

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TÍTULO**

**EFECTO DEL TIPO DE APEGO ADULTO Y EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS  
EN LA INFANCIA EN LOS INTENTOS SUICIDAS EN PACIENTES BIPOLARES**

**TIPO I**

**INTEGRANTES:**

**CATALINA BARRÍA ROJAS**

**VALERIA CARVAJAL ROJAS**

**ADOLFO DÍAZ ORREGO**

**KARIN SAYES VALENZUELA**

**DALIA WASSERMAN HERRERA**

**PROFESORES GUÍA:**

**JAVIER MORÁN KNEER**

**PAULA SOLERVICENS SILVA**

**Seminario de Título, conducente al Título Profesional de Psicólogo. Facultad de  
Medicina. Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso.**

**Enero, 2019**

**Valparaíso, Chile**

## AGRADECIMIENTOS

Al médico psiquiatra Dr. Ulises Ríos por permitirnos utilizar parte de su propuesta investigativa en el desarrollo de nuestra tesis, y a cada uno de los pacientes que participaron de este proyecto.

A quienes formaron parte constante en los últimos semestres del pregrado, familia, amigos, compañeras y compañeros; por permanecer en la parcialidad otorgando apoyo y empatía con el proceso de titulación.

A todos los docentes que fueron partícipes de nuestra formación académica. Especial mención a los profesores y profesoras del último período de pregrado, por la consejería y acompañamiento.

Y finalmente, pero no con menor énfasis, agradecer a nuestros supervisores, el profesor Ps. Javier Morán y la profesora Ps. Paula Solervicens por su importante rol guía en la confección y desarrollo de nuestra investigación. Sin ellos, no podría haber resultado algo más provechoso y nutritivo que lo que esta tesis representa para nosotros, el piso cúlmine y satisfactorio de nuestros estudios universitarios en pregrado.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
I. RESUMEN.....	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
III. HIPÓTESIS.....	13
IV. OBJETIVOS.....	14
V.MARCO TEÓRICO.....	15
5.1 Trastorno bipolar.....	15
5.1.1 Etiología y factores de riesgo.....	16
5.1.1.1 Nosología y factores de riesgo.....	16
5.1.1.2 Diagnóstico.....	16
5.1.1.3 Etiopatogenia.....	16
5.1.1.4 Factores sociales.....	18
5.2 Comorbilidad.....	18
5.2.1 Salud mental: modelo continuo y trastorno bipolar.....	19
5.3 Suicidio.....	20
5.3.1 Conducta suicida.....	20
5.3.2 Intento suicida.....	21
5.3.3 Factores de riesgo.....	22
5.3.4 Suicidio en Chile .....	23
5.3.5 Suicidio y trastorno bipolar.....	23
5.4 Variables ambientales.....	24
5.4.1 Factores influyentes en la salud.....	24

5.4.2 ACE y trauma temprano: determinantes ambientales en el trastorno bipolar.....	25
5.5 Variables personales: apego.....	28
5.5.1 Apego en la infancia.....	29
5.5.2 Apego adulto.....	30
5.5.2.1 Investigaciones en apego adulto.....	31
VI. METODOLOGÍA.....	34
6.1 Diseño de la investigación.....	34
6.2 Población y muestra.....	34
6.3 Instrumentos.....	35
6.3.1 Trauma infantil.....	35
6.3.2 Apego adulto.....	36
6.3.3 Intentos de suicidio.....	36
6.4 Procedimientos.....	36
VII. RESULTADOS.....	39
7.1 Análisis descriptivo.....	39
7.1.1 Variables sociodemográficas.....	39
7.1.1.1 Curso del trastorno.....	39
7.1.2 Variables clínicas .....	40
7.1.2.1 Intentos de suicidio.....	40
7.1.2.2 Trauma infantil.....	40
7.1.2.3 Variable apego.....	41
7.2 Análisis estadístico.....	42
7.2.1 Relación entre la severidad del trauma y la frecuencia del número de intentos suicidas en pacientes con bipolaridad tipo I.....	42

7.2.2 Relación entre los niveles de ansiedad y evitación en el apego, y el número de intentos de suicidio en pacientes bipolares tipo 1.....	43
7.2.3 Efecto de moderación del apego, en la relación entre la severidad del trauma y el número de intentos de suicidio.....	44
7.2.4 Relación entre la presencia de abuso y la presencia de evitación y ansiedad en el apego, y el número de intentos de suicidio.....	45
VIII. DISCUSIÓN .....	48
8.1 Relación entre severidad del trauma y frecuencia de intentos suicidas.....	48
8.2 Relación entre los niveles de evitación/ansiedad y frecuencia de intentos suicidas.....	50
8.3 Efecto de moderación del apego, en la relación entre la severidad del trauma y el número de intentos de suicidio.....	52
IX. CONCLUSIONES.....	55
X. REFERENCIAS.....	60

## LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Modelo cruzado de Salud Mental .....	20
Figura 2. Distribución puntajes por escala, ECR.....	42
Tabla 1. Medias, desviaciones estándar y porcentajes de la medición de abuso en las dimensiones del CTQ-SF .....	41
Tabla 2. Correlaciones bivariadas entre el número de intentos y puntajes de CTQ.....	43
Tabla 3. Correlación bivariada entre el número de intentos suicidas, y los niveles de ansiedad y evitación en el apego.....	43
Tabla 4. Modelos de moderación.....	45
Tabla 5. Análisis de correlación bivariada.....	46
Tabla 6. Modelos de regresión múltiple.....	47

## I. Resumen

La presente investigación, tiene como propósito evaluar el efecto del tipo de apego adulto en los intentos suicidas de pacientes bipolares tipo 1 con experiencias traumáticas en su infancia. El objetivo se articula en el marco de recientes estudios sobre rendimiento en pruebas de cognición social de pacientes con antecedente de trauma temprano, donde se ha sugerido que podría haber relación entre alteraciones en la cognición social y la presencia de trauma infantil.

A partir de la evidencia sobre el trastorno bipolar, respecto al curso, pronóstico, y causas, el presente estudio se enfoca en la relación entre trauma temprano y los intentos de suicidio, con la posible interacción del apego en la adultez en esta relación.

Para la investigación, se utilizó un diseño metodológico transversal y cuantitativo. Se utilizaron pruebas para determinar el estado eutímico de los pacientes, para posteriormente administrar un cuestionario evaluando la presencia de experiencias traumáticas en la infancia. Se añade luego, un cuestionario para evaluar los niveles de ansiedad y evitación en las relaciones románticas con sustento en la teoría del apego y sus variantes en la adultez.

Los resultados muestran que no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables comprometidas en la investigación, no obstante, se observaron resultados importantes para el estudio de las variables presentes en el curso del Trastorno Bipolar tipo 1. Los hallazgos proponen que la mera presencia de experiencias de maltrato y la evitación en el apego tienen efectos en la suicidalidad y que juntas podrían explicar la frecuencia de intentos suicidas en pacientes bipolares tipo 1.

## II. Planteamiento del problema

Desde el ingreso del trastorno bipolar el año 2013 al sistema de garantías explícitas (GES) en salud, se ha discutido sobre la falta de estudios nacionales que den cuenta de la causalidad, curso, progresión e impacto funcional de la enfermedad en el contexto chileno (Ríos, 2016), dejando entrever vacíos de conocimiento relativos a la naturaleza de la enfermedad. Una de las falencias en la investigación y que requiere atención en el entendimiento del trastorno bipolar (TB) es la comorbilidad con conductas suicidas en pacientes psiquiátricos. Comprender los factores que influyen en la suicidabilidad permitirá generar distintos planes de acción orientados a la prevención y orientación de la conducta suicida y la enfermedad bipolar, en función de una llevadera y mejor carga del trastorno.

