apego/cuidador o de individuo apegado/receptor

determinado, sino que toma ambos roles intercambiándolos constantemente. Ejemplo de ello son las relaciones de amistad o relaciones de pareja.

Sobre la transmisión intergeneracional, el tipo de apego entre adultos e hijos se constituye a través de los MOI contruidos desde la infancia y que son posteriormente re-elaborados según la experiencia personal vivida. Es así, como lo relevante en este vínculo, no sólo es el apego del adulto con sus cuidadores que se generó durante su primera infancia, sino que la reinterpretación de las experiencias que se realizan con posterioridad (Bretherton, 1985). Esto significa, que a pesar de la transmisión intergeneracional, no es inevitable el cambio de patrones de apego en una misma línea familiar. Además, Bretherton (1985) plantea que una experiencia de relación de pareja satisfactoria o la experiencia de maternidad, pueden llevar a la re-evaluación y reelaboración de este modelo establecido de apego. Por último, también la consideración de agentes externos, como la participación de terapeutas en psicoterapia o intervenciones médico-psicológicas pueden mediar esta reelaboración por parte del cliente/paciente adulto observado (Garrido, 2013).

Los MOI permiten al individuo, la posibilidad de percibir acontecimientos, pronosticar el futuro y construir planes. De esta manera, aplicando el concepto de figuras de apego, los MOI posibilitan a la persona saber quiénes son las figuras de apego, dónde se pueden encontrar y cómo se puede esperar que respondan, en el sentido de cuán disponibles se encuentran al momento de ser necesitadas, ya sea al momento del temor, el estrés o el desamparo (Marrone, 2001).

Para la comprensión clínica es necesario considerar que la función reflexiva y el contexto de apego son la base para la organización del self, siendo fundamental la internalización de la imagen que el cuidador(a) tiene del infante como de un ser intencional, quedando trazada la representación emergente del self del infante en el

selfconstitucional. En el caso de maltrato, la representación no se corresponde con la experiencia primaria del infante, donde la intencionalidad hostil del cuidador excluye una imagen del self coherente. La experiencia interna no encuentra la comprensión externa y permanece confusa, sin nombrar, y el afecto contenido genera más falta de regulación. Una imagen del self coherente es, por otro lado, una visualización de la experiencia interna que logra coherencia en la comprensión externa de los vínculos cercanos (Bateman&Fonagy, 2000).

Desde otra perspectiva, Ruiz y Cano (2005) proponen un sistema de evaluación de vínculos afectivos que permite detectar trastornos en el apego. Sostienen que en la psicoterapia, la relación entre el terapeuta y el paciente entrega una experiencia emocional correctiva, resultando un proceso de reeducación emocional que facilita la adaptación a la realidad. Para conseguirlo hay que detectar los patrones de relación del paciente y ofrecer un contexto de modificación. Para ello utilizan técnicas cognitivas de modificación de la conducta.

Si bien es cierto no existe un enfoque psicoterapéutico que haya demostrado mayor eficacia en sí mismo, por sobre las “habilidades blandas” del terapeuta; como la escucha atenta, o el desarrollo de la mentalización adecuada por ambas partes, así como la capacidad de alianza con el paciente que pueda desarrollar un trabajador de la Salud Mental, es claro que el espacio de la terapia da la oportunidad para re-educar ciertas emociones que gatillan esquemas afectivos en el paciente, los cuales tienen directa relación con su MOI, es esta experiencia la que podría eventualmente reestructurar la forma en que éste se relaciona.

Por otro lado, el Apego Adulto es definido por tres prototipos: seguro, rechazante o evitativo y preocupado o ambivalente. Estos son determinados de acuerdo al reporte de las personas en cuanto esperan o buscan apoyo emocional y seguridad de parte de los otros, si optan por la autosuficiencia e independencia o si en caso contrario, participan

relaciones que merman o van en desmedro de su propia autonomía. El prototipo apego desorganizado está imposibilitado de ser evaluado por medio de instrumentos de autoreporte (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader&Halfon, 2005).

En esta línea, Lusmenia Garrido (2013), describe en detalle los prototipos antes mencionados:

1. **Prototipo seguro:** Caracterizado por presentar confianza y seguridad en sí mismo y los demás. Los sentimientos y emociones son compartidos y expresados abiertamente. Se reportan experiencias de cercanía y las relaciones son vistas como satisfactorias. Se le otorga importancia a la estructura familiar. Participantes que correlacionan negativamente con este prototipo reportan sentimientos de rechazo y/o vacío emocional; las descripciones de experiencias pasadas son mayormente negativas, con padres caracterizados como no apoyadores, insensibles, abusivos o indiferentes. En este estilo, el apego provee un sentido de seguridad; la activación del sistema de apego, que implica la búsqueda de consuelo y protección es provocada por la presencia de un estímulo alarmante. En la ausencia de tal estímulo, la persona puede explorar libremente el medio. Tipo B en Ainsworth (1985).
2. **Prototipo evitativo o rechazante:** las respuestas en este prototipo reflejan una postura defensiva en las relaciones interpersonales. Los participantes abogan por la autosuficiencia y la independencia y se ven a sí mismos como controlando sus emociones. La comunicación en sus relaciones pasadas o presentes es descrita como restringida y las memorias de la niñez en su mayoría, olvidadas. En este estilo, la persona no mostrando señales de estrés o necesidad de consuelo, y, llevando su atención lejos información relacionada con el apego, lo cual podría suscitar sentimientos de estrés y deseo de cercanía. Tipo A en Ainsworth (1985).
3. **Prototipo preocupado o ambivalente:** Al contrario del prototipo anterior, participantes con un estilo preocupado reportan un involucramiento familiar

enredado y carencia de autonomía. Comúnmente reportan también preocupación y contaminación del afecto con los miembros de la familia. Los padres son descritos como controladores, sobreprotectores y demandantes, y los participantes reportan rabia y resentimiento hacia ellos. Además, señalan que están temerosos de expresarse y de ser abandonados; consideran que presentan dificultad para sobreponerse a las experiencias de pérdida. En este estilo el sistema de apego está hiperactivado, llevado a una preocupación excesiva con respecto a las temáticas de apego y limitando el sentido de autonomía de la persona. Tipo C en Ainsworth (1985).

Entendemos que el prototipo de apego preocupado o ansioso se encuentra más cercano al prototipo de apego seguro, ya que se generan estrategias de acercamiento y de búsqueda de instancias de satisfacción de necesidades. En este caso, los sujetos con un apego preocupado alcanzan una madurez emocional de las experiencias antes que los sujetos con un apego evitativo o rechazante, lo que indicaría una posibilidad de mayor y mejor acceso a la interpretación de las experiencias y a la modulación cognitivo-emocional de su propio apego. En oposición, los sujetos con un prototipo de apego rechazante, no alcanzan a un mismo nivel de madurez cognitivo-emocional, la que actúa en detrimento de la exploración y resignificación de las experiencias (repercute en la experiencia emocional correctiva).

6.4 OPERACIONALIZACIÓN DEL APEGO

Para el estudio del apego, se han realizado hasta hoy diversas investigaciones en la población principalmente infantil (Garrido, 2013). En ellas, se utilizan distintas clasificaciones, categorías o dimensiones de las cuales a continuación se mencionan algunos de las representaciones de los participantes a través de las narrativas de sus propias historias de apego, centrándose principalmente, en las representaciones mentales de sus relaciones parentales (Garrido, 2013). Una de las primeras propuestas realizadas para esta evaluación, fue la Entrevista de Apego Adulto o Adult Attachment Interview (AAI) creada por Mary Main (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Una segunda línea proviene de la Psicología Social, desarrolló diversas mediciones de autoinforme, donde se han desarrollado diversos cuestionarios y escalas que evalúan apego. En general, se aplican nociones de relaciones amorosas y de relaciones interpersonales cercanas, poniendo énfasis, en los comportamientos de apego. Aquí proliferan las dimensiones, datos, resultados y clasificaciones específicas de tipo cuantitativo, ordenando a los participantes en un continuo, por lo que no existe una división categorial entre ellas, lo que dificulta su clasificación en un grupo determinado (Garrido, 2013).

El desarrollo de las mediciones en Chile ha sido progresivo desde el año 2001, en el que se estandarizó y validó el instrumento Parental Bonding Instrument (Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi & Gloger, 2001). Luego hacia el año 2007, se publicó la adaptación de la Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA). Posteriormente, Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, (2013) publicaron la validación chilena del Camir. Por último, se encuentra validada una versión breve de Experiences in Close Relationships (ECR) y la versión completa del ECR, ambas en vía de publicación (Spencer, Guzmán, Fresno & Ramos, 2012).

6.5 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR TIPO I

Por otro lado, Bowlby (1995) argumenta que las experiencias interrelacionales tempranas tienen implicaciones para el desarrollo de lo que se considera una personalidad normal y que, de la misma forma, se relacionan con el desarrollo de las manifestaciones psicopatológicas. Siendo así, se considera que el apego seguro es un factor de protección respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos.

Desde esta mirada, Bowlby plantea que la teoría del Apego permitiría explicar las múltiples formas de trastornos emocionales y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional.

Los Trastornos Afectivo Bipolar Tipo I se condicen a estilos de apego no resuelto (Tyrrell&Dozier, 1997), así como desórdenes afectivos mixtos, trastornos alimenticios, abuso de sustancias (Fonagy, 1996) y personalidad borderline (Fonagy, 1997).

Los Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I están reconocidos como cuadros altamente discapacitantes para los pacientes en general, además de la natural dificultad que le genera a la persona en su contexto laboral y a su entorno social. Sin embargo, se ha descubierto que muchos pacientes pasan años sin recibir la adecuada medicación y tratamiento del cuadro por la alta comorbilidad que muestra este último con los trastornos limítrofes o *Borderlinede* personalidad (Perugi, Fornaro, Akiskal, 2011), ambos cuadros presentan una elevada tasa de intento suicida, así como correlación y comorbilidad con trastornos alimenticios (Perugi, Toni, Passino, Akiskal, Kaprinis, Akiskal, 2006). Dentro de esta ligazón hay autores que se aventuran a hipotetizar que existiría una directa relación entre ambos cuadros bajo dos algoritmos diferentes; el primero dice que ambos cuadros estarían enmarcados en un temperamento ciclotímico

(en el caso que la manía preponderante fuera la “hipo-manía”) y que tendería a establecerse períodos en el que el sujeto oscila entre el uno y el otro (en algunos casos existiría también una ligazón con bulimia nerviosa). La segunda corriente afirma que existiría un claro vínculo entre ambos cuadros, lo que haría innecesario presentar un diagnóstico diferencial entre estos, pero se oponen a avalar el denominado “imperialismo bipolar” hacia crear nuevas categorías dentro de esta línea diagnóstica. (Nagata et al., 2013).

Así la manía es definida por CIE-10 de la siguiente manera:

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

En este trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi oncontrolable. La euforia se acompaña de un aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacucia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30

años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

Los síntomas de la manía son:

Humor:

- Euforia.
- Júbilo.
- Regocijo.
- Expansividad.
- Gestualidad aumentada.
- Juego de palabras.
- Irritabilidad y hostilidad.
- Humor disfórico (depresivo – irritable).
- Humor lábil (sucesivos cambios de humor).

Cognición y percepción:

Su pensamiento excesivamente positivo, optimista y expansivo. Su autoestima aumentada (grandiosidad). Con excesiva confianza en sí mismo (debido a la falta o pérdida de insight). Pueden presentarse síntomas psicóticos, generalmente incongruentes con el estado de ánimo:

- Sus pensamientos son tan rápidos e intensos que sienten que pueden oírlos.
- Sus percepciones son tan vívidas, que son fácilmente integrables en su realidad.
- Se observa una pérdida en el hilo conductor del discurso del paciente, lo que es característico de todos los estados maníacos (aunque también en la hipomanía).
- La fuga de ideas es un síntoma característico, pero no el más frecuente.

Por otro lado, el Trastorno de Bipolaridad Tipo I, se evalúa bajo el CIE - 10 de la siguiente manera:

F31 Trastorno afectivo bipolar:

Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares (F31.8).

Incluye: Enfermedad maníaco-depresiva

Psicosis maníaco-depresiva

Reacción maníaco-depresiva

Excluye: Ciclotimia (F34.0)

Episodio maníaco único en un trastorno bipolar (F30.-)

F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente.

El paciente está hipomaníaco en la actualidad, y en el pasado ha sufrido al menos otro episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto).

F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos

El paciente está maníaco en la actualidad, sin síntomas psicóticos (como en F30.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto).

F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos

El paciente está maniaco en la actualidad y presenta síntomas psicóticos (como en F30.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto).

F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo leve o de gravedad moderada (F32.0 o F32.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.

F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2.), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.

F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto, bien identificado.

F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maníaco, hipomaníaco depresivo o mixto bien identificado, en tanto que en la actualidad exhibe una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, o bien pasa rápidamente de unos a otros.