En Chile, según la última encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI), el 52,2% de las personas encuestadas declaró sentirse bien en relación con su bienestar mental o emocional. Sin embargo, los últimos datos entregados por el Ministerio de Salud, MINSAL (2017) reflejan que cerca de un cuarto de la población (22%) padecería algún trastorno mental. Cabe destacar que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental puede ser comprendida como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no necesariamente como la ausencia o afecciones de enfermedades, en armonía con el medio ambiente. Por lo tanto, es importante prestar atención no sólo a variables biológicas y personales para comprender el desarrollo de patologías mentales en la población.

Dentro de los trastornos mentales que más afectan la calidad de vida, el trastorno bipolar se encuentra como la sexta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVISA) entre las personas de 15 a 44 años. El TB es una enfermedad crónica, con un curso fásico y recurrente, que debe ser diagnosticada oportunamente debido a que limita la funcionalidad del paciente, implica una enorme carga socioeconómica y está asociada a una alta morbilidad y mortalidad si ésta no es tratada (MINSAL, 2013).



Con esto, se hace necesario reflexionar sobre la complejidad del trastorno desde una mirada más integradora que contemple la enfermedad desde lo biopsicosocial. En esta línea, los determinantes sociales se constituyen como un pilar para comprender las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que impactan sobre la salud mental, es decir, las características sociales en que la vida se desarrolla (OMS, 2018). Las estructuras y patrones sociales moldean las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así, la inequidad de las condiciones de vida resulta fundamental para el entendimiento de las enfermedades y su pronóstico, ya que menores recursos se asocian con mayores tasas de trastornos mentales como también a la dificultad para el acceso a los servicios de salud mental. (MINSAL 2015, 2017).

Existen diversos factores que podrían influir en el curso de la enfermedad bipolar. Para efectos prácticos, se consideran como grandes factores: los ambientales y los personales. Desde Kraepelin (1921 citado en Daruy-Filho, Brietzke, Lafer & Grassi-Oliveira, 2011), se releva la importancia de los factores estresantes ambientales en las variaciones individuales del curso clínico del trastorno bipolar. Entre estos factores, el trauma infantil se ha convertido en uno de los más importantes asociados con los resultados negativos de los trastornos psiquiátricos, incluido TB (Garno, 2005). En lo relativo a las consecuencias conductuales y neurobiológicas de los eventos traumáticos tempranos, si estos son más duraderos, es mucho más probable que tengan un efecto directo sobre el inicio temprano del trastorno y un mayor curso adverso de la enfermedad bipolar (Leverich & Post, 2006). En la misma línea, Daruy-Filho et al., (2011) en una revisión de investigaciones sobre trastorno bipolar concluyen que el abuso físico y/o sexual en la infancia están correlacionados positivamente con la suicidalidad, policonsumo, peor respuesta al tratamiento, alucinaciones, depresión severa, desórdenes conductuales, abuso de sustancias, y desórdenes asociados al trauma.

Por otro lado, los factores psicológicos personales también guardan relación con la aparición de trastornos psiquiátricos, de manera que las relaciones entre los niños y sus padres u otros adultos cuidadores durante la infancia resultan fundamentales. Los niños con carencias afectivas tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales y del comportamiento durante la infancia y/o durante el ciclo vital (OMS, 2001). Sufrir maltrato por parte de las figuras de apego coloca a quien lo sufre en una experiencia paradójica puesto que maltrata quien se supone tendría que proteger y ofrecer seguridad. Se desprende luego que una de las consecuencias más frecuentes del maltrato sea una vivencia de desprotección en las relaciones, de falta de amor y bienestar. (Camps-Pons, Castillo-Garayoa & Cifre, 2014).

Con lo anterior, se hace pertinente comprender la dinámica de los factores ambientales y personales, y su influencia en el desarrollo de la personalidad. La teoría del apego, cuya formulación fue iniciada por John Bowlby (1969, 1979, 1980) viene a explicar el dinamismo de las relaciones vinculares en la infancia, y da cuenta de la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés. Así, el apego queda definido como un sistema de regulación del estrés y la exploración, que se encuentra en la motivación biológica del niño para protegerse de posibles peligros, amenazas y/o situaciones estresantes al acudir a un adulto más “sabio” (Bowlby, 1969 citado en Lecannelier, 2012).

Cuando las necesidades infantiles de cuidado y protección no están satisfechas, el niño está en riesgo de desarrollar un patrón de apego inseguro como modelo de trabajo que puede permanecer a lo largo de su vida. Se ha visto que el apego inseguro predice una variedad de resultados maladaptativos, incluidos depresión e ideación suicida (Leyton, Barker, Cáceres, Morán & Martínez, 2017). Respecto al suicidio, el MINSAL (2013) refiere que:

Se ha estimado que entre el 25 al 50% de los pacientes con trastorno bipolar tienen un intento de suicidio al menos en la vida y que entre el 7 al 15% de los

pacientes con trastorno bipolar mueren por suicidio, determinando que se tienen quince veces mayor probabilidad de morir por esta causa (pág.17).

La investigación ha vinculado el trauma con las deficiencias en el desarrollo cognitivo, el funcionamiento conductual y psicológico, y la salud física. Así, los traumas en la infancia pueden alterar el funcionamiento fisiológico de los niños; dañar sus sistemas inmunológicos, neurológicos, emocionales y cognitivos en desarrollo; y causar una salud emocional y física pobre (Cáceres-Taco & Vásquez-Gómez, 2013; Forkey & Conn, 2018). Agnew-Blaise & Danese (2016), plantean que pacientes con trastorno bipolar y una historia de maltrato infantil tienen mayor riesgo de desarrollar estrés postraumático y desórdenes de ansiedad, lo cual ha sido asociado con resultados clínicos negativos, lo que sugiere que el tratamiento de los síntomas asociados al trauma, podrían influir positivamente en el pronóstico de la enfermedad. Comparado con las personas que no han sido maltratadas, aquellas con un historial de maltrato infantil corren un mayor riesgo de cumplir los criterios para un episodio depresivo en cualquier momento de la vida (Nanni, Uher, & Danese, 2012).

Considerando la evidencia presentada, se puede dar cuenta de una relación entre la variable trauma (de tipo ambiental) y apego (de tipo personal), como factores que influyen en el inicio y curso del trastorno bipolar. Sin embargo, este tipo de hallazgos no son integrados en la comprensión del cuadro, es decir, no se incorporan en un modelo único. Por lo tanto, a pesar de que existe bastante información respecto a la interacción de estas variables con el número de intentos de suicidio en los pacientes, éstas no se integran en la búsqueda de explicaciones, intervenciones y políticas públicas que abordan dichas temáticas.

Por lo tanto, se vuelve necesario generar un modelo de investigación que explore no sólo las variables que explican este trastorno, sino también qué rol cumple cada una de ellas al momento de tener incidencia en la aparición de la conducta suicida. Ya que, pese a que dichas

variables aparecen como factores relevantes para el TB en la literatura, no existe evidencia científica en la que se propongan opciones que incluyan lo anteriormente mencionado. Una manera de responder a esta interrogante podría ser un modelo de moderación que explicase las condiciones en las que dichos factores tienen un efecto en el desarrollo de este trastorno.

Por lo tanto, la presente propuesta consiste en evaluar el efecto moderador de las variables de personalidad en la explicación del efecto que tiene el trauma temprano sobre una de las principales complicaciones del TB, es decir, la suicidabilidad. Para eso es necesario primero, contrastar la evidencia con los datos acerca de: a) la correlación entre la severidad del trauma y una mayor cantidad de intentos suicidas; y b) la correlación entre las variables de ansiedad y evitación por separado y una mayor cantidad de intentos suicidas. Por último, obtenidas ambas correlaciones, se podrá determinar si las variables de ansiedad y evitación del apego tienen un efecto moderador en la cantidad de intentos suicidas.

La relevancia de este estudio se explica en primer a instancia, en la necesidad de generar planes de acción novedosos en los sistemas de salud públicos que fomenten la prevención de conductas suicidas y la mortalidad por suicidio en pacientes con TB, comprendiendo de manera holística el fenómeno, es decir, explicándolo de manera multicausal a través de un modelo de moderación. Además, la propuesta podría abrir camino a que posteriores estudios en salud mental repliquen este tipo de modelo investigativo, respondiendo con una propuesta práctica a algo que teóricamente se ha problematizado, como es el hecho de que son múltiples los factores que influyen en los fenómenos cognitivos y conductuales de la psicopatología.

### III. Hipótesis

#### H1

Existe una correlación positiva entre la severidad del trauma temprano y conductas suicidas.

Existe una correlación positiva entre altos niveles de ansiedad en el apego y el número de intentos suicidas en pacientes bipolares tipo I con presencia de trauma temprano.

Existe una correlación positiva entre altos niveles de evitación en el apego y números de intentos suicidas en pacientes bipolares tipo I con presencia de trauma temprano.

La variable ansiedad en el apego tiene un efecto moderador en la relación entre la severidad del trauma temprano y los intentos suicidas en pacientes bipolares tipo I.

La variable evitación en el apego tiene un efecto moderador en la relación entre la severidad del trauma temprano y los intentos suicidas en pacientes bipolares tipo I.

## **IV. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General**

Analizar el tipo de efecto del apego en la relación entre trauma temprano e intentos suicidas en pacientes con trastorno bipolar tipo 1.

### **4.2 Objetivos específicos**

Identificar la relación entre la severidad del trauma temprano y la frecuencia de intentos suicidas en pacientes con trastorno bipolar tipo 1.

Identificar la relación entre los niveles de ansiedad y la frecuencia de intentos suicidas en pacientes con trastorno bipolar tipo 1 con presencia de trauma temprano.

Identificar la relación entre los niveles de evitación y la frecuencia de intentos suicidas en pacientes con trastorno bipolar tipo 1 con presencia de trauma temprano.

Evaluar el efecto moderador del apego, en la relación entre la severidad del trauma temprano y la frecuencia de intentos suicidas en pacientes bipolares tipo 1.

## 5. Marco Teórico

### 5.1 Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es una alteración episódica recurrente y patológica del humor que va desde la euforia extrema a la depresión severa, y suele ir acompañada de trastornos en el pensamiento y el comportamiento y, a menudo, por características psicóticas como delirios y alucinaciones (Craddock & Sklar, 2013). Se trata de una enfermedad episódica con una recuperación generalmente completa entre episodios.

El diagnóstico del trastorno bipolar requiere que una persona haya sufrido uno o más episodios de manía con o sin episodios de depresión en otros momentos de su vida. Este requisito permite distinguir el trastorno bipolar del trastorno depresivo (depresión unipolar) en el que los sujetos sufren uno o más episodios de depresión sin experimentar episodios de estado anímico elevado (Craddock & Jones, 1999).

De acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, undécima edición (CIE-11, 2018) y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta versión (DSM-V, 2014) se pueden encontrar las siguientes categorías diagnósticas pertenecientes al trastorno bipolar:

Trastorno bipolar tipo I (TBI), es un episodio definido por la ocurrencia de uno o más episodios maníacos o hipomaníacos. Un episodio maníaco es un estado de ánimo extremo que dura al menos una semana y se encuentra caracterizada por euforia, irritabilidad y expansión, y por una mayor actividad o una experiencia subjetiva de mayor energía. El episodio hipomaníaco comparte los mismos criterios que el episodio maníaco con excepción del nivel de funcionamiento de quién padece el trastorno, esto quiere decir que los episodios maníacos son lo suficientemente severos como para causar un deterioro clínicamente significativo en el área social y/o laboral, a diferencia del hipomaníaco en el cual este criterio no se encuentra presente; trastorno bipolar tipo II (TBII), se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios

hipomaníacos y al menos un episodio depresivo mayor; ciclotimia, durante dos años existen períodos con “síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor”. (APA, 2014, p.137).

## **5.1 Etiología y factores de riesgo.**

### ***5.1.1 Nosología y etiopatología.***

#### *5.1.1.1 Diagnóstico.*

En la actualidad no existen test para determinar la presencia de trastorno bipolar por lo que el diagnóstico se realiza en base a características clínicas particulares, reuniendo baterías que permitan elaborar en conjunto una aproximación a la presencia del trastorno (Craddock & Sklar, 2013). Aunque la manifestación del TB varía dependiendo de los pacientes, el rigor descriptivo de la enfermedad es la presencia de dos polos alternados, manía y depresión, con ocasiones en que ambos polos pueden darse de manera mixta, y además con periodos eutímicos. Se ha hipotetizado además sobre la real extensión de la enfermedad, puesto que podría tratarse de un trastorno infradiagnosticado, o incluso erróneo, y las causas podrían estar atribuidas al desconocimiento de la diversidad del espectro del TB, y las limitaciones de los métodos diagnósticos de los que disponemos en la actualidad. Por otro lado, muchos pacientes no acuden a Atención Primaria, por lo que no son incluidos en las tasas de prevalencia (Parra, de María, Sánchez e Iglesias, 2007).

#### *5.1.1.2 Etiopatogenia.*

El trastorno bipolar no tiene una patogénesis definida, pero los hallazgos permiten integrar factores biológicos, psicológicos, y sociales en un modelo biopsicosocial de vulnerabilidad - estrés. De este modo, se plantea una dialéctica correlativa entre lo genético, lo neurobiológico,



y los factores psicosociales, desligando la responsabilidad de atribuir la enfermedad a una causa específica (Suárez, Montes Jarabo & Forteza, 2015).

La etiología del TB implica la interacción entre factores genéticos y ambientales. Diversos estudios (Harvey, 2008; Lichtenstein, 2009; Etain et al., 2011) plantean revisiones neurobiológicas del funcionamiento fisiológico y cerebral sobre el trastorno, indicando, por ejemplo, anormalidades del reloj biológico, alteraciones del ciclo circadiano, sistemas melatoninérgicos e influencia estacional en los ritmos conductuales (Maruani, Anderson, Etain, Lejoyeux, Bellivier & Geoffroy, 2018). Además, hay evidencia de alteraciones en la masa cerebral, a nivel de materia gris y materia blanca, interrupción interhemisférica, y alteración en la conexión entre porciones frontales límbicas y el cuerpo calloso (Squarcina, Fagnani, Bellani, Altamura & Brambilla, 2016).

Los mismos autores exponen que estudios en gemelos también contribuyen al entendimiento de la enfermedad bipolar. Tanto gemelos monocigóticos como dicigóticos comparten factores ambientales uterinos, así como también dentro de la familia en la primera infancia, permitiendo que las inferencias etiológicas puedan ser hechas sin el sesgo de factores no medibles como, la carga genética, exposiciones perinatales, o entorno familiar.