Excluye: Episodio afectivo mixto único (F38.0)

F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión

El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maníaco, hipomaníaco o mixto bien identificado y ha tenido además por lo menos otro episodio afectivo, depresivo, hipomaníaco, maníaco o mixto; en la actualidad, empero, no sufre ninguna perturbación significativa del ánimo ni la ha sufrido en varios meses. Deben codificarse aquí los períodos de remisión mientras están recibiendo tratamiento profiláctico.

F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares

Episodios maníacos recurrentes

Trastorno bipolar II

F31.9 Trastorno afectivo bipolar, no especificado

6.6 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas (Sabate, 2001), pero la definición de Haynes y Sackett (1979) es más completa al incluir la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta, y el cambio en algunos aspectos del estilo de vida, correspondientes a las instrucciones estipuladas por el médico tratante (Sánchez, 2005). Esto es extrapolable a otros especialistas del área de la Salud, no se limita sólo al ejercicio médico. En este sentido, lo que se busca con esta investigación, es desarrollar algunas directrices en cuanto al vínculo que se genera en la diada paciente-terapeuta para alcanzar los mejores resultados posibles en cuanto a la disminución de la sintomatología así como la reincorporación de la persona y la funcionalidad de su personalidad pre-mórbida.

En su breve revisión Sánchez (2005) hace alusión a algunos puntos referentes de esta alianza, de cómo llegar a mejorar parte de este vínculo. Entendiendo también que toda mejora en la efectividad del tratamiento en sí, mejora también la adherencia terapéutica en su conjunto. Aunque este último punto puede despertar algunas confusiones, ya que se confunde con el objetivo final o superior de esta que es la mejora o el control del proceso de curación del paciente. Estos puntos son: No culpabilizar al paciente en caso de un contratiempo del tratamiento, aunque toda la evidencia indique lo contrario, individualizar la intervención, fortalecimiento de la relación, e incluir la participación de distintos profesionales. El punto ligado específicamente a esta investigación es el fortalecimiento de la relación ya que *“El establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente hace posible la creación de un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existen menos tasas de abandono”* (Sánchez, 2005), al entender que un

médico tratante es un cuidador, así como una intervención terapéutica en general, es una forma de cuidado, existe una relación por tanto de confianza que permite mejorar el pronóstico si éste se da en condiciones de comunicación más fluida y de mutuo respeto entre las partes. De esta forma se promueve un vínculo que lleva a la alianza terapéutica, en donde un MOI de apego más cercano a lo seguro es predictor de este proceso, pero también es una invitación al terapeuta a tomar actitudes en esta dirección.

La mayoría de las investigaciones afirman que la variable adherencia se mide de manera binaria cumplidor/no cumplidor (Vilaplana, 2012), a partir de esto se puede operacionalizar esta variable según este criterio de la misma forma que contribuye a su posterior estratificación en la muestra.

Para efectos de esta investigación se considerarán tres dimensiones las cuales calificarán según existencia o ausencia de adherencia terapéutica. Dichas dimensiones son:

- **Adherencia a Controles (Asistencia):** Esta dimensión se entenderá como el porcentaje de asistencia a los controles a los que fue citado según el tratamiento, el que se obtendrá a través de los datos entregados en las fichas clínicas. El criterio para establecer su adherencia o no adherencia a control es de un 80% de asistencia. Esto según la cantidad de veces que fue citado en el último año dividido por la cantidad de veces que efectivamente se presentó a las sesiones.
- **Indicaciones terapéuticas:** En el plano de la Adherencia Terapéutica, podemos mencionar que no sólo toma relevancia la ingesta de los medicamentos recetados, sino que también, los cambios en la dieta, ejercicios e incluso la forma en la que se responde psicológicamente a la enfermedad (Ortiz y Ortega, 2011). Es por ello, que esta dimensión responde a las indicaciones que entrega el médico o terapeuta tratante, que potencian el desarrollo y la

efectividad terapéutica y a su vez, mejorar las condiciones y calidad de vida del paciente.

- **Niveles plasmáticos:** Al ser diagnosticada la bipolaridad se trata con estabilizadores del ánimo como el Litio, éste probó su efectividad sobre los episodios mixtos de Depresión, efecto adverso al logrado sobre los episodios puros de manía pura o depresión monopolar en donde se impuso el uso de antidepresivos tradicionales (Kruger, Young, Braunig, 2005). El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar continúa siendo un desafío para los psiquiatras. Durante los últimos 50 años se han experimentado cambios en las tendencias de uso de los diferentes fármacos. El litio, la Carbamazepina y el Ácido Valproico constituyen los eutimizantes clásicos. En los últimos años han aparecido diferentes moléculas con posible utilidad en el trastorno bipolar. Los antipsicóticos atípicos y los nuevos anticomociales constituyen los aportes más relevantes en este campo. No olvidemos que el trastorno bipolar es grave y requiere diversas opciones terapéuticas, por ello el incremento del arsenal terapéutico supone una buena noticia para estos pacientes. A pesar de este abanico de posibilidades, el trastorno bipolar continúa siendo un trastorno difícil de tratar (Crespo, 2003). En el caso del Hospital del Salvador, el procedimiento es medir los niveles plasmáticos de cada paciente (a través de una muestra de sangre o de orina) buscando las dosis de estos fármacos que se recetan, dependiendo del caso, al comprobarse la presencia o ausencia de este agente en la sangre se evidencia su adecuada ingesta y así evaluar si es que el paciente se encuentra dentro del rango “normal” (entre 0.5 mEq/L y 1,2 mEq/L) o “bajo” (menor a 0.5 mEq/L). En el caso de la Carbamazepina el rango "normal" es de 5-12 microgramos/ml y por último, para el Ácido Valproico el rango "normal" es de 50-100 microgramos/ml.

6.7 HOSPITAL DEL SALVADOR, VALPARAÍSO

En nuestro país, la Atención Secundaria, es el organismo a cargo del diagnóstico precoz y tratamiento de pacientes con enfermedades mentales, donde se cuenta con especialistas de la salud mental que responden a las necesidades de los pacientes que no pueden ser resueltas en Atención Primaria. En el Sistema de Atención Secundaria de salud mental y psiquiatría, se incluye protección de la salud mental a través del tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades diagnosticadas. (Minsal, 2001)

En la región de Valparaíso, se encuentra el Hospital Del Salvador, un centro de atención secundaria ubicado en Playa Ancha, cuyos servicios son entregados a la comunidad de la región, a través de la atención de pacientes diagnosticados con alguna patología psiquiátrica con el fin de resolver la patología mental compleja tanto ambulatoria como interna. (<http://www.hdsalvador.cl/>)

Cuenta con una Unidad de Dispositivos Comunitarios que tiene a su cargo 8 hogares y 2 residencias protegidas y 3 hospitales diurnos, que actualmente funcionan al interior del Hospital. Además, el año 2011, se creó la Unidad de Trastornos Afectivos, dirigida por el Dr. Ulises Ríos. En ella se encuentran en tratamiento alrededor de 100 personas diagnosticadas por el mismo centro, por las patologías de Trastorno afectivo Bipolar tipo I, Trastorno afectivo Bipolar tipo II y Trastornos Distímicos. Actualmente no se está haciendo tratamiento de Depresiones Monopolares.

Posee dos modalidades de atención:

- Atención Cerrada: Dispone de una atención de corta y mediana estadía y un pensionado, con un total de 87 camas.

- Atención Abierta: Entrega atención a pacientes ambulatorios en el mismo hospital y en el Centro de Salud Mental Ambulatoria, ubicado en la misma ciudad.

VII. CAPITULO 2

METODOLOGÍA

7.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el Apego Adulto de personas con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I y la relación con la Adherencia Terapéutica, a través de la aplicación del instrumento de evaluación CaMir, en pacientes del Hospital Del Salvador, Valparaíso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la muestra señalada según edad, sexo y nivel educacional.
- Describir los niveles de Adherencia a los Controles en la muestra señalada.
- Describir los niveles plasmáticos de Litio, Carbamazepina o Ácido Valproico, según corresponda, que presenta la muestra señalada.
- Describir los niveles de indicaciones al tratamiento en la muestra señalada.
- Describir los tipos de Prototipo de Apego Adulto (MOI) en la muestra señalada, a partir de la encuesta de evaluación CaMir.
- Describir las dimensiones preponderantes observadas en la encuesta de evaluación CaMir, de la muestra señalada.

7.2 HIPÓTESIS

Hipótesis 1: Una persona con un Apego más cercano a lo seguro (Preocupado o ambivalente), presentará adherencia terapéutica.

Hipótesis nula 1: No existe relación entre el tipo de Apego Adulto y la Adherencia Terapéutica.

7.3 METODOLOGÍA

7.3.1 Tipo de estudio

Estudio exploratorio cualitativo con herramienta cuantitativa. La encuesta de evaluación CaMir resuelve parcialmente el debate que versa acerca del tipo ideal de epistemología con el cual se evalúa el Apego Adulto. Existen dos tradiciones principales en la investigación del apego; una enraizada en una aproximación etológica y lingüística y la otra basada en cuestionarios. La primera describe el apego en términos categoriales y la segunda en una perspectiva dimensional, el test CaMir opta por una metodología mixta para operacionalizar el Apego, en donde se abarca el continuo de los patrones de apego (en este caso Adulto, desde el MOI) en su encuesta. Pero cada “prototipo” se describe categorialmente. Para la evaluación en el Hospital Del Salvador, Valparaíso, se marcará una “triada” preponderante en las dimensiones que arroje el test como datos de la muestra, que tenderían a un patrón de Apego como Prototipo.

7.3.2 Muestra y Unidad de análisis

Esta es una muestra no- probabilística *de conveniencia*: Como ya sugiere el mismo término, se trata de una muestra disponible. Puede ser útil en estudios preliminares (por ejemplo para depurar un instrumento) pero discutible para extrapolar los datos a la población general; en cualquier caso habría que describirla bien y hacer una extrapolación cautelosa a la población que *pueda estar* representada por esa muestra. Por lo general estas muestras se utilizan para hacer estudios específicos sobre las mismas muestras y en numerosos estudios experimentales con pocos sujetos. Se

denominan de *juicio prudencial*, o términos parecidos, cuando se estima y se razona que la muestra es representativa de una determinada población (Morales, 2012)

El mismo autor también afirma; “En ocasiones podemos comprobar *a posteriori*, y con una razonable seguridad, si con una *muestra inadecuada* (en tamaño y falta de aleatoriedad) hemos obtenido unos resultados “*válidos*”.

Un ejemplo típico es cuando los alumnos evalúan a sus profesores y responden muy pocos alumnos; cada clase es una *población* y obviamente la muestra que ha respondido, si es muy pequeña, no representa en principio a la población (a toda la clase).

En un caso semejante se puede calcular, tomando a la clase como *unidad de análisis* (como si cada clase fuera un sujeto), la correlación entre *proporción de respuestas* y *media* del profesor en cualquier ítem (o en la media de todos). Si la correlación es cero o muy baja podemos concluir que el número de respuestas no tiene que ver con cómo es evaluado un profesor” (Morales, 2012).

En el caso de esta investigación; tomamos la cantidad de evaluados como una *población* que no representa necesariamente al universo de pacientes con trastorno afectivo Bipolar tipo I del Hospital del Salvador, Valparaíso (los cuales serían la *población* a evaluar), pero actúan como *unidad de análisis* permitiendo hacer descripciones “prototípicas” de las representaciones de Apego en este centro. Y por otro lado, no se encontraron diferencias significativas al comparar puntajes escalares obtenidos en la validación según nivel socio-económico, ni asociación entre éste y el tipo de apego preponderante (Garrido, 2009).

De esta forma podemos encuestar de 18 a 20 personas para obtener los resultados que buscamos en esta investigación.

Para esta investigación se utiliza una muestra de tipo no probabilística y estratificada en la elección de los sujetos. Ésta se compondrá por 18 personas adultas entre 22 y 67 años, que participan en el tratamiento otorgado por la Unidad de Trastornos del Estado de Ánimo, diagnosticadas bajo el criterio de CIE-10 por Trastorno Afectivo Bipolar I y según criterios de inclusión y exclusión posteriormente señaladas, pertenecientes a la red de atención secundaria de la región de Valparaíso, en el Hospital Del Salvador. Por otro lado, se considera esta muestra eutímica, pues los resultados en caso contrario, podrían verse sesgados, por no encontrarse los pacientes estabilizados y distorsionar las representaciones evaluadas por la encuesta de evaluación CaMir.