El estudio con más relevancia en gemelos realizado por Bertelsen et al. (1977) en una población de gemelos daneses, demuestra una alta heredabilidad de bipolaridad en gemelos monocigotos por sobre los dicigotos, pero el estudio utiliza criterios de diagnóstico clínico en lugar de criterios operacionalizados modernos (McGuffin et al., 2003). Los autores refieren que otros estudios también se han aventurado a investigar la carga genética en gemelos, pero resultan en una muestra muy pequeña, lo que ha motivado a generar investigaciones con más peso y rigurosidad, como la realizada con gemelos de la data del Hospital Maudsley de Londres, Inglaterra, donde de una muestra de 67 pares de gemelos la heredabilidad registrada

fue del 85% sin efectos ambientales compartidos. Los resultados de este estudio acentúan la importancia de los factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad.

#### *5.1.1.3 Factores sociales.*

Además de los factores genéticos es importante también evaluar la existencia de otros mecanismos que podrían influir en el desarrollo del trastorno bipolar. Con respecto a estos mecanismos, la evidencia respalda la creciente teoría de que los factores ambientales como el estrés temprano podrían influir en la aparición de muchos trastornos psiquiátricos (de Codt, Monhonval, Bongaerts, Belkacemi & Tecco, 2016). Los autores añaden además la evidencia sobre estudios epigenéticos en animales donde se muestra el impacto del estrés temprano debido a las interacciones inapropiadas entre la madre y la descendencia, con consecuencias posteriores en el desarrollo de conductas inapropiadas y la incapacidad para sobrellevar el estrés diario. Se expone además que, en relación con la población general, es más frecuente encontrar relatos de experiencias de trauma infantil en pacientes bipolares que en otros grupos, aun cuando enfermedades como la depresión o la esquizofrenia mantienen el mismo correlato. Watson et al. (2013) en relación con estos factores, sostienen, por ejemplo, que la vivencia de trauma temprano se asocia a un curso y desarrollo de la enfermedad más grave y con aumento de conductas suicidas.

## **5.2 Comorbilidad**

La comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más dolencias médicas, que no están relacionadas entre sí en un mismo paciente (Álvarez & Gutiérrez-Rojas, 2015).

Merikangas et. al 2011 (citado en MINSAL, 2013) encontraron que pacientes con trastorno bipolar tienen una alta correlación con trastornos ansiosos (92,1%), cerca de un 71% presentaba

algún trastorno por abuso de sustancias y aproximadamente un 50% de los pacientes diagnosticados con TB tienen historia de abuso y/o dependencia de alcohol.

El conocer las comorbilidades entre dos o más trastornos ayuda a explicar por qué éstas aparecen en un mismo paciente y proporcionan la información necesaria para que los profesionales de la salud puedan tomar decisiones con respecto a las evaluaciones e intervenciones (Álvarez & Gutiérrez-Rojas, 2015; Diler & Birmaher, 2018).

### **5.2.1 Salud mental: modelo continuo y trastorno bipolar.**

Entender la salud mental como un fenómeno complejo, en donde influyen características individuales, el entorno social, cultural y socioeconómicos, y no sólo como la ausencia de enfermedad mental nos permite insertar este fenómeno dentro de un modelo cruzado (ver figura 1) que explicaría cómo personas con óptima salud mental podrían presentar serios problemas mentales o ausencia de síntomas, y también el cómo personas con deficiente salud mental podrían presentar ausencia de síntomas, o por otro lado, presencia de enfermedad (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2007).

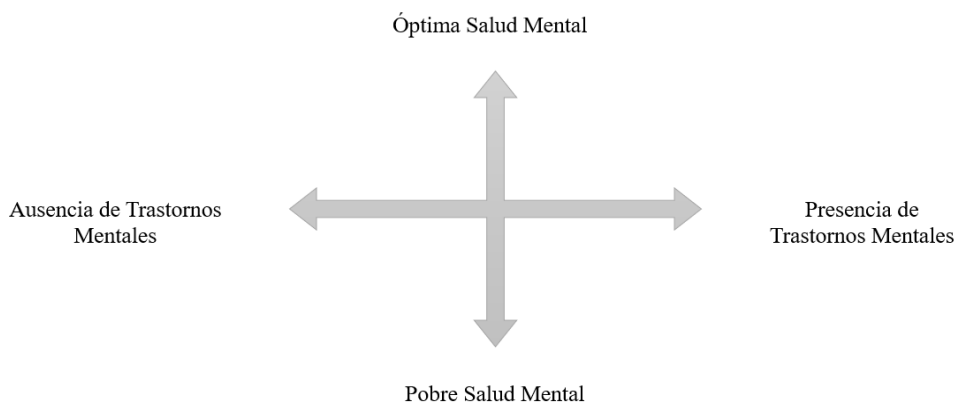


Figura 1. Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. [Figura]. Recuperado de:

[https://www.cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice\\_Page/positive\\_mh\\_en.pdf](https://www.cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf)

Utilizar este cuadrante permite comprender el trastorno bipolar no sólo desde factores biológicos, sino que también posibilita el entendimiento de la enfermedad de manera más amplia donde determinantes personales y/o sociales estarían influyendo en la presentación y severidad del cuadro. Por ejemplo, la presencia de trastorno bipolar no implica necesariamente tener pobre salud mental, puesto que la carga diagnóstica puede verse atenuada cuando la enfermedad es tratada oportunamente.

### 5.3 Suicidio

#### 5.3.1 Conducta suicida.

El suicidio comúnmente se entiende como el acto de acabar con la vida propia, no obstante, cuenta con más de una definición. Éstas varían en el énfasis de la intencionalidad y consciencia de la persona que comete el hecho, aunque hoy en día existe acuerdo en que el suicidio se manifestaría más como respuesta a un dolor de tipo psicológico que a un deseo de morir como tal (MINSAL 2013). Dado lo anterior, la OMS (1967) se vio en la obligación de generar una definición unificada, de la cual se desprenden los siguientes conceptos: a) acto suicida, hecho

por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de la intención y el conocimiento de sus motivos; b) suicidio, muerte que resulta de un acto suicida; c) intento de suicidio, acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (Bobes, González y Sáiz, 1997 citados en García & Peralta 2002).

Distintos autores coinciden en que la complejidad de la conducta suicida puede ser representada en un continuo que va desde: ideación suicida, componente cognitivo que puede ir desde fantasías breves acerca de la muerte hasta la planificación del hecho; intento suicida, elemento conductual donde se ejecuta una acción concreta para acabar con la vida sin tener éxito, hasta; suicidio consumado, resultado de muerte como consecuencia de las conductas anteriores (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Gvion & Apter 2012; Salazar 2012; Vargas, & Saavedra, 2012; Silva, Vicente, Saldivia & Kohn. 2013). Otro concepto importante de mencionar es el de parasuicidio o gesto suicida, se trata de una conducta de similares características a las del continuo suicida, pero es considerado más como una señal de auxilio o manipulación y no tiene como fin último acabar con la vida, sin embargo, muchas veces el resultado es fatal (García y Peralta, 2002).

### **5.3.2 Intento suicida.**

Los intentos suicidas como es mencionado anteriormente no tienen como consecuencia la muerte por definición, no obstante, juegan un papel fundamental a la hora de estudiar el fenómeno dado que el primer factor de riesgo de suicidio consumado en la población general es haber tenido al menos un intento previo (OMS, 2014). Esto cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que los intentos de suicidio son mucho más numerosos que los suicidios consumados (Echeburúa, 2015). De hecho, mundialmente casi un millón de personas se suicidan al año, y se estima que por cada muerte por suicidio se producen entre 10 o 20 intentos (OMS, 2009). Por

tanto, podría tratarse de un indicador potente para tener en cuenta en programas de prevención de suicidios.

### **5.3.3 Factores de riesgo.**

El suicidio se ha vuelto un problema global, según la OMS (2014), es la segunda mayor causa de muerte en personas entre 15 y 29 años en todo el mundo y la tasa de mortalidad general es de 11,4 cada 100.000 habitantes. El suicidio tiene un carácter multicausal (Malhi, Outhred, Das, Morris, Hamilton & Mannie, 2018). Entre los factores que significan un riesgo de suicidio, destaca: poseer diagnóstico psiquiátrico (Los más prevalentes son depresión, bipolaridad, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastorno límite de personalidad), antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la familia, padecer enfermedad crónica dolorosa, ser hombre soltero/viudo/divorciado, bajo nivel de integración y participación social, eventos traumáticos/estresantes, abandono/abuso físico en la infancia, factores propios de la personalidad como alta reactividad emocional, dificultad para manejar altos niveles de angustia y malestar emocional, impulsividad, estrategias de resolución de conflictos deficientes/agresivas y baja autoestima. Por otro lado, haber tenido un intento de suicidio aumenta considerablemente la probabilidad de cometer otro intento y de consumar la muerte (Echávarri, Maino, Fischman, Morales & Barros, 2015). De todas formas, cabe recalcar que estos determinantes no deben ser entendidos de manera lineal si no solo como correlaciones, es decir, recalcar que no existe una causalidad directa entre estos factores y la suicidalidad, por lo que se debe comprender el fenómeno observando más de una arista.

### **5.3.4 Suicidio en Chile.**

Según los últimos estudios nacionales, la tasa de suicidios el año 2009 fue de 12,7 por 100.000 habitantes, 20,6 por 100.000 en hombres y 5,0 por 100.000 en mujeres. Esto muestra

un aumento de 3,1 puntos en relación con la tasa del 9,6 por 100.000 registradas el año 2000 (MINSAL 2013). Entre 1998 y 2010 las muertes por suicidio alcanzaron los 21.874 habitantes. Además, la tasa de mortalidad por suicidio (TMS) promedio en Chile en el período 2000-2011 fue 12,11. Con relación a la TMS por grupos de edad, la tasa de mortalidad más alta entre los años 1998 y 2009 fue en el grupo de 40 a 59 años (14,41 promedio); y la más baja, se encontró en el grupo de menores de 14 años (0,54 promedio). Un dato relevante es que, en los años 1998, 1999, 2000 y 2003 la TMS más alta se encontró en el grupo de mayores de 60 años, en 2001, 2002, 2005 y 2006, la TMS se inclina hacia el grupo de 40 a 59 años (Otzen, Sanhueza, Manterola & Escamilla-Cejudo, 2014).

### **5.3.5 Suicidio y trastorno bipolar.**

Transversalmente se ha asociado la conducta suicida con enfermedades psiquiátricas, en particular el trastorno bipolar. El TB es la condición que mayor riesgo de suicidio presenta en comparación con otras enfermedades psiquiátricas, y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que en la población general (Tondo, Isacson & Baldessarini 2012; Lopez-Castroman, Courtet, Baca-Garcia & Oquendo, 2014 citados en O'Rourke, Heisel, Canham, Sixsmith & BADAS Study Team, 2017). Según Merikangas et al (2011), uno de cada cuatro pacientes con TB tipo 1 han tenido conductas suicidas.

En el contexto nacional, 90% de las personas que murieron por suicidio contaban con diagnóstico psiquiátrico y 80% de estos presentaron sintomatología depresiva (Morales, Echávarri, Barros, Maino, Armijo, Fischman & Monari., 2017).

Lo anterior puede evidenciarse con un estudio realizado en Santiago de Chile el cual contaba con pacientes con distintas patologías psiquiátricas dónde el 44,64% de quienes tenían diagnóstico de TB había tenido conductas suicidas (Morales, Barros, Echávarri, García, Moya & Tomicic, 2017).

## **5.4 Variables ambientales**

### **5.4.1 Factores influyentes en la salud.**

El estudio de los factores influyentes en los trastornos mentales hoy en día da cuenta de relaciones complejas que incluyen variables de personalidad, biológicas y psicosociales. Contrariamente, antiguos paradigmas psicopatológicos proponían explicaciones causales y reduccionistas que asociaban los problemas de salud mental únicamente con factores biológicos y personales, dejando fuera sucesos ambientales que impactan en la vida de las personas, como las relaciones familiares, la condición social y económica, etc. Como las intervenciones psicosociales no le daban real importancia al rol de sociedad en la vida de las personas, daban cuenta de gran cantidad de limitaciones. (MINSAL, 2018).

Por estos motivos, surge la necesidad de visibilizar estas variables, que cobran importancia en la salud física y mental de las personas, lo cual logró Marc Lalonde en 1974, al acuñar el término determinantes sociales de salud (DSS), que hacen alusión al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (Lalonde 1974 citado en Villar Aguirre, 2011). La OMS (2018), los define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud al cual pertenecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, los cuales dependen a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2018). Se podría decir, entonces, que los DSS refieren al contexto social y al proceso en el cual se convierten en consecuencias para la salud (MINSAL, 2018).

Los DSS son externos al individuo y acogen un amplio rango de condiciones naturales, sociales y eventos económicos, y están divididos en dos grupos: los que son de responsabilidad



multisectorial de los estados (económicos, sociales y políticos) y los de responsabilidad del estado específicamente en el sector salud (promoción, prevención, detección, intervención, seguimiento, etc.). Dentro de estos últimos se incluyen: los personales (edad, género, etc.) y relacionados con los estilos de vida de las personas (dieta), los factores ambientales, aspectos biológicos y genéticos y lo que concierne a atención sanitaria y el servicio de los sistemas de salud (Aschengrau & Seage, 2003; Lalonde, 1974 citado en Villar Aguirre, 2011).

#### **5.4.2 ACE y trauma temprano: determinantes ambientales en el trastorno bipolar.**

Como se propuso recientemente, los factores ambientales cobran importancia para la salud mental, y la ocurrencia de experiencias de trauma es un tipo de factor ambiental específico que puede ser provocado por la vivencia de maltrato infantil, el cual se define como cualquier acto de violencia (física, psicológica o sexual), ya sea por ejecución u omisión, provocado intencionalmente por el grupo familiar o vivido en alguna institución social (Garcíaa & Irazustab, 1993).

Entre 1995 y 1997, en Estados Unidos el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la organización Kaiser permanente realizaron un gran estudio que evaluó la relación entre maltrato infantil y salud y bienestar en la vida posterior debido, a la enorme cantidad de casos de maltrato en ese país. Su nombre fue “Estudio de experiencias infantiles adversas (ACE)” y en él se tipificaron las formas más comunes de malos tratos hacia los niños. Las medidas de ACE incluyeron abuso emocional y físico, sexual en la niñez, así como la patología parental, abuso de sustancias o encarcelamiento (Sachs-Ericsson et al., 2016). Los resultados de ACE demostraron que los efectos de una experiencia traumática en niños y adolescentes pueden durar mucho tiempo. Hay siete dominios que se pueden ver afectados adversamente: apego, biología, regulación del afecto, disociación, control del comportamiento, cognición, y concepto de sí mismo (Cook et al., 2005).

Las investigaciones han demostrado que los ACE (por ejemplo, abuso o maltrato emocional, físico o sexual, y la patología o pérdida parental, abuso de sustancias o encarcelamiento) pueden provocar mayor susceptibilidad a ideas suicidas e intentos suicidas a lo largo de la vida en población no patológica y patológica (Dube et al., 2001, 2003; Natalie Brodsky et al., 2001; McHolm, MacMillan, & Jamieson, 2003; López-Castroman et al., 2015 citado en Sachs-Ericsson et al., 2016). Haber sufrido ACE fue un factor predictor de ideas y conductas suicidas en mujeres (16% y 50% respectivamente) y hombres (21% a 33% respectivamente) (Dube et al., 2001; Afifi et al., 2008 citado en Sachs-Ericsson et al., 2016). Por lo tanto, el historial de maltrato infantil sería un factor ambiental importante a tomar en consideración al buscar el origen de conductas suicidas.