Aquí se hace relevante explicar la estratificación realizada para lograr una real extrapolación de los datos a la población del Hospital el Salvador de Valparaíso. La medición de los niveles plasmáticos arrojará niveles “normal” (entre 0.5 a 1 mEq/L) o “bajo” (bajo 0.5 mEq/L) en el caso del Litio, a su vez, la Carbamazepina es 5-12 microgramos/ml aproximadamente y para el Ácido Valproico es 50-100 microgramos/ml. Dependiendo de la toma o no toma de los medicamentos recetados por los especialistas del centro. En este mismo procedimiento la “adherencia terapéutica” dividiría a los evaluados en “presenta” o “no presenta” (para efectos de validez en el proceso es irrelevante el rótulo frente a la estructura que tomen los datos), lo que según lo explicado anteriormente, tiene sus propios criterios de corte. Por último la variable “asistencia” la cual es posible extraer de la misma forma que los anteriores variables, se establece como resultado en “alta” y “baja”; dependiendo de los registros de asistencia encontrados en las fichas clínicas.

Teniendo estas tres variables resueltas podemos dividir a los sujetos en 8 grupos de la siguiente manera: (Ver Tabla N°1)

Tabla N° 1: Distribución de los grupos de Adherencia Terapéutica

	Asistencia	Nivel Plasmático	Indicaciones Terapéuticas	Adherencia Terapéutica
Grupo 1	Baja	Normal	Presenta	Presenta
Grupo 2	Alta	Normal	Presenta	Presenta
Grupo 3	Baja	Bajo	Presenta	No Presenta
Grupo 4	Alta	Bajo	Presenta	Presenta
Grupo 5	Baja	Bajo	No Presenta	No Presenta
Grupo 6	Alta	Normal	No Presenta	No Presenta
Grupo 7	Alta	Bajo	No Presenta	No Presenta
Grupo 8	Baja	Normal	No Presenta	No Presenta

Cada grupo presentaría o no presentaría Adherencia terapéutica específicamente. Para la evaluación de la Adherencia Terapéutica, se realiza un proceso de revisión por parte del criterio experto, conformado por 5 Psiquiatras, tanto relacionados con la Unidad de Trastornos Afectivos del Hospital del Salvador, Valparaíso, como por profesionales externos a la institución.

Luego de evaluar con criterio experto dicho constructo, se concluye que lo más importante es la misma ingesta de fármacos ligado al seguimiento estricto de las indicaciones terapéuticas para determinar o no la presencia o ausencia de esta adherencia terapéutica.

Además de incluir una *variable interviniente*, ya que el hecho de que una persona presente bajos niveles plasmáticos del fármaco a ingerir, no quiere decir precisamente que no se los tome sino que puede estar dentro de un síndrome diarreico (el cual hace

que baje precisamente el sodio y el Litio en la sangre). Esto se debe precisar como una variable interviniente que no se controlará en este estudio, pero igualmente se debe destacar para el análisis.

De esta forma los grupos 1, 2, presentarían adherencia terapéutica. En el caso del grupo 3, la persona puede estar necesitando de un cambio de hábitos de sueño o de alimentación, iniciar un programa de actividad física u otro cambio de hábito, que sea beneficioso para su condición y tenga buen pronóstico como *efectividad terapéutica*, lo que no quiere decir necesariamente que se adhiera al tratamiento de manera sistemática, por lo tanto, no se considera como adherente al tratamiento.

En el caso contrario, los grupos 5, 7 y 8 no presentan adherencia terapéutica.

El grupo 4, según lo discutido con los expertos y precisado anteriormente, si podría haber adherencia.

El grupo 6; se considera más bien como adherente farmacológico pero no adherente a su terapia en su conjunto, por lo tanto, no tiene adherencia terapéutica.

Una vez que se pueda distribuir en estos grupos, se procede a la toma del cuestionario CaMir y se agrega en la tabla de todos los evaluados su MOI y la dimensión preponderante de las 13 dimensiones en cuestión. Esto permitirá distribuir la muestra y alcanzar datos más explicativos.

7.3.3 Criterios De Inclusión y De Exclusión

Inclusión

1. Se incluyen a pacientes adultos entre 18 y 60 años con claridad diagnóstica y en tratamiento de psicopatología del trastorno del ánimo, Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, bajo el criterio CIE-10.
2. Nivel de escolaridad sobre 4º medio.

Exclusión

1. Comorbilidad de diagnóstico según CIE 10 con trastornos orgánicos, trastornos psicóticos, trastornos generalizados del desarrollo o retraso mental.
2. Pacientes que posean escolaridad menor a 4º medio.
3. Pacientes distímicos (no estabilizados).
4. Pacientes diagnosticados y en tratamiento con duración menor a 6 meses.

7.4 PROCEDIMIENTO

- Entrevista con encargado de Unidad de Trastornos del Estado de Ánimo del Hospital Del Salvador, Valparaíso, Dr. Ulises Ríos,
- Entrega de proyecto informe de investigación.
- Entrevista con Dr. Ulises Ríos para coordinar reuniones con pacientes participantes de esta investigación y otras especificaciones.
- Entrevista Dra. Jimena Hermosilla, Hospital Del Salvador, Valparaíso.
- Evaluación de Médicos Psiquiatras sobre criterio experto en agrupación y estratificación de la variable “Adherencia Terapéutica”.
- Entrega de Consentimiento Informado a pacientes participantes de esta investigación.
- Solicitud de los datos personales y de curso de tratamiento de los pacientes participantes de esta investigación.
- Análisis de datos y aplicación de criterios de inclusión y exclusión.
- Citación a pacientes participantes seleccionados para aplicación de test CaMir.
- Análisis de resultados obtenidos. Frecuencias del Patrón de Apego Adulto, frecuencias de dimensiones preponderantes CaMir, frecuencias en la Adherencia Terapéutica (Varianza, Desviación Estándar, media aritmética). Relación entre la representación del Apego y la Adherencia Terapéutica, relaciones significativas entre dimensiones “aisladas” y grupos de adherencia terapéutica específicos.
- Discusión.

VIII. CAPITULO 3

INSTRUMENTO

8.1 CaMir(*Cartes Modèles Individuels de Relation*)

Es un cuestionario que mide los modelos operativos internos de relación (MOI) y las estrategias relacionales de los individuos o también llamados prototipos de apego. La validación chilena (Pierrehumbert et al., 1996) consta de 71 de los 72 ítems que contiene el cuestionario original CaMir.

Su aplicación se realiza en dos partes: La primera etapa posee un formato de respuesta Likert de 1 a 5 (desde Muy Verdadero, Verdadero, Ni Verdadero Ni Falso, Falso y Muy Falso). La segunda etapa, utiliza el procedimiento Q-Sort, en donde la persona evaluada se ve forzada a clasificar en 5 distintas categorías su respuesta en los rangos de Muy Verdadero, Verdadero, Ni Verdadero Ni Falso, Falso y Muy Falso. Su aplicación dura aproximadamente 40 minutos.

Las 13 escalas se organizan en base a los ejes que se encuentran a la base de la construcción del cuestionario (véase Tabla 1): el eje de “preocupación- autonomía- desapego” y el eje de “pasado-presente-estado de la mente”. La disposición espacial de las escalas según estos dos ejes permite ver que las 9 primeras escalas (de la A a la I) forman un todo: siendo las escalas ABC correspondientes a la noción de apego preocupado (relativo al pasado, presente y estado de la mente); las escalas DEF son relativas a la autonomía y las escalas GHI a desapego. En lo que concierne a las 4 últimas escalas, dos de ellas (JK) se acercan al prototipo de apego no-resuelto, mientras las otras dos (LM) son relativas a la estructuración del medio familiar. Esto graficado en la siguiente tabla:

Tabla N°2: Relación de las Dimensiones CaMir

	Pasado	Presente	Estado de Ánimo
Preocupado	A Interferencia de los Padres	B Preocupación Familiar	C Resentimiento de Infantilización
Seguro	D Apoyo de los Padres	E Apoyo Familiar	F Reconocimiento de Apoyo
Rechazante	G Baja Disponibilidad de los Padres	H Distancia Familiar (Exclusión Defensiva)	I Resentimiento de Rechazo
No Resuelto	J Traumatismo Parental		K Bloqueo de Recuerdos
Estructuración del Medio Familiar	L Dimisión Parental		M Valorización de la Jerarquía

(Garrido, 2013)

En este cuadro, podemos observar la distribución de las dimensiones estudiadas, según su implicancia en los MOI del pasado, del presente y su influencia en el estado de ánimo actual. Así mismo, podemos observar como cada dimensión tiende a la representación de un tipo de estilo de Apego Adulto. Ejemplo de ello, podemos mencionar la dimensión “A: Interferencia de los Padres” la que, por un lado se refiere a un MOI del pasado y por otro, representa un estilo de Apego Adulto “preocupado” o la dimensión “K: Bloqueo de Recuerdos” la que influye en el estado de ánimo actual y a la vez, representa un estilo de Apego Adulto “no resuelto”.

Por lo tanto, luego del análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación del test, se observará en las personas diferentes dimensiones que destacarán en tal o cual dimensiones, las que a la vez, reflejarán el estilo de Apego Adulto preponderante en ella.

Cada dimensión se puede interpretar como:

Tabla N° 3: Dimensiones CaMir

ESCALA	NOMBRE	INTERPRETACIÓN/CONTENIDO
Escala A	<i>Interferencia parental</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibe que durante su infancia existieron conductas de sobreprotección por parte de sus padres o cuidadores, las cuales interfirieron con el sentimiento de desarrollo de autonomía del sujeto, llegando a generar sentimientos de indefensión.
Escala B	<i>Preocupación familiar</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto experimenta preocupación actual en relación al bienestar de su familia y el malestar que puede sentir al existir la posibilidad de separación con alguno de sus miembros.
Escala C	<i>Resentimiento de infantilización</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto ha percibido a su ambiente familiar como poco acogedor e inseguro durante su infancia, impidiéndole desarrollarse con autonomía.
Escala D	<i>Apoyo parental</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibe a su entorno familiar de origen como satisfactorio en función de su percepción como fuente de soporte y seguridad durante la infancia.
Escala E	<i>Apoyo familiar</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto considera que su familia actual funciona como fuente de soporte y seguridad.
Escala F	<i>Reconocimiento de apoyo</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto experimenta satisfacción en relación a las vivencias que mantuvo en su entorno familiar durante su infancia; por lo que en la actualidad experimenta sentimientos de gratitud y seguridad con su entorno
Escala G	<i>Indisponibilidad parental</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto durante la infancia percibió a sus padres como poco preocupados o negligentes respecto a él, su desarrollo y su bienestar; llegando a generar sentimientos de desapego hacia su entorno
Escala H	<i>Distancia familiar</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto se percibe como afectivamente desligado de su entorno familiar, por lo que

		prefiere destacar su independencia.
Escala I	<i>Resentimiento de rechazo</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto ha percibido durante su infancia actitudes de rechazo y abandono por parte de los padres llegando a genera resentimiento en el sujeto.
Escala J	<i>Traumatismo parental</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibió el entorno familiar durante la infancia como hostil y violento, llegando a generar sentimientos de temor en el sujeto.
Escala K	<i>Bloqueo de recuerdos</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto presenta defensividad para reconocer, pensar y recordar cómo era la dinámica familiar durante su infancia.
Escala L	<i>Dimisión parental</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibió a sus padres como permisivos y en qué medida cree que no supieron ejercer el rol de autoridad de manera adecuada durante la infancia.
Escala M	<i>Valoración de la jerarquía</i>	Intenta identificar el grado en que el sujeto valora los roles y las jerarquías dentro de la familia, en la actualidad.

8.1.1. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

8.1.1.1. Aplicación

El CaMir es un instrumento de autoinforme, que puede ser realizado un sujeto de forma autónoma, siguiendo las instrucciones de una consigna escrita. Sin embargo, puede ser recomendable enfatizar verbalmente las instrucciones y realizar una supervisión del proceso, sobre todo en situaciones grupales, de investigación o clínicas. Esto permite asegurar el seguimiento de las instrucciones en las distintas etapas del CaMir y, a su vez, resolver las dudas que puedan surgir en el sujeto. Se sugiere también enfatizar a los participantes que deben ordenar la totalidad de las tarjetas, que traten de responder de manera rápida y que es importante que sean sinceros y honestos al responder. (Garrido, 2013)

8.1.1.2. Consigna a los participantes

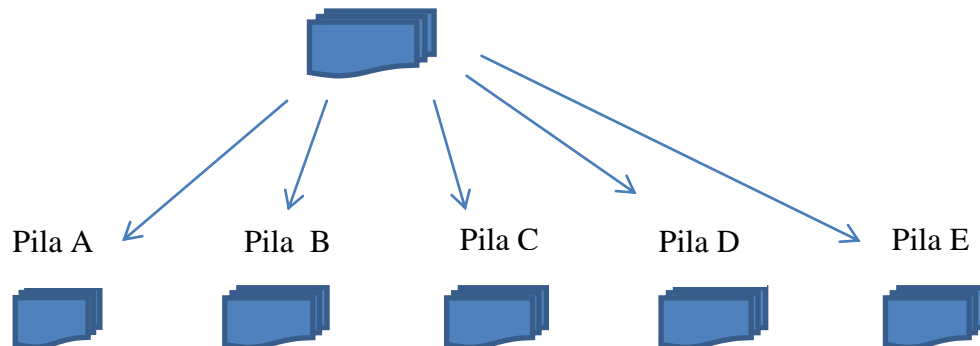
Este cuestionario incluye tres tipos de frases, que se encuentran impresas en las tarjetas que han sido entregadas a los usuarios:

- Frases que se refieren a lo vivido en la familia de origen, que están generalmente formuladas en pasado, o mencionan claramente términos como “niño”, “padre” o “familia de origen”.
- Frases que describen las experiencias en la familia o en la pareja actual; generalmente las frases hacen alusión a “mis seres queridos”; están siempre formulados en presente (la familia actual puede ser la familia de origen).
- Frases que conciernen al valor dado a ciertos tipos de comportamiento o de funcionamiento familiar.

Además, encontrará 10 tarjetas que presentan las categorías: muy verdadero, verdadero, ni verdadero ni falso, falso y muy falso.

Se trata de responder al cuestionario siguiendo las etapas 1 y 2, de acuerdo al siguiente esquema:

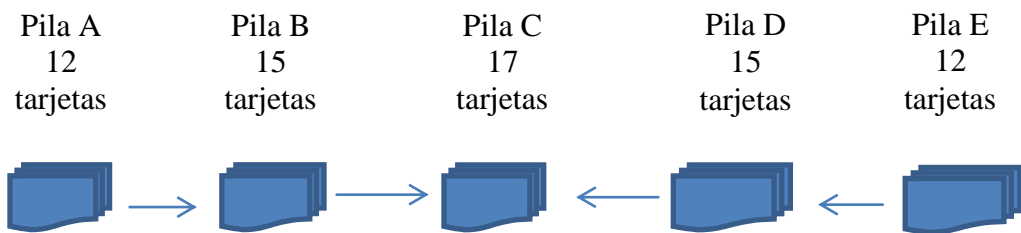
ETAPA 1: Clasificación de las tarjetas en 5 montones.



Se solicita al sujeto colocar cinco etiquetas; muy verdadero (A), verdadero (B), ni verdadero ni falso (C), falso (D) y muy falso (E), y distribuir las 71 tarjetas en 5 montones correspondientes, según se aplican o no a él. El montón C, ni verdadero ni falso, está reservado a las tarjetas para las que la respuesta no es ni “verdadero” ni “falso”, o para que las que el sujeto no sabe –o no puede- responder (por ejemplo, si su vivencia con cada uno de los padres es tan diferente que no puede responder de manera global). El sujeto reservará los extremos (A, muy verdadero y E, muy falso), para las tarjetas más características en una dirección u otra. El número de tarjetas colocadas en cada montón no tiene importancia. Después podrá modificar su elección.

Al final de esta etapa, se anotará en qué montón se encuentra cada ítem (esta anotación será posteriormente convertida en puntuación para calcular las notas de las escalas: A=5 puntos; B=4 puntos; C=3 puntos; D=2 puntos; E=1 punto).

ETAPA 2: Clasificación de las tarjetas en 5 montones con un número determinado.



Esta etapa puede parecerle frustrante al sujeto al sujeto, pero es la que aporta la originalidad e interés al procedimiento; se dispondrá de 5 etiquetas (montones de A a E, llevando cada etiqueta la indicación de un número de tarjetas: 12, 15, 17, 15, 12). Se explicará al sujeto que se desea, por razones estadísticas, que el número de tarjetas colocadas en cada montón corresponda al que está indicando en las etiquetas. Se le

prevendrá que encontrará esta obligación desagradable, pues supone comparar las tarjetas entre ellas, si bien, estas no son siempre comparables. Se le sugerirá empezar por el lado izquierdo (montón A, muy verdadero); se trata de retomar y de volver a ver todas las tarjetas de este montón para dejar solo las 12 más características. Deberá entonces poner las tarjetas suplementarias sobre el montón adyacente (montón B, verdadero). Si hay menos de 12 tarjetas en el montón A, deberá mezclarlas con las del montón B (15 tarjetas). Se actuará de la misma manera por el lado derecho (montón E, muy falso), procediendo del montón más extremo (montón E, 12 tarjetas) en dirección al montón central C (ni verdadero ni falso). Cuando el sujeto haya terminado, verificará que el montón central C contenga 17 tarjetas.

Se prevendrá al sujeto que podrá llegar a desplazar progresivamente ciertas tarjetas hacia el centro porque no tenga suficiente sitio en los extremos, aunque se emplazamiento no pareciera estar en el centro. Hay que subrayar que lo que interesa es el grado de pertinencia dado por el sujeto a cada tarjeta, en una dirección u otra.

Al final de esta etapa, se anotará en qué fila se encuentra cada ítem (las puntuaciones correspondientes servirán para el cálculo de las estrategias primaria y secundaria: A=5 puntos, B=4 puntos; C=3 puntos; D=2 puntos; E=1 punto).

8.1.1.3. Tiempo

El tiempo utilizado por los participantes en responder la aplicación del CaMir varía dependiendo de cada sujeto y también de la instancia de aplicación, sea ésta individual o grupal. En general, cada aplicación tiende a tomar entre 20 a 30 minutos como promedio. Sin embargo, es necesario señalar que en las instancias individuales puede ser más corto el periodo que en las aplicaciones grupales. Aún así, hay participantes que pueden tardar apenas 15 minutos, versus otros que pueden demorar incluso más de una hora.

8.1.1.4. Otras aplicaciones

El instrumento puede ser aplicado en instancias grupales, principalmente cuando se trata de grupos de investigación, lo que a su vez permite optimizar los tiempos al realizar una serie de aplicaciones en un mismo periodo.

En tales casos se sugiere partir con la consigna claramente y, posterior a ello, realizar una supervisión cercana de los distintos pasos a seguir en la aplicación del instrumento, verificando que los distintos participantes del grupo hayan entendido bien el procedimiento y aclarando las dudas en caso que esta no se haya cumplido.

Si existen participantes que presentan muchas dificultades en las instrucciones o que, simplemente, no siguen los pasos señalados en las distintas etapas de la aplicación, se sugiere eliminar la prueba ya que ésta pierde confiabilidad y validez.

8.1.1.5. Tabulación

El puntaje del CaMir se obtiene sumando el puntaje obtenido en cada ítem. Entrega un puntaje total, uno para cada escala y uno para cada prototipo. Cada ítem se puntúa en una escala Lickert de 1 a 5, en que A=5 puntos, B=4 puntos, C=3 puntos, D=2 puntos y E=1 punto. La escala de interferencia parental comprende 6 ítems, la de preocupación familiar 6 ítems, la de resentimiento de infantilización 6 ítems, la de apoyo parental 6 ítems, la de apoyo familiar 6 ítems, la de reconocimiento de apoyo 6 ítems, la de indisponibilidad parental 6 ítems, la de distancia familiar 3 ítems, la de resentimiento de rechazo 6 ítems, la de traumatismo parental 6 ítems, la de bloqueo de recuerdos 3 ítems, la de dimisión parental 5 ítems y la de valorización de la jerarquía 6 ítems.

Los puntajes deben ser convertidos según la fórmula que se detalla en el siguiente apartado, según las normas chilenas, y para cada uno de los prototipos.

También es posible introducir los datos en una hoja de cálculo, que suma automáticamente los puntajes y los convierte según la fórmula correspondiente, obteniendo de este modo los resultados por escala y prototipo de manera fácil y rápida, además de un perfil del sujeto según las escalas y el prototipo (hoja de cálculo disponible en https://sites.google.com/site/bpierreh/accueil_en_sp).

8.1.1.6. Cálculo e interpretación de puntajes según norma Chilena

El cálculo de puntajes de acuerdo a la norma chilena se detalla en cada uno de los pasos que siguen a continuación.

1. Codificar cada una de las respuestas obtenidas en el test en ambas aplicaciones (A=5, B=4, C=3, D=2, E=1).

2. Calcular la correlación de Pearson entre el perfil de respuesta dado por el sujeto y por el patrón de respuesta de cada uno de los tipos de apego para establecer el puntaje de cada dimensión global, según las siguientes fórmulas:

$$r_{Seguro} = \frac{71 \cdot \sum_{item1}^{item71} (ps \cdot p_{seg}) - \sum_{item1}^{item71} ps \cdot 212}{\sqrt{\left[71 \cdot \sum_{item1}^{item71} ps^2 - \left(\sum_{item1}^{item71} ps\right)^2\right] \cdot 8874}}$$

$$r_{Rechazante} = \frac{71 \cdot \sum_{item1}^{item71} ps \cdot p_{rec} - \sum_{item1}^{item71} ps \cdot 213}{\sqrt{\left[71 \cdot \sum_{item1}^{item71} ps^2 - \left(\sum_{item1}^{item71} ps\right)^2\right] \cdot 8948}}$$

$$r_{Preocupado} = \frac{71 \cdot \sum_{item1}^{item71} ps \cdot p_{Pre} - \sum_{item1}^{item71} ps \cdot 213}{\sqrt{\left[71 \cdot \sum_{item1}^{item71} ps^2 - \left(\sum_{item1}^{item71} ps\right)^2\right] \cdot 8946}}$$

Nota: ps = puntajes del sujeto en cada ítem.

Pseg = puntaje para el ítem en el patrón seguro.

Prec = puntaje para el ítem en el patrón rechazante.

Ppre = puntaje para el ítem en el patrón preocupado.

3. Transformar los puntajes correlaciones a puntajes Q en base a las siguientes fórmulas:

$$\text{Seguro} = \frac{r_{\text{seguro}} - .59}{.26} \cdot 10 + 50$$

$$\text{Rechazante} = \frac{r_{\text{rechazante}} - .13}{.15} \cdot 10 + 50$$

$$\text{Preocupado} = \frac{r_{\text{preocupado}} - .14}{.16} \cdot 10 + 50$$

4. Se redondean los puntajes sin dejar decimales y se clasifica al sujeto en base a la escala en que tenga un puntaje mayor.

5. Dado que los puntajes están estandarizados, se asume que un puntaje sobre 60 en cualquier escala marca una tendencia a que el estilo de apego sea ese. De esta forma por ejemplo, si alguien tiene 60 puntos o más en la escala preocupado, se asume que el estilo de apego dominante es preocupado.

6. No obstante lo anterior, si hay más de una escala con más de 60 puntos, se asume que estamos ante un estilo de apego inclasificable (anteriormente en estos casos se consideraba que el estilo de apego era desorganizado; sin embargo, en la actualidad los investigadores en general sugieren no realizar esta clasificación a través de instrumentos de autoinforme).

7. Para los puntajes de cada escala el procedimiento es el siguiente:

- a. Calcular el promedio de puntajes de los ítems que componen la escala.
- b. Calcular el puntaje T del sujeto para cada escala, con la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje } T_{\text{escala}} = \frac{M_{\text{sujeto}} - M_{\text{norma}}}{DE_{\text{norma}}} \cdot 10 + 50$$

NOTA:

M_{sujeto} = Promedio en la escala de los puntajes del sujeto

M_{normal} = Promedio reportado para la escala en el estudio de validación (ver tabla)

DE_{norma} = Desviación Estándar reportada para la escala en el estudio de validación (ver tabla)

Tabla N° 4: *Medidas descriptivas para las escalas CaMir*

Escala	M(DE)	Asimetría	Curtosis
Interferencia Parental	2.52 (.63)	.30	-.11
Preocupación familiar	3.32 (.81)	-.27	-.39
Resentimiento de Infantilización	2.19 (.73)	.55	-.09
Apoyo Parental	3.89 (.74)	-.90	.63
Apoyo Familiar	3.82 (.71)	-.82	.85
Reconocimiento de Apoyo	4.05 (.65)	-1.07	1.48
Indisponibilidad Parental	2.35(.73)	.47	.04

Distancia Familiar	2.72 (.87)	.12	-.27
Resentimiento de Rechazo	1.99 (.83)	1.12	.99
Traumatismo Parental	1.96 (.83)	1.01	.99
Bloque de recuerdos	2.16 (.87)	.61	.00
Dimisión Parental	1.76 (.58)	.72	1.55
Valorización de la Jerarquía	4.18 (.45)	-.65	1.60

Nota. N= 578. Los puntajes representan la media de la escala, en un rango que fluctúa de 1 a 5, donde 5 representa una mayor identificación del sujeto con los ítems de la escala.

8. Dado que todos los puntajes se encuentran estandarizados, se puede interpretar que tener un puntaje 50 en cualquier escala o prototipo corresponde a estar en el promedio para dicha escala o prototipo; puntajes sobre 50 es estar sobre el promedio esperado y puntajes bajo 50 es estar bajo el promedio esperado. En lo que se refiere a prototipos, se sugiere considerar en primer lugar el puntaje en el prototipo seguro, ya que si éste fuere mayor a 45, se considera que el sujeto presenta un estilo seguro, a no ser de que en alguno de los prototipos inseguros el puntaje sea mayor a 60 puntos.