Además, cuando un niño/a se ve sometido a situaciones traumáticas, como las del maltrato, puede experimentar la presencia de trauma temprano. Éste se define como una reacción psicológica a experiencias y aprendizajes negativos vividos en la infancia, que tienen gran impacto en el equilibrio emocional de la persona, la cual no lo logra procesar y por ende se vuelve patológico. Producto de estos sucesos, se experimenta una pérdida del sentimiento de seguridad de sí mismo y los otros. (Baselga, M. 2007; León, Arias, 2017). Los efectos del trauma se ven reflejados a nivel psicológico, en la maduración del sistema nervioso y a nivel endocrino (López-Soler, C 2008). Desde una perspectiva neurobiológica, en el cerebro se ha observado una disminución del volumen hipocámpico, falta de integración entre los hemisferios cerebrales e hiper respuestas del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, esto debido a que la exposición al estrés temprano podría propiciar el estrés en la adultez. La combinación de la predisposición genética, experimentar trauma temprano y el adecuamiento al estrés constante afectan la capacidad de respuesta de los circuitos neuronales de las personas. Por ende, el historial de trauma infantil y los cambios neurológicos cerebrales sufridos en una etapa

crítica del desarrollo podrían propiciar situaciones psicopatológicas complejas a posteriori (Cáceres, Vásquez 2013).

Las experiencias traumáticas tempranas pueden ser un factor de riesgo para futuros trastornos mentales y el desarrollo de estrés postraumático (TEPT), el cual está definido como tener “conocimiento de” o una exposición directa a un evento traumático que genera síntomas intrusivos de malestar clínico de manera reiterada y alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (APA, 2014). Es importante diferenciarlo del trauma temprano puesto que no todas las vivencias van a derivar en un TEPT, lo cual depende de muchos factores, entre ellos el carácter de la vivencia, los rasgos personales, la existencia de conductas reparatorias, etc. Además, su presencia puede ser comórbida con otros trastornos como es el caso del TB (Aburto M, 2007; López-Soler, C 2008).

Finalmente, los hallazgos sugieren que el maltrato infantil y la negligencia podrían estar relacionadas y ser un indicador de pacientes bipolares con un curso clínico más complejo, es decir, con inicio temprano de la enfermedad, comportamientos suicidas, aumento de cambios de humor, síntomas más severos y mayor comorbilidad psiquiátrica (Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R, 2011; Agnew-Blais, Danese, 2016), lo cual nuevamente recalca la importancia de dicho factor ambiental en la psicopatología, y específicamente en el TB.

“El abuso y la negligencia en la niñez han sido reportados por 51% de los pacientes con BD. Específicamente, el abuso emocional ha sido reportado por 37% de los pacientes bipolares, 24% reportaron maltrato físico, 24% de negligencia emocional, 21% de abuso sexual y 12% de negligencia física. Además, un tercio de los pacientes presentaron una combinación de diferentes tipos de trauma”. (Daruy-Filho L et al.,2011, p.428).

## **5.5 Variables personales: apego**

En 1969, John Bowlby presenta la teoría del apego como una conducta instintiva, activada y modulada en la interacción con figuras específicas a lo largo del tiempo. Y es a través del contacto con el mundo exterior, en conjunto con una percepción reiterada sobre la disponibilidad presentada por las figuras de apego, que nace esta conducta. Favoreciendo de igual forma la construcción de modelos operativos internos (MOI) del mundo y de las personas significativas dentro de él (incluido él mismo) cada vez más complejos (Bowlby, 1982; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Gracias a este modelo, la persona evalúa la existencia de lejanía o cercanía con la figura de apego, su disponibilidad y, en general, la predisposición a ayudarlo que esta presenta (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011).

Ahora si bien existe acuerdo en que estos patrones de apego son relativamente estables, al existir una tendencia de asimilar la nueva experiencia dentro del MOI existente, éste no resulta definitivo; ha demostrado ser dinámico en relación con el contexto a lo largo del desarrollo, pudiendo sufrir diversos cambios durante la adolescencia y la vida de adulto, incluyendo a la persona que inspira esta conducta, debido al surgimiento de nuevas relaciones (Bowlby, 1980; Cassidy, 2000).

Siguiendo esta línea, Bretherton y Munholland (2016) mencionan una declaración de Bowlby (1980) donde describió las valoraciones preferenciales inherentes en intensos sentimientos de amor y afecto entre las personas y sus figuras de apego:

Muchas de las emociones más intensas surgen durante la formación, el mantenimiento, las interrupciones y la renovación de las relaciones de apego. La formación de un enlace se describe como enamorarse, manteniendo un vínculo como amar a alguien y el perder un compañero como afligirse por alguien. Del mismo modo, una amenaza de pérdida provoca ansiedad y la pérdida real dan lugar a la tristeza; mientras cada una de estas situaciones es probable que provoque enojo, el

mantenimiento no cuestionado de un enlace es experimentado como fuente de seguridad y la renovación de un vínculo como una fuente de gozo (p.83).

### **5.5.1 Apego en la infancia.**

La teoría del apego en la infancia para Bowlby (1969, 1979, 1980), es definida como un sistema motivacional que busca mantener la proximidad entre bebés y sus cuidadores como forma de obtener protección y sobrevivir. Esto implica que el apego se forma, desarrolla, evalúa -y se interviene- en situaciones que involucran estados de estrés o desregulaciones homeostáticas (Lecannelier, 2012).

Bowlby (1969, 1980, 1995, 1997, 2003) define que el vínculo de apego se construye mediante un proceso, en el cual la persona adquiere y desarrolla las capacidades y competencias emocionales necesarias para relacionarse de forma sana en la creación y mantención de lazos afectivos significativos. Todas estas capacidades emocionales que se ponen en juego en las relaciones interpersonales afectivas, desde la capacidad de identificar las emociones, regularlas, diferenciarlas y hasta la más compleja de todas, la empatía, se desarrollan y aprenden, no nacemos con ellas. Y son adquiridas mediante el proceso en que se construye el vínculo, precisamente en la relación interpersonal con nuestras figuras de cuidado. Sin estas capacidades, la posibilidad de establecer relaciones afectivas sanas, equilibradas y satisfactorias se verá seriamente afectada (Barroso, 2014).

Sin ir más lejos, a pesar de que los MOI se forman rápidamente desde el inicio de la vida, la teoría de la mente emergería de la relación que los niños establecen con sus figuras de apego, y estaría en estrecha relación con la capacidad de mentalización o teoría de la mente que éstas figuras tengan (Pinedo & Santelices, 2006), es decir, “la capacidad nuclear que permite a los padres acceder flexible y coherentemente a las emociones y memorias relevantes de las propias experiencias de apego tempranas, y asimismo, proveer una base segura a los propios hijos”.

(Besoain & Santelices, 2009, p.115). Una vez que la mentalización ocurre, surge la llamada afectividad mentalizada que consiste en descubrir los significados subjetivos de otros a partir de los propios estados afectivos (Fonagy et al., 2002).