9. Adicionalmente, como se estandarizan los puntajes finales en base a una desviación de 10 puntos, se puede asumir que puntajes sobre 60 indican una presencia elevada de la escala y sobre 70 una presencia muy elevada de la escala. Inversamente, puntajes bajo 40 indican una presencia disminuida de la escala y bajo 30 una presencia muy disminuida de la escala.

IX. CAPÍTULO 4

RESULTADOS

9.1 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADOS

Se realiza un análisis de frecuencias simples, en búsqueda de la media, mediana, desviación estándar y varianza estimada según las clasificaciones mencionadas, de la unidad de análisis entre Adherencia al Tratamiento y el prototipo de Apego Adulto presente.

Se procede a describir las frecuencias de los prototipos de apego encontrados, así como los tipos de adherencia terapéutica y las dimensiones significativas arrojadas a través de la aplicación de la encuesta de evaluación CaMir. Por último, se describe la relación entre la adherencia y los prototipos de apego encontrados. De existir una relación significativa entre los datos de adherencia y prototipos de apego se procederá a explicar su relación desde un punto de vista teórico, o en su defecto, la falta de ella.

La encuesta de evaluación CaMir, permite no sólo establecer categorías de apego extremas como Seguro, Ansioso, o Rechazante sino que también subdivide estos mismos prototipos en dimensiones respecto a la representación del pasado, presente y estado de ánimo del evaluado(a). De esta forma se evalúa dichas dimensiones por sujeto y se establece por los mismos puntajes obtenidos un promedio de las escalas que puntuaron más alto, o más bajo en la muestra total. El criterio para establecer si son más altos o bajos, se determina por la cantidad de unidades de desviación estándar que obtenga cada individuo sobre la media establecida en la validación chilena de la prueba CaMir (50, con una desviación de 10).

Una vez estratificada la muestra y tomadas las evaluaciones se procede a ingresar los datos al Software *Oracle CrystallBallFusionEdition* de aquí se podrá extraer media aritmética, mediana, frecuencia, desviación estándar y de la muestra.

9.2 RESULTADOS

La muestra está compuesta por 18 pacientes (11 mujeres y 7 hombres) de la Unidad de Trastornos Afectivos, del Hospital El Salvador, Valparaíso. Sus edades fluctúan desde los 22 años a los 67 años, con un promedio de edad de 45 años y una mediana de 44,5 años.

La totalidad de los sujetos, poseen escolaridad de 4to medio o más y participan constantemente del tratamiento estando eufímicos. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado con la posibilidad de consultar por los resultados en la evaluación realizada en forma personal.

9.2.1 Adherencia Terapéutica

Según los datos recabados mediante las fichas clínicas del Hospital del Salvador, y por medio del análisis de las variables observadas para la Adherencia Terapéutica (*Ah. T.*), se obtuvo que un 56% de la muestra Presenta *Ad. T.*, mientras que el 44% restante, No Presenta *Ad. T.* (Ver Figura N° 2 y Tabla N° 5).

Figura N° 2: Resultados Adherencia Terapéutica

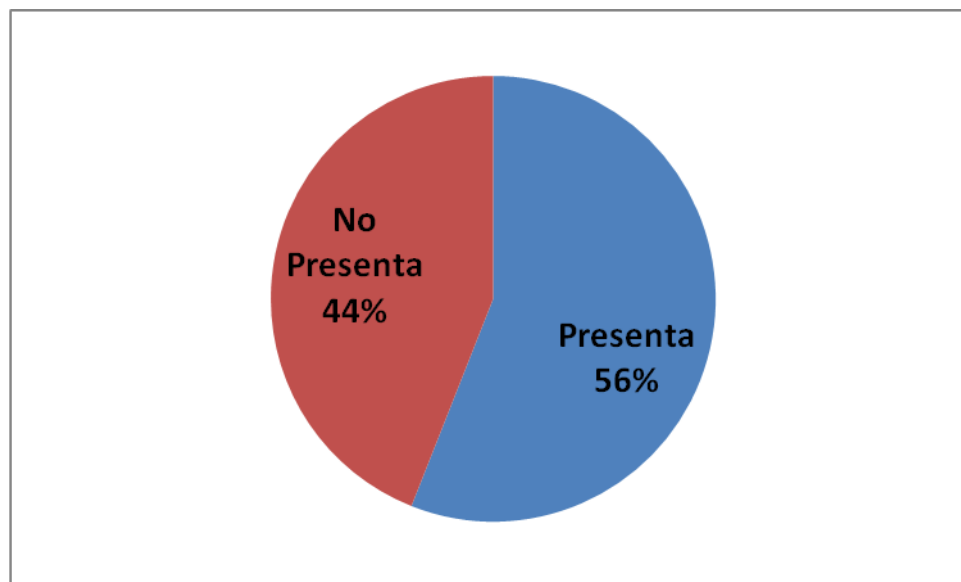
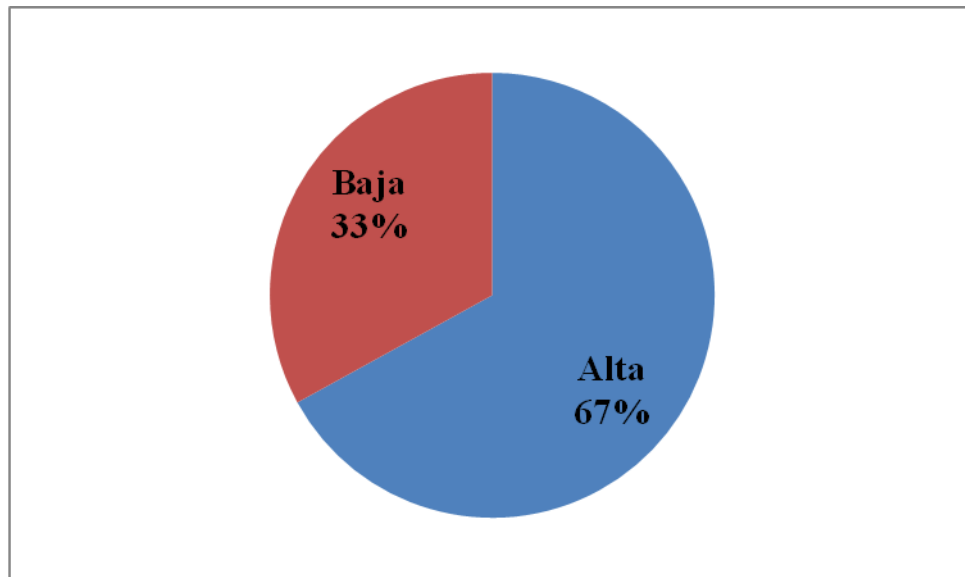


Tabla N° 5: Resultados Adherencia Terapéutica

Sujeto	Asistencia	Nivel Plasmático	Indicaciones	Adherencia Terapéutica
1	Alta	Normal	Presenta	Presenta
2	Alta	Normal	No Presenta	No Presenta
3	Alta	Normal	Presenta	Presenta
4	Alta	Normal	Presenta	Presenta
5	Baja	Normal	No Presenta	No Presenta
6	Baja	Normal	Presenta	Presenta
7	Baja	Normal	No Presenta	No Presenta
8	Alta	Bajo	Presenta	Presenta
9	Baja	Bajo	No Presenta	No Presenta
10	Baja	Normal	No Presenta	No Presenta
11	Alta	Normal	No Presenta	No Presenta
12	Alta	Normal	No Presenta	No Presenta
13	Alta	Normal	Presenta	Presenta
14	Alta	Normal	Presenta	Presenta
15	Alta	Bajo	Presenta	Presenta
16	Alta	Bajo	Presenta	Presenta
17	Baja	Normal	No Presenta	No Presenta
18	Alta	Bajo	No Presenta	No Presenta

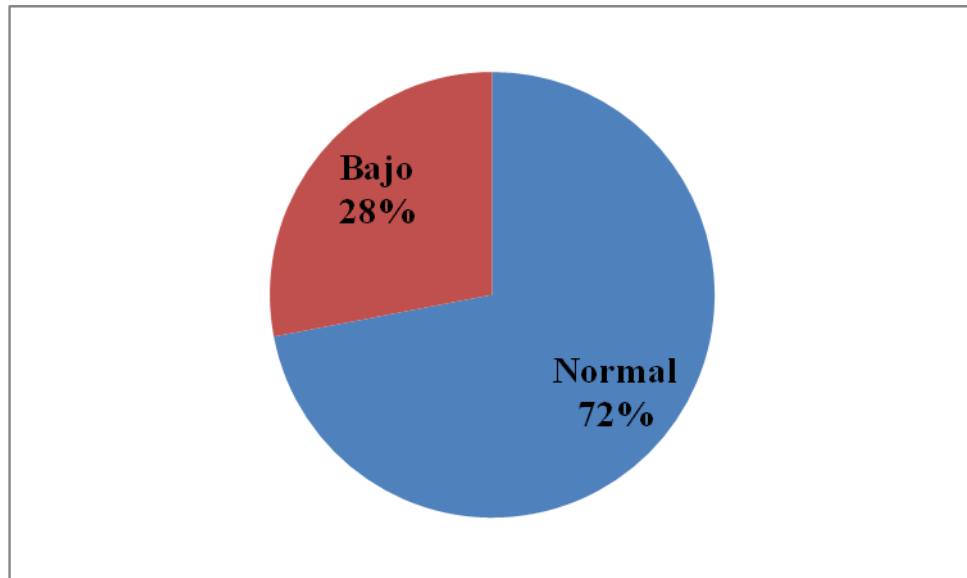
En el caso de la Adherencia a los Controles (Asistencia), se encontró que un 67% de la muestra posee una alta asistencia, mientras que el 33% restante, es baja. (Grafico N° 3)

Figura N° 3: Asistencia



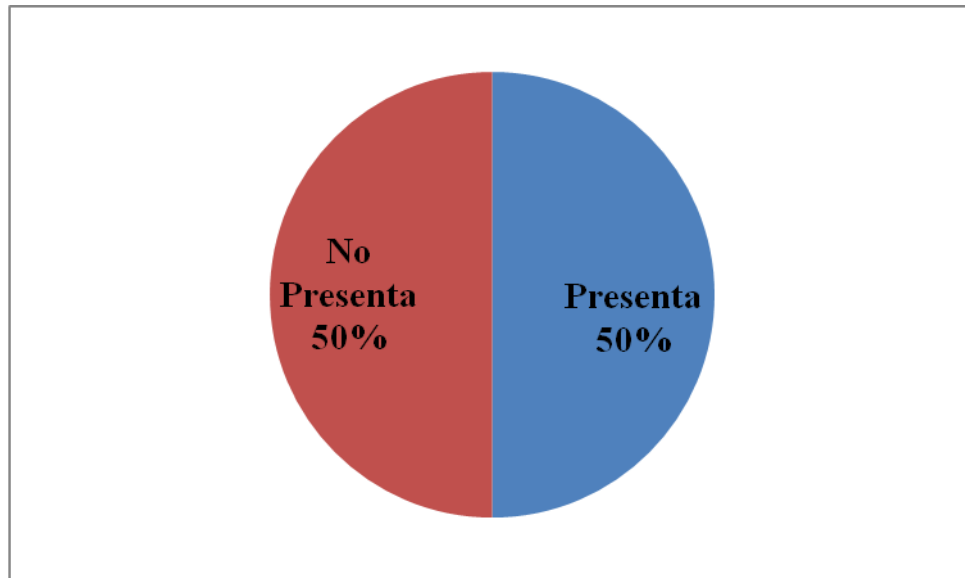
Para los Niveles Plasmáticos, se pudo observar que el 72% de la muestra señalada se encuentra en el rango Normal, y el 28% se encuentra en el rango bajo. Cabe destacar, que la totalidad de la muestra es tratada con Litio, mientras que ninguno de estos pacientes fue medicado con Carbamazepina, y sólo el 28%, con Ácido Valproico. (Figura N° 4)

Figura N° 4: *Niveles plasmáticos*



En cuanto a las Indicaciones Terapéuticas, se pudo observar que el 50% no sigue las indicaciones con rigurosidad, mientras que el 50% restante sí lo hace. Aquí se hace énfasis en que las Indicaciones Terapéuticas se componen por sugerencias de los médicos tratantes en cuanto a la dieta, horas de sueño, conductas adaptativas, psicoeducación, autocuidado y recursos en caso de crisis.

Figura N° 5: *Indicaciones Terapéuticas*



9.2.2 Prototipos de Apego Adulto

Para los prototipos encontrados en la muestra por medio de la aplicación de la encuesta de evaluación CaMir, se pudo observar que el 67% de la muestra presenta un prototipo de Apego preocupado o ansioso y un 33%, un prototipo de Apego rechazante o evitativo. Ninguno de los pacientes evaluados presentó un prototipo de Apego seguro.

Figura N° 6: *Prototipo de Apego Adulto*

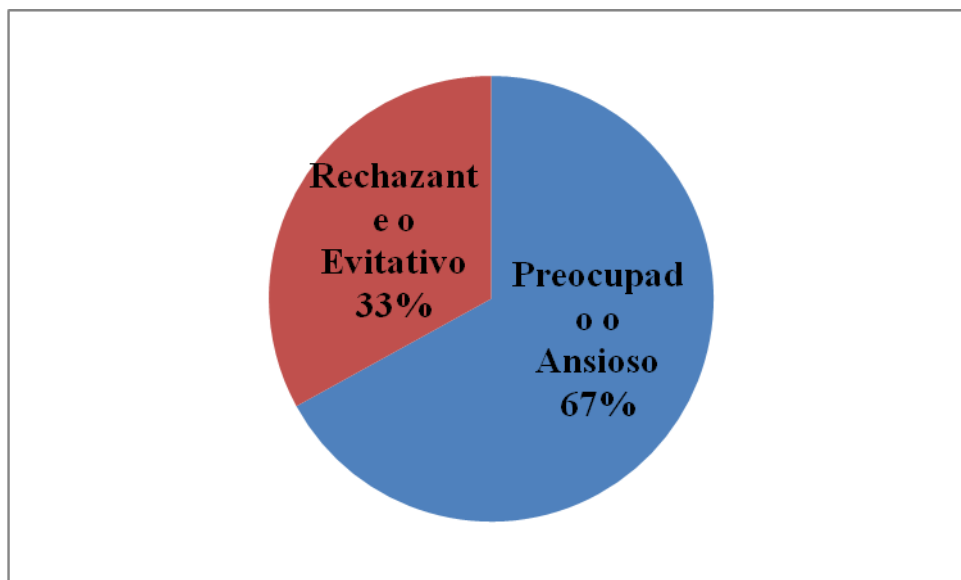


Tabla N° 6: *Resultados Prototipos de Apego*

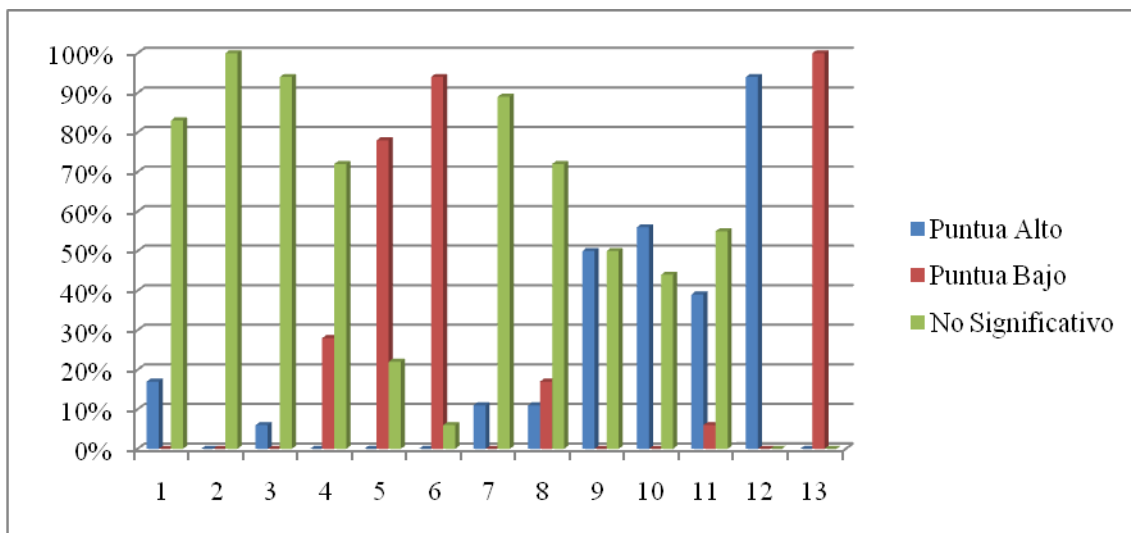
Sujeto	Apego Adulto			Prototipo de Apego
	Seguro	Evitativo	Preocupado	
1	20,6	51,5	59,2	Preocupado
2	13,4	60,3	71,1	Preocupado
3	45,1	55,9	39,3	Evitativo
4	27,8	50,5	53,3	Preocupado
5	30,6	45,5	55,8	Preocupado
6	24,7	48,1	58,8	Preocupado
7	12,6	76,7	59,6	Evitativo
8	30,8	58	51,3	Evitativo
9	27,3	47,9	61,9	Preocupado
10	22,6	51,5	68	Preocupado
11	27,4	46,4	51,4	Preocupado
12	16,7	60,6	70,2	Preocupado
13	16,7	66,6	64,5	Evitativo
14	12,9	56,5	67,1	Preocupado
15	19,8	58,2	65,1	Preocupado
16	25,1	55,5	68,9	Preocupado
17	38,3	55,5	51,3	Evitativo
18	27,3	66,6	50,9	Evitativo

En cuanto a las dimensiones significativas arrojadas por la encuesta de evaluación CaMir para esta muestra, se consideraron 6 (3 bajo la media y 3 sobre la media) dependiendo de su desviación estándar (1 unidad: 10%; media: 50%).

Tabla N° 7: Resultados Dimensiones CaMir

Dimensión / Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.- Interferencia Parental	61, 5	69, 6	45, 2	41, 2	45, 2	53, 4	49, 3	51, 3	55, 4	63, 5	53, 4	57, 4	51, 3	59, 5	42, 2	67, 6	51, 3	47, 3
2.- Preocupación Familiar	47, 3	59, 2	43, 3	45, 3	49, 2	45, 3	33, 4	39, 3	49, 2	55, 2	53, 2	65, 1	51, 2	59, 2	43, 3	57, 2	55, 2	35, 4
3.- Resentimiento de Infantilización	59, 1	62, 6	41, 7	53, 9	48, 7	52, 2	62, 6	45, 2	69, 5	57, 4	50, 4	62, 6	66, 3	64, 2	52, 2	60, 8	53, 9	59, 1
4.- Apoyo Parental	33, 7	26, 3	50, 4	46, 7	48, 6	39, 3	24, 5	56, 3	44, 9	33, 7	41, 1	37, 4	28, 2	35, 6	39, 3	43, 3	54, 1	52, 3
5.- Apoyo Familiar	32, 8	20, 1	37, 8	37, 4	45, 4	34, 9	26, 5	26, 5	41, 2	41, 2	47, 6	13, 8	24, 3	24, 3	20, 1	28, 6	34, 9	22, 2
6.- Reconocimiento de Apoyo	30, 5	21, 6	37, 2	32, 8	19, 4	35, 4	15, 5	30, 6	41, 4	19, 4	32, 8	10, 5	15, 9	23, 9	30, 5	21, 6	39, 4	23, 9
7.- Indisponibilidad Parental	57, 3	69, 1	43, 6	51, 4	53, 4	51, 4	59, 3	45, 5	55, 3	65, 1	59, 3	63, 2	76, 9	63, 2	55, 3	57, 3	53, 4	45, 5
8.- Distancia Familiar	38, 4	57, 4	38, 4	57, 4	42, 2	38, 4	49, 8	61, 2	42, 2	49, 8	61, 2	57, 4	42, 2	49, 8	34, 7	46, 7	34, 7	38, 4
9.- Resentimiento de Rechazo	65, 7	74, 9	43, 9	58, 4	49, 3	56, 6	67, 5	56, 6	49, 3	69, 3	56, 6	69, 3	72, 9	76, 5	54, 8	69, 3	54, 8	62, 6
10.- Traumatismo Parental	64, 3	75, 4	42, 1	64, 3	49, 5	75, 4	75, 4	58, 7	69, 9	60, 6	60, 6	68, 7	58, 7	79, 1	51, 3	56, 9	53, 2	66, 1
11.- Bloqueo de Recuerdos	57, 8	73, 4	57, 4	33, 4	57, 2	40, 2	57, 8	36, 3	50, 3	50, 3	57, 7	63, 5	70, 7	57, 5	60, 4	73, 8	57, 5	70, 8
12.- Dimisión Parental	74, 7	91, 1	80, 2	66, 5	63, 8	69, 2	74, 7	88, 4	80, 2	66, 5	77, 4	77, 4	74, 7	77, 4	55, 6	72, 7	74, 7	77, 4
13.- Valorización de Jerarquía	6,7	3,9	17, 8	-1,7	12, 2	6,7	9,4	-1,7	6,7	15, 8	3,9	17, 8	12, 2	12, 2	1,1	26, 1	15, 8	17, 8

Figura N° 7: Resultados Dimensiones CaMir



- **E: Apoyo Familiar.**

Se observa un 78% se la muestra que puntúa bajo la media, con un promedio de 27,3%, representando 2 desviación estándar bajo la media. Esto significa que el 78% de la muestra no considera a su familia actual como un soporte de apoyo y seguridad en su infancia. Las afirmaciones que componen esta dimensión son: 1.- En mi familia las situaciones vividas por cada uno en ambientes fuera de la familia son una fuente de conversación y de enriquecimiento para todos; 4.- En mi familia, cada uno expresa sus emociones sin temer a las reacciones de los otros; 18.- Frecuentemente dedico tiempo a conversar con mis seres queridos; 27.- En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten involucrados; 36.- Me siento en confianza con mis seres queridos; 69.- Hay un buen entendimiento entre los miembros de mi familia. Esta dimensión está referida a la percepción actual del sujeto, su presente del prototipo de apego seguro (autónomo).

- ***F: Reconocimiento de Apoyo.***

Se puede observar que el 94% de la muestra se encuentra bajo la media, con un promedio de 25.8% o bien, dos desviación estándar bajo la media. Esto significa que los sujetos tienen una baja satisfacción en relación a su familia de origen por lo que hoy no expresan sentimientos ni de gratitud ni seguridad con su entorno. Las afirmaciones que contiene esta dimensión son: 6.- En caso de necesidad, estoy seguro que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo; 10.- Pienso que he sabido devolver a mis padres el cariño que ellos me han dado; 11.- Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas; 19.- Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos; 25.- Me gusta pensar en mi niñez; 28.- Actualmente, creo comprender las actitudes de mis padres durante mi niñez. Esta dimensión está referida al Estado de Ánimo de los sujetos del prototipo de apego seguro (autónomo).

- ***I: Resentimiento de rechazo.***

Se observa que el 50% de los sujetos se encuentran sobre la media, con un promedio de 69.6%, o bien, 2 desviaciones estándares sobre la media. Esto significa que los sujetos expresan que han percibido rechazo y abandono por parte de los padres en su infancia, generando un resentimiento en ellos. Las Afirmaciones que componen esta dimensión son: 13.- Aunque sea difícil de admitir, siento cierto rencor hacia mis padres; 47.- No me han dejado disfrutar mi niñez; 57.- Nunca he tenido una verdadera relación con mis padres; 60.- Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos; 67.- Cuando recuerdo mi infancia siento un vacío afectivo. Esta dimensión está dirigida hacia el Estado de Ánimo de los sujetos, del prototipo de apego rechazante.

- ***J: Traumatismo parental***

En esta dimensión se puede observar que el 56% de la muestra puntúa alto, con

un promedio de 69.85%, o bien, 2 desviaciones estándar sobre la media. Esto significa que los sujetos perciben su infancia como un entorno hostil y violento, y que actualmente presentan sentimientos de temor. Las afirmaciones que componen esta dimensión son: 3.- Las amenazas de separación o ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles; 33.- Cuando era niño le tenía miedo a mis padres; 45.- Cuando niño tuve que enfrentarme a la violencia de mis seres queridos; 59.- Cuando era niño mis padres abusaban de su autoridad; 61.- Tengo la sensación de haber sido un niño rechazado; 63.- Cuando era niño había peleas insoportables en casa. Esta dimensión refiere al pasado del sujeto, en la categoría de apego no resuelto.

- ***L: Dimisión parental.***

En esta dimensión se observó que el 94% de la muestra puntuó alto sobre la media, con un promedio de 82.21%, o bien, 3 desviaciones estándar sobre la media. Esto significa que los sujetos consideran que sus padres no supieron ejercer su rol de autoridad de manera adecuada (por ser muy permisivos o muy controladores) durante su infancia. Las afirmaciones que contiene esta dimensión son: 5.- Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario; 16.- Cuando era niño, mis padres habían renunciado a su papel de padres; 23.- Cuando era niño me dejaban hacer todo lo que yo quería; 44.- Cuando niño hacía que los adultos se enfrentaran entre ellos para conseguir lo que yo quería. Esta dimensión refiere al pasado en la categoría del estado de Estructuración del Medio Familiar.