Para poder terminar su proceso de maduración y organización, el cerebro humano necesita de la interacción con otro ser humano, razón por la cual resultaría crucial en la infancia la existencia de una figura cuidadora que estimule y pueda otorgar calma y seguridad al bebé. Es decir, los niños necesitan una relación cercana y continuada con un cuidador primario para poder desarrollarse emocionalmente y socialmente (Bowlby, 1983, 1989). Una vez internalizada la idea del encuentro con el cuidador, el solo hecho de anticipar que ese momento va a llegar puede calmar al bebé. Es así como en el futuro, el solo hecho de pensar en encontrarse con la pareja o alguna figura cercana calma al adulto (si éste posee un estilo de apego seguro). Porque su cerebro ha aprendido que puede ser calmado y que esa sensación es permanente. Si el cerebro infantil nunca ha experimentado ese estado de calma, o la sensación de que el malestar puede desaparecer, lamentablemente, el cerebro adulto tendrá dificultades para sentirse en paz y en confianza en las relaciones con sus pares (Barroso, 2014).

### **5.5.2 Apego adulto.**

Cuando se introduce la variable apego en la adultez es importante definir por qué este elemento y no otro. Fraley (2000) explica que las dinámicas de las relaciones entre el cuidador y el niño/niña y las relaciones románticas en la adultez están gobernadas por el mismo sistema biológico. Luego añade en base a las investigaciones de Hazan & Shaver que los patrones de apego descritos por Ainsworth (seguro, ansioso-ambivalente, evitativo) son conceptualmente similares a los estilos de amor observados entre adultos. En esta línea, las diferencias individuales en la conducta de apego en adultos son reflejo de las expectativas y creencias que

las personas se han ido formando respecto de ellas mismas y de sus relaciones cercanas a la base de sus historias de apego (Fraley & Shaver, 2000).

Como bien se menciona, aunque en un principio la teoría del apego se focalizó en las relaciones tempranas, posteriormente surgieron una serie de estudios que aplicaron los principios del apego a la edad adulta. Dentro de éstos, los estudios realizados por Hazan y Shaver (1987), refieren que el comportamiento del adulto en relaciones cercanas está moldeado por representaciones mentales, cuyos orígenes se encuentran en las relaciones del niño con sus cuidadores primarios.

La relación que existe entre el apego infantil y el apego adulto, es que ambos se basan en el deseo de proximidad física con la figura de apego, persona que se encargaría además de inspirar confianza y representar una fuente de seguridad en momentos de estrés. Sin embargo, el apego adulto difiere del apego infantil en que las relaciones en la adultez poseen una naturaleza recíproca, las necesidades afectivas previamente satisfechas por los cuidadores se transfieren de forma gradual hacia las relaciones significativas en la adultez (Fraley & Shaver, 2000). El apego adulto se manifiesta en la calidad de las relaciones y en la regulación del afecto ante situaciones de amenaza o conflicto (Feeney & Noller, 2001; Hazan & Shaver, 1987).

#### ***5.5.2.1 Investigaciones en apego adulto.***

Hazan y Shaver (1987) defienden que los principales tipos de estilos de apego descritos en los estudios en la infancia se mantienen en los adultos (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011). Las investigaciones de estos autores aplicados al amor de pareja mostraron que el comportamiento adulto en relaciones íntimas está moldeado por las representaciones mentales de sí mismo y los otros que se origina en las relaciones del niño con sus cuidadores primarios.

Guzmán y Contreras (2012) refieren que, por un lado, la imagen de sí mismo trata de los niveles de ansiedad que presenta una persona en su relación con sus figuras de apego acerca de

ser rechazado o abandonado, de esta forma, quienes tengan una visión positiva de sí mismos presentan bajos niveles de ansiedad, ya que se consideran dignos de recibir afecto y cuidados. Por otro lado, aquellas personas que poseen una visión negativa de sí mismas, tenderían a manifestar preocupación y temor frente al abandono de quien es la figura de apego.

Los autores recién mencionados, agregan que la imagen del otro estaría asociada a los niveles de evitación que la persona manifiesta respecto de las relaciones cercanas, de manera que aquellos que tienen una imagen positiva del otro, en términos de su confiabilidad y disponibilidad, tendrán mayor facilidad para establecer relaciones cercanas con un otro. Por el contrario, aquellos que tienen una visión negativa de los demás tenderán a evitar los vínculos y a evitar involucrarse íntimamente.

Siguiendo los planteamientos de Bowlby, respecto de la representación de sí mismo y de los otros, Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron un modelo de cuatro categorías de apego adulto: seguro, preocupado, desvalorizado y temeroso. Los dos últimos se caracterizan por evitar la intimidad con los otros y desactivar el sistema de apego como una forma de defensa, pero lo hacen por motivos diferentes y utilizando medios diferentes (Bartholomew, 1990; Yárnoz-Yaben 2008). De estos cuatro modelos subyacen dos dimensiones, la ansiedad del abandono y la evitación de la cercanía emocional, que pueden ser medidas con cuestionarios de auto-reporte confiables y válidos y han sido asociadas a distintos aspectos del funcionamiento interpersonal (Mikulincer, Shaver & Slav, 2006). Actualmente, se entiende que los diferentes estilos de apego adulto pueden ser alineados a lo largo de un continuo de estas dos dimensiones conceptuales.

Yárnoz-Yaben y Comino (2011), definen que la dimensión de ansiedad se refiere a la hipervigilancia que presentan las personas en temas relacionados con el apego. Un alto nivel de ansiedad hace que la persona se sienta preocupada de que su figura de apego no vaya a



responder de manera adecuada a sus necesidades (por ejemplo), mientras que un bajo nivel de ansiedad en la persona la ayudará a sentirse más segura en temas de apego.

Siguiendo la definición de estos autores, la dimensión de evitación habla de una tendencia de la persona a usar estrategias para evitar el contacto, en lugar de estrategias de búsqueda de proximidad que le ayuden a regular conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con temas de apego. Quienes estén situados en el extremo alto de este constructo se caracterizan por desconectarse de sus relaciones interpersonales, y quienes se encuentren en el extremo bajo de estas dimensiones podrán sentirse cómodas al abrirse a los demás y tendrían la capacidad de confiar en otros con una base segura.

## **VI. Metodología**

### **6.1 Diseño de la investigación**

La investigación presentada forma parte de una tesis doctoral a cargo del médico-psiquiatra Ulises Ríos, cuyo título es: “Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con trastorno bipolar tipo 1 en eutimia: asociación entre trauma infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos”. En tanto, nuestra investigación bajo el alero de esta tesis se encuentra relacionada al análisis del tipo de efecto del apego en la relación entre experiencias de trauma en la infancia e intentos de suicidio en pacientes bipolares tipo 1.

Se trata de una investigación cuantitativa, no experimental, que tiene el propósito de poder obtener información de tipo numérica y estadística, logrando dar descripciones, explicaciones y predicciones generalizadas con respecto al problema descrito, a partir de una muestra representativa de la población.

Además, la investigación tiene la característica de ser transversal y descriptiva, pues describe los datos recolectados de una población determinada en un momento específico de tiempo.

Por último, el diseño de la investigación es multivariado, pues busca explorar la interacción de diversas variables consideradas en esta investigación.

### **6.2 Población y muestra**

El universo de pacientes en estudio correspondió a individuos que se encontraban ingresados en el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar, y que registraron al menos 1 control en prestadores de salud tanto del sistema público como del sistema privado en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. De esta forma se accedió a una

muestra de pacientes con diferentes grados de adherencia al tratamiento y heterogeneidad en cuanto a nivel socioeconómico y nivel educacional.

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

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

### **6.3 Instrumentos.**

#### **6.3.1 Trauma infantil.**

El antecedente de trauma infantil fue medido a través del instrumento de auto-reporte Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) en su versión abreviada de 28 ítems validada al idioma español por Hernández (2013). El instrumento provee un puntaje total, y cinco puntuaciones según diferentes dimensiones: negligencia física, negligencia emocional, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. El estudio de validación mostró adecuadas propiedades psicométricas, apoyando su confiabilidad y validez.