- ***M: Valorización de la jerarquía.***

En esta dimensión el 100% de la muestra se presenta bajo la media, con un promedio de 10,06%, o bien, 4 desviaciones estándar bajo la media. Esto significa que en toda la muestra no hubo nadie que valorara los roles y/o jerarquías dentro de la familia de origen. Las afirmaciones que competen a esta

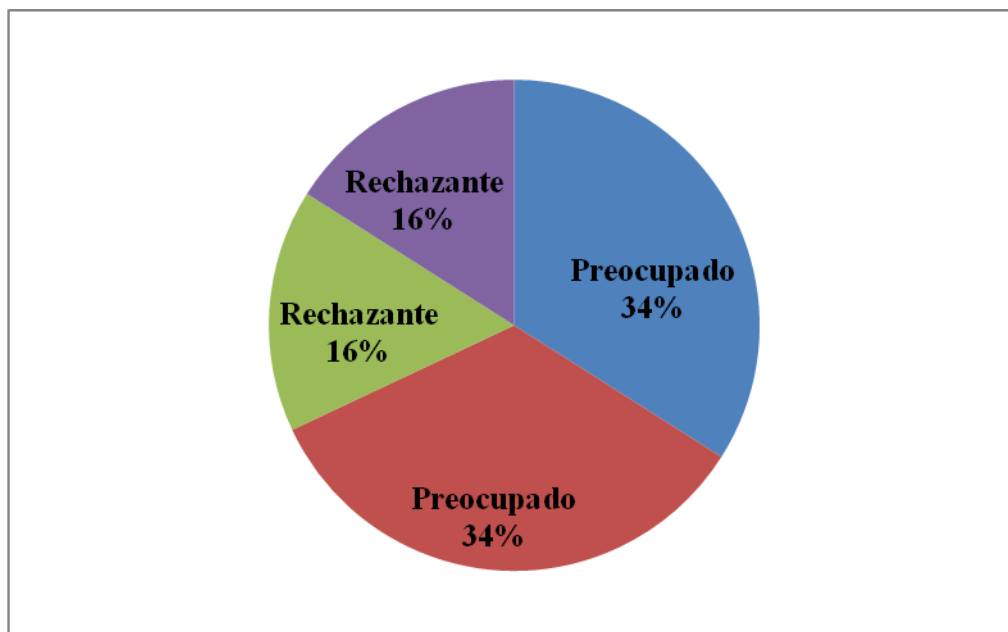
dimensión son: 8.- En la vida familiar el respeto a los padres es muy importante; 24.- Los adultos deben controlar sus emociones hacia los niños, ya sea de felicidad, de amor o de rabia; 34.- Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia; 43.- Los padres deben mostrarle a su hijo(a) que ellos se quieren; 49.- Es esencial transmitir al niño el sentido de la familia; 65.- Es importante que el niño(a) aprenda a obedecer. Esta dimensión representa el estado de ánimo del sujeto, en la categoría de Estructuración del Medio Familiar.

9.2.3 Adherencia Terapéutica y Prototipo de Apego Adulto

Tabla N° 8: *Adherencia Terapéutica y Prototipo de Apego Adulto*

Sujeto	Adherencia Terapéutica	Apego Adulto
1	Presenta	Preocupado
2	No Presenta	Preocupado
3	Presenta	Rechazante
4	Presenta	Preocupado
5	No Presenta	Preocupado
6	Presenta	Preocupado
7	No Presenta	Rechazante
8	Presenta	Rechazante
9	No Presenta	Preocupado
10	No Presenta	Preocupado
11	No Presenta	Preocupado
12	No Presenta	Preocupado
13	Presenta	Rechazante
14	Presenta	Preocupado
15	Presenta	Preocupado
16	Presenta	Preocupado
17	No Presenta	Rechazante
18	No Presenta	Rechazante

Figura N° 8: Resultado Adherencia Terapéutica y Prototipo de Apego Adulto



Considerando las variables anteriormente mencionadas de Adherencia Terapéutica (Ad. T.) y Apego, se pudo observar que el 34% de la muestra presenta Ad. T. con un patrón de apego Preocupado o ansioso y un 34%, no presenta Ad. T. con el mismo patrón. Por otro lado, de los sujetos con prototipo de apego Rechazante o Evitativo, un 16% Presenta Ad. T. y el 16% restante, no presenta Ad. T.

9.3 CONCLUSIÓN

Se puede observar que la totalidad de la muestra no presenta un prototipo de apego seguro, presentando en un 67% un prototipo de Apego Preocupado o Ansioso y un 33%, Rechazante o Evitativo. Esto se corrobora con lo planteado con Crittenden (1997), donde la psicopatología responde a un patrón de apego Tipo A/C. También se corrobora que los sujetos con psicopatología, presentan en mayor porcentaje un patrón de apego tipo C. Siendo en el Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, la sintomatología de la manía preponderante sobre la depresiva, en términos de la muestra.

Es así como el solo hecho de entrar en un cuadro psicopatológico de nivel psiquiátrico, aleja inmediatamente la presencia de un apego seguro. Mientras que por otro lado, se corroboraría la hipótesis de este estudio, en cuanto existiría una relación poco significativa entre la Adherencia Terapéutica y el prototipo de apego, encontrándose que al presentarse mayor cantidad de sujetos con prototipo de apego preocupado, entonces podríamos encontrar mayor frecuencia de adherencia terapéutica.

En lo relativo con las dimensiones aportadas por la encuesta de evaluación CaMir, y en relación con el trastorno evaluado, Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, se observó que existen dimensiones que son totalmente significativas, como la 12 y 13 tanto para valores altos como bajos, dando una clara caracterización de la muestra en cuanto su pasado y a su estado de ánimo respectivamente. Así es como se evidencia que no existe una valoración de los roles dentro de la familia, por lo que el hospital se ve obligado a cumplir con las conductas de apego dentro de la diada terapéutica fuerte en lo que significa estructuración afectiva de los pacientes. (Berlin Y Cassidy, 2001) en su meta-análisis establece que una buena intervención psicoterapéutica desde un enfoque del Apego debe contemplar tres dimensiones; Sensibilidad Maternal, Desarrollo de la Mentalización y mejorar las Representaciones del Apego, de esta forma el Hospital Del

Salvador, Valparaíso, podría trabajar principalmente el tercer punto. He ahí la importancia de la psicoeducación y de la experiencia emocional correctiva como medidas principales para el desarrollo de la terapia, la que puede aumentar su efectividad en un rol más formativo que correctivo.

Por otro lado, las dimensiones 5 y 6, correspondientes al prototipo de apego seguro, que se refieren al apoyo familiar actual y al reconocimiento de apoyo dentro del estado anímico, marcan bajo la media implicando que no existen recursos ni habilidades en su entorno que apoyen la reestructuración de las experiencias y por consiguiente, su falta va en desmedro de la consecución de un apego seguro, reforzando la constante necesidad de búsqueda que debe subsanar el Hospital como institución representativa de apoyo. A la vez que justifica el actuar del hospital como red multidisciplinaria antes que un efectivo distribuidor de fármacos.

La encuesta de evaluación CaMir, corrobora su efectividad, ya que permite la evaluación en pacientes con patología psiquiátrica. En este caso, en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, en donde las dificultades tanto en la aplicación de la encuesta, además de las dificultades en la interpretación de los datos, vinieron más por la disponibilidad de pacientes eutímicos derivados por el mismo hospital hacia los evaluadores, que de los mismos pacientes evaluados, los cuales no presentaron mayores problemas de comprensión de las afirmaciones, ni del sistema Q-Sort, ni tampoco problemas de disposición al momento de ser evaluados.

La extensión de la prueba (71 preguntas), así como la segunda etapa de Q-Sort, la cual se describe dentro del manual como “eventualmente incómoda” para quien es evaluado, por el hecho de tener que releer las mismas preguntas y clasificarlas en un nivel de acuerdo distinto al que fue puesto originalmente, no representa un reto mayor para los evaluados ni para los evaluadores en la medida que se genere un rapport adecuado al comienzo de la prueba, dando espacio para la expresión de los pacientes de

sus diferentes inquietudes así como de eventuales desconcentraciones que se generan por parte de los evaluados. Lo cual es perfectamente atendible debido al contenido que muchas veces posee una fuerte carga emocional para este paciente.

9.4 DISCUSIÓN

Considerando las dimensiones de la adherencia terapéutica, podemos destacar que de la totalidad de la muestra, 13 presentan niveles plasmáticos normales y de ellos, sólo 5 presentan finalmente Ad. T. Esto presumiblemente ya que el Hospital funciona como un buen distribuidor y controlador de los fármacos, no así de la calidad y rigurosidad de la psicoterapia en su conjunto. Así, podemos entender que existen factores ligados a las habilidades blandas (escucha atenta, setting terapéutico, capacidad empática, percepción de las competencias del terapeuta por parte de los pacientes, etc.) del terapeuta que influye de mayor manera en la Adherencia terapéutica y en la efectividad de la terapia. Esto finalmente explica mejor la Ad. T. en su conjunto más que el prototipo de apego preponderante de los pacientes, los cuales funcionan como un escenario de acción probable al que se enfrenta un terapeuta en general.

Factores intervinientes

En primer lugar, cabe destacar el funcionamiento de la institución y cuál o cuáles son sus objetivos principales. En este caso, se puede considerar como una de sus herramientas principales, la entrega y control de fármacos (se encuentran permanentemente pendientes de que los pacientes concurren en la búsqueda de ellos), no siendo de igualmente rigurosos en el control de la asistencia a los controles, psicoterapia o actividades planteadas como no obligatorias. Por lo tanto, el tratamiento otorgado queda lejos de ser igualitario para cada uno de los sujetos en tratamiento.

Por otro lado, se puede considerar como factor interviniente el nivel socioeconómico de las personas en tratamiento. En este ámbito, la encuesta de evaluación CaMir, plantea que nivel socioeconómico no es significativo para la medición del apego, pero sí sería relevante para la adherencia terapéutica, ya que la intervención del hospital tiene una modalidad gratuita, y los recursos pudiesen no ser

suficientes para las necesidades de los pacientes. Es así como en estratos socioeconómicos bajos, los sujetos se conforman con los recursos que se les entregan, no pudiendo optar a conseguir o acceder a servicios complementarios a su tratamiento. Finalmente, para esta misma población, pudiesen no tener los recursos para costear la movilización hacia el hospital, lo que merma directamente en la asistencia a las actividades.

En tercer lugar, la presencia de una psicopatología interviene en los recursos personales de un sujeto, afectando principalmente el nivel de acceso a la reinserción social y laboral. Esto podría conllevar a que eventualmente podrían verse sesgadas las representaciones del MOI en pacientes con una misma patología psiquiátrica.

Otro factor considerado interviniente en este análisis, es la dimensión de asistencia de los pacientes al tratamiento otorgado por el Hospital del Salvador, Valparaíso. En este caso, y como bien mencionamos anteriormente, se entrega un tipo de tratamiento estipulado y estandarizado para cada paciente. Sin embargo la participación en él, es muy diferente dependiendo de cada caso. El Hospital otorga las instancias y el espacio para que los pacientes participen de todas las actividades pertinentes como las dinámicas individuales o grupales, no obstante, son los usuarios quienes determinan su asistencia dado el Insight o consciencia de la enfermedad. Prueba de esto, de acuerdo a lo mencionado por los mismos profesionales tratantes, es que la mayoría de los participantes suben mucho su asistencia luego algún episodio de crisis o de descompensación.

Fonagy (1996), afirma que una buena psicoterapia pasa por potenciar tanto los procesos implícitos como los explícitos de *mentalización*, esto es, la capacidad de auto-observarse y de generar adecuados procesos de percepción de los pensamientos y acciones ajenas. Específicamente el autor invita a centrarse en los aspectos implícitos de esta mentalización, es decir, aquellas representaciones inconscientes que, provenientes

de los esquemas tempranos o de la infancia, son almacenados en la memoria procedimental de los sujetos. Esto, enmarcado en un contexto psicoterapéutico, es una revisión de una de las dimensiones propuestas por Berlín y Cassidy (2001), para el adecuado tratamiento del Apego. En el caso del Hospital Del Salvador, que utiliza la experiencia emocional correctiva como modelo base de intervención, puede potenciar el tipo de tratamiento si es que se tienen estas nociones claras. La diada paciente-terapeuta, que es un trato de base segura de confianza, puede potenciar a la vez la representación del Apego en la medida que se enfoque en las dimensiones arrojadas por la muestra. Las cuales fueron anteriormente señaladas (Dimisión Parental muy alta, Valorización de la Estructura Familiar muy baja).

Fonagy (1996), agrega que esta misma diada paciente-terapeuta, viene a ser un regulador efectivo cumpliendo una de las funciones del apego en sus planteamientos más tradicionales, por lo que la psicoterapia es fundamental. Dada las condiciones de la mayoría de los pacientes del Hospital Del Salvador, éstas podrían ser de las pocas relaciones de apego seguro que podría tener la persona.

Finalmente la idea de este estudio es dar el primer paso para futuras intervenciones incluyendo el Apego como uno de los factores fundamentales en el tratamiento.

De tener éxito como investigación, sería relevante tomar otras psicopatologías para replicar estudios de esta naturaleza y alcanzar resultados más concluyentes.

En el caso de la realización de futuros estudios, con muestras de mayor número de participantes, considerando otros factores intervinientes o realizar análisis comparativos detallados de la propuesta de tratamiento actual para futuras modificaciones, por ejemplo, replicar este diseño en centros privados, cambiando la condición socio-demográfica de la muestra, podría eventualmente enriquecer este

constructo, y llegar así a establecer el Apego como una base teórica sólida para intervenir en psicoterapia en el futuro.

Que dentro de la variabilidad de la muestra, en cuanto a las características personales, así como los variados contextos que aúna el Hospital Del Salvador, existan algunas dimensiones tan marcadas como las de *Dimisión Parental*, o *Valorización de la Jerarquía*, indican también una tendencia que eventualmente pueden traer más luces acerca de un posible perfil característico que tengan los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en condiciones similares, en otros centros de atención psicológica, en cuanto a sus prototipos de Apego.

Esto, a la vez, da la posibilidad de crear condiciones para otros estudios, replicando la lógica del análisis a emplear, por ejemplo, en otras psicopatologías, tanto de carácter psiquiátrico como de tipo adaptativo o de alguna otra índole. Todo esto, en la medida que se haga una adecuada caracterización de la muestra. Punto siempre exigido, naturalmente, en los criterios científicos de cualquier investigación.

X. REFERENCIAS

- Berlin, L. & Cassidy, J. (2001). Enhancing Early Child-Parent Relationships: Implications of Adult Attachment Research. Infants and Young Children.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1986). Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata
- Bowlby, J. (1989) Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby J (1995). Maternal Care and Mental Health. The master work series (2ª ed. edición). Northvale, NJ; London: Jason Aronson
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. En I. Bretherton & F. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1-2, Serial No. 209), 3-35.
- Casal, J., Mateu, E., (2003). Tamaño de la Muestra, Universitat Autònoma de Barcelona, Rev. Epidem. Med. Prev.
- Casullo, M. M. & Fernández, M (2005). Los estilos de apego. Buenos Aires: JVE Eds. Extremera
- Crespo, J (2003). Trastorno Bipolar. Barcelona. Hospital Universitario de Bellvitge. Medicine 2003; 8(105): 5645-5653.
- Crittenden, P., (1997). Attachment and Psychopathology. En S. Goldberg, R., Muir, & J. Kerr (eds.) Attachment theory: social, development and clinical perspectives. The Analytic Press, New York.
- Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B., Armijo, I., Guzman, M., Fuentes, M., et al. (2013) Cuestionario de Evaluación de Apego en el Adulto, CaMir

(Cartes, Modpeles Individuels de Relation): Normas para aplicar, tabular e interpretar. Talca, Ediciones Universidad Católica del Maule.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment: Theory and research (pp. 66-104) (Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2, Serial no. 209). Chicago: University of Chicago Press.
- Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi & Gloger, (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 132-139. Recuperado en 20 de julio de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272001000200005.
- Morales, Santelices (2007) Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica* 2007, Vol. 25, N° 2, 163-172. Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Morales V, P (2012) Tamaño de la Muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística Aplicada A Las Ciencias Sociales.* Madrid, Facultad de Humanidades, Universidad Pontificia Comillas.
- Muzina, D, J, (2009), Pharmacologic treatment of rapid cycling and mixed states in bipolar disorder: an argument for the use of lithium. *Bipolar Disord* 2009; 11 (Suppl. 2): 84–91.
- Nagata, T., Yamada, H., Teo, A., Yoshimura, C., Kodama, Y., Vliet, T., (2013) Using the mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale to detect bipolar disorder and borderline personality disorder among eating disorder patients. Osaka City University, Nagata BMC.
- Ortiz, M., Gómez, J. & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, Santiago: Editorial Cuatro Vientos.

- Ortiz, G. y Ortega, E., (2011). Capacidad Predictiva de la Adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 1: 79-90, enero-junio, 2011
- Pierrehumbert et al.(1996), citado en Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B., Armijo, I., Guzman, M., Fuentes, M., et al.(2013) Cuestionario de Evaluación de Apego en el Adulto, CaMir (Cartes, ModpelesIndividuels de Relation): Normas para aplicar, tabular e interpretar. Talca, Ediciones Universidad Católica del Maule.
- Pinedo, J. & Santelices M.P (2006). Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-210.
- Sánchez. O. R., (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Centro de Salud “Sillería” (Toledo). Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–N.º 2-2005.
- Spencer, Guzmán, Fresno & Ramos, (2012). Validación chilena del cuestionario de evaluación del apego romántico Experiences in Close Relationships (ECR): análisis de la validez de criterio. TERAPIA PSICOLOGICA
- Sperling, M. B., & Berman, W. H. (1994). Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives. New York: Guildford Press.
- West, M. & Sheldon-Keller, A., (1999). Apego adulto. Patrones relacionales y psicoterapia. Valencia: Promolibro.
- Vilaplana, P. C., González, J., Ordoñana, M., (2012). Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica Universidad de Murcia. Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología. *PharmCare Esp.* 2012; 14(6): 249-255.

XI. ANEXOS

11.1. Anexo N°1

CaMir

1. En mi familia, las situaciones vividas por cada uno en ambientes fuera de la familia son una fuente de conversación y de enriquecimiento para todos.
2. Cuando niño me dejaban pocas oportunidades para tener mis propias experiencias.
3. Las amenazas de separación o de ruptura de los lazos familiares, son parte de mis recuerdos infantiles.
4. En mi familia, cada uno expresa sus emociones sin temer a las reacciones de los otros.
5. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.
6. En caso de necesidad, estoy seguro que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.
7. Desearía que mis hijos fueran más autónomos o independientes de lo que yo he sido.
8. En la vida familiar el respeto a los padres es muy importante.
9. Cuando niño, sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.
10. Pienso que he sabido devolver a mis padres el cariño que ellos me han dado.
11. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas.
12. Detesto el sentimiento de depender de los demás.
13. Aunque sea difícil de admitir, siento cierto rencor hacia mis padres.
14. Sólo cuento conmigo para resolver mis problemas.

15. Cuando niño, a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes o irritables.
16. Cuando era niño, mis padres habían renunciado a su papel de padres
17. Para poder superar una pérdida o un duelo, es mejor no lamentarse demasiado
18. Frecuentemente dedico tiempo a conversar con mis seres queridos
19. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.
20. Saber que alguno de mis seres queridos tiene problemas me preocupa tanto que no puedo concentrarme en otra cosa
21. Cuando niño, encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.
22. Siempre estoy preocupado por la pena que podría causar a mis seres queridos si los dejara
23. Cuando era niño me dejaban hacer todo lo que yo quería
24. Los adultos deben controlar sus emociones hacia los niños, ya sean de felicidad, de amor o de rabia.
25. Me gusta pensar en mi niñez
26. En mi adolescencia, nunca nadie de mi entorno entendía realmente mis preocupaciones.
27. En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten involucrados.
28. Actualmente, creo comprender las actitudes de mis padres durante mi niñez.
29. Mis deseos de niño no eran tomados en cuenta por los adultos de mi entorno.
30. Cuando era niño los adultos me parecían preocupados, sobretodo, por sus problemas.
31. Cuando era niño teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en la familia.
32. Tengo la sensación que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.

33. Cuando era niño le tenía miedo a mis padres.
34. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia
35. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a), cuando crece, tiene necesidad de tener su propia vida.
36. Me siento en confianza con mis seres queridos.
37. Realmente no me acuerdo de qué manera veía las cosas cuando era niño.
38. En mi familia de origen, conversábamos más sobre los demás que sobre nosotros mismos.
39. Cuando niño me preocupaba que me abandonaran.
40. Cuando niño me estimularon a compartir mis sentimientos.
41. No me han preparado psicológicamente lo suficiente para la realidad de la vida.
42. Mis padres me dieron demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.
43. Los padres deben mostrarle a su hijo(a) que ellos se quieren.
44. Cuando niño, hacía que los adultos se enfrentaran entre ellos para conseguir lo que yo quería.
45. Cuando niño tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.
46. No logro tener una idea clara de mis padres y de la relación que yo tenía con ellos.
47. No me han dejado disfrutar mi niñez.
48. Yo era un niño miedoso.
49. Es esencial transmitir al niño(a) el sentido de la familia.
50. A partir de mi experiencia de niño, me he dado cuenta que uno nunca es lo suficiente bueno para sus padres.
51. Tengo dificultad para recordar con precisión los acontecimientos de mi infancia.

52. Tengo la sensación de no haber podido apoyarme en el ambiente donde crecí (familia, amigos, barrio, trabajo).
53. Aunque no sea cierto, yo siento que tuve los mejores padres del mundo.
54. Cuando niño, se preocupaban tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía atrapado.
55. cuando niño, me inculcaron el temor a expresar mi opinión personal.
56. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.
57. Nunca he tenido una verdadera relación con mis padres.
58. Mis padres siempre han tenido confianza en mí.
59. Cuando era niño mis padres abusaban de su autoridad.
60. Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos.
61. Tengo la sensación de haber sido un niño rechazado
62. Mis padres no podían evitar controlarlo todo, mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.
63. Cuando era niño había peleas insoportables en casa.
64. En mi familia vivíamos aislados de los demás.
65. Es importante que el niño(a) aprenda a obedecer.
66. Cuando niño, mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.
67. Cuando recuerdo mi infancia siento un vacío afectivo.
68. La idea de separarme momentáneamente de uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.
69. Hay un buen entendimiento entre los miembros de mi familia.
70. Durante mi niñez, sufrí la indiferencia de mis seres queridos.
71. A menudo, me siento preocupado sin razón por la salud de mis seres queridos.

11.2. Anexo N°2

Tabla Resumen de datos encontrados

Sujeto	Edad	Adherencia Terapéutica	Apego Adulto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	67	Presenta	Preocupado	61,5	47,3	59,1	33,7	32,8	30,5	57,3	38,4	65,7	64,3	57,3	74,7	6,7
2	34	No Presenta	Preocupado	69,6	59,2	62,6	26,3	20,1	21,6	69,1	57,4	74,7	75,4	73,8	91,1	3,9
3	57	Presenta	Evitativo	45,2	43,3	41,7	50,4	37,2	37,6	43,4	38,4	43,9	42,1	57,1	80,2	17,8
4	48	Presenta	Preocupado	41,2	45,3	53,9	46,7	37,8	32,4	51,4	57,4	58,4	64,3	33,4	66,5	-1,7
5	36	No Presenta	Preocupado	45,2	49,2	48,7	48,6	45,4	19,4	53,4	42,2	49,3	49,5	57,3	63,8	12,2
6	35	Presenta	Preocupado	53,4	45,3	52,2	39,3	34,9	35,4	51,9	38,4	56,6	75,4	40,2	69,2	6,7
7	49	No Presenta	Evitativo	49,3	33,4	62,6	24,5	26,5	15,3	59,8	49,3	67,5	75,4	57,3	74,7	9,4
8	49	Presenta	Evitativo	51,3	39,3	45,2	56,2	26,5	30,5	45,5	61,5	56,2	58,6	36,7	88,8	-1,7
9	22	No Presenta	Preocupado	55,4	49,2	69,5	44,9	41,2	41,6	55,3	42,2	49,3	69,9	50,3	80,3	6,7
10	67	No Presenta	Preocupado	63,5	55,2	57,4	33,7	41,2	19,4	65,1	49,8	69,3	60,6	50,3	66,5	15
11	31	No Presenta	Preocupado	53,4	53,2	50,4	41,1	47,6	32,8	59,3	61,2	56,6	60,6	57,6	77,4	3,9
12	38	No Presenta	Preocupado	57,4	65,1	62,6	37,4	13,8	10,5	63,2	57,4	69,3	68,3	63,7	77,4	17,8
13	46	Presenta	Evitativo	51,3	51,2	66,6	28,2	24,3	15,2	76,9	42,2	72,9	58,7	70,5	74,7	12,2
14	38	Presenta	Preocupado	59,5	59,2	64,3	35,6	24,3	23,9	63,2	49,8	76,5	79,1	57,3	77,4	12,2
15	38	Presenta	Preocupado	42,2	43,3	52,2	39,3	20,1	30,5	55,3	34,7	54,8	51,8	60,3	55,4	1,1
16	48	Presenta	Preocupado	67,6	57,2	60,8	43,3	28,6	21,6	57,6	46,3	69,3	56,9	73,8	72,1	26,1
17	52	No Presenta	Evitativo	51,3	55,2	53,9	54,1	34,9	39,4	53,4	34,7	54,8	53,2	57,7	74,7	15
18	56	No Presenta	Evitativo	47,3	35,4	59,1	52,3	22,2	23,9	45,5	38,4	62,1	66,5	70,1	77,5	17,8