### **6.3.2 *Apego adulto.***

El apego en adultos fue medido a través del Cuestionario de Evaluación del Apego Experiences in Close Relationships (ECR), una prueba de auto-reporte validado en Chile por Spencer, Guzmán, Fresno y Ramos (2013), el cual consta de 36 ítems que evalúan la ansiedad en las relaciones, y la evitación en la intimidad (Obegi, Morrison y Shaver, 2004 citado en Spencer et al., 2013). El alfa de cronbach obtenido para la dimensión de evitación fue de 0.82 y para la dimensión de ansiedad de 0.83, por lo tanto, cuenta con una buena consistencia interna. Los puntajes para cada dimensión del apego se obtienen a partir del promedio de los valores de los ítems correspondientes a cada una. Además, el ECR permite distinguir 4 categorías del apego, que son: seguro, temeroso, preocupado y desentendido/evitativo.

En cuanto a los coeficientes de confiabilidad de los resultados mediante alfa de cronbach se estimó que correspondía entre 0.82 y 0.84 en la dimensión de ansiedad y entre 0.81 y 0.84 en la dimensión de evitación. Al evaluar las correlaciones ítem-escala los coeficientes fluctuaron entre 0.06 y 0.68.

### **6.3.3 *Intentos de suicidio.***

Los datos sobre la cantidad de intentos de suicidio experimentados por los participantes de la muestra, fue reportada a través de entrevistas previas a la aplicación de instrumentos, y se obtuvo además información desde fichas médicas producto de las hospitalizaciones a las que han sido sometidos a la fecha.

## **6.4 Procedimientos**

El ingreso de pacientes al protocolo de estudio fue mediante el análisis de base de datos de personas ingresadas al sistema de garantías explícitas en salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar, tanto de la red de salud pública (FONASA) como privada (ISAPRES). Todo

paciente que haya registrado al menos un control asistencial en modalidad ambulatoria fue invitado a ingresar al estudio e iniciar el proceso de consentimiento informado, en el cual recibió información pertinente al proyecto de investigación, y se constató clínicamente la autonomía para suscribir acuerdo de participación.

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

Una vez constatado el estado de eutimia, se aplicó la prueba Childhood Trauma Questionnaire – short form (CTQ-SF), validado al español (Hernández 2013). Dicho instrumento fue aplicado en una sesión guiada por profesional del equipo de salud (médico, enfermera, psicólogo o asistente social) con objeto de ofrecer asesoría pertinente, además de obtener datos sobre edad y duración de presencia de trauma infantil, como información complementaria al cuestionario. Además, estudiantes de último año de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso aplicaron el Cuestionario ECR validado en Chile por Spencer, Guzmán, Fresno y Ramos (2013), en sesiones guiadas por Psiquiatra del Hospital para obtener información relacionada a la calidad del apego de los participantes.

Para la obtención de los resultados se realizaron análisis de los estadísticos descriptivos de tendencia central (media) y de dispersión (ds) en base a los datos de las variables clínicas y los puntajes obtenidos en las escalas de los instrumentos. Para la hipótesis 1, 2 y 3 se hicieron análisis de correlación bivariada para observar la relación entre la variable severidad del trauma

temprano y número intentos suicidas, y la relación entre los niveles de ansiedad y evitación con el número de intentos suicidas respectivamente. Luego se hizo un análisis de moderación que incluía niveles de ansiedad o evitación como moderadores de la relación entre la severidad del trauma y el número de intentos de suicidio.

## VII. Resultados

Los datos presentados a continuación, describen las distintas variables involucradas en esta investigación, y el análisis estadístico hecho para obtención de sus resultados. Dentro de ellas se desglosan: variables sociodemográficas para la descripción de la edad, el sexo y curso del trastorno, que explican el tipo de población usada para el estudio, y variables clínicas, como la descripción de conductas suicidas (edad de primer intento suicida y cantidad de intentos), trauma infantil y tipo de apego en la adultez, para el desarrollo del análisis.

La obtención de los resultados se hizo mediante un análisis estadístico que constó de dos análisis bivariados entre el tipo de apego y la presencia de trauma infantil, un modelo de moderación que evaluó la interacción entre dichas variables y el número de intentos suicidas y finalmente una regresión múltiple, que podría explicar de manera conjunta dicha conducta.

### 7.1 Análisis descriptivo

#### 7.1.1 Variables sociodemográficas.

La edad de los participantes se distribuyó entre 20 y 75 años, con una media de 48 años ( $\sigma=14,53$ ) y una moda de 54 años. En relación con el sexo, la muestra se compuso de 21 hombres (30,9%) y 47 mujeres (69,1%).

##### 7.1.1.1 Curso del trastorno.

Respecto a la edad de inicio de la enfermedad (onset), la muestra se distribuyó entre los 8 y los 60 años, con una media de 23 años ( $\sigma=10,06$ ). En cuanto las hospitalizaciones, del total de participantes del estudio 56 personas reportan al menos 1 hospitalización. Dentro de estos sujetos, *se observó una media de hospitalizaciones de 3,03 pts* ( $\sigma=3,244$ ).

## **7.1.2 Variables Clínicas.**

### ***7.1.2.1 Intentos de suicidio.***

*Del total de participantes, 24 sujetos tuvieron al menos 1 intento de suicidio.* Dentro de este grupo el promedio de edad para el primer intento suicida fue de 21,3 años ( $\sigma= 9,2$ ). La cantidad de intentos suicidas de estos sujetos tuvo una media de 1,27 ( $\sigma= 2,19$ ), con un rango que osciló entre 1 y 15.

### ***7.1.2.2 Trauma infantil.***

A continuación, se describen las medias de cada una de las escalas del CTQ-SF. Adicionalmente se interpretan los resultados obtenidos para las dimensiones abuso emocional, abuso físico, abuso sexual. Este procedimiento no se realizó en las escalas negligencia emocional y negligencia física debido a que para éstas no se cuenta con información respecto a puntajes de corte.

La media total del CTQ-SF fue de 44,35 (41,06%), mientras que las medias para las subescalas de este instrumento fueron las siguientes: Abuso emocional (EA) presenta una  $\bar{x}=10,2$ , abuso físico (PA) presenta una  $\bar{x}=7,96$  ptos., abuso sexual (PA) presenta una  $\bar{x}=8,3$  ptos., negligencia emocional (EN) presenta una  $\bar{x}= 0,5$  ptos., negligencia física (PN) presenta una  $\bar{x}=7,42$  ptos.

En Abuso emocional (EA) se reportaron 34 (31,48%) pacientes con presencia de abuso y 74 (79,63%) sin presencia de abuso. En el caso de abuso físico (PA) se reportaron 24 (22,22%) con presencia de abuso y 84 (88,88%) para no abuso. Abuso sexual (SA) reportó para datos con presencia de abuso 47 (43,51%) y 61 (56,48%) sin presencia de abuso.

Los resultados anteriormente descritos se presentan en la siguiente tabla:



Tabla 1

*Medias, desviaciones estándar, y porcentajes de la medición de abuso en las dimensiones del CTQ-SF*

Indicadores	Medias	Desv. Estándar	Frec. abusos	% Abusos	Frec. no abusos	% No abusos
CTQ-SF general	44,35	15,23	35	32,40%	73	67,59%
EA	10,2	4,73	34	31,48%	74	79,63%
PA	7,96	4,39	24	22,22%	84	88,88%
SA	8,3	4,1	47	43,51%	61	56,48%
EN	10,5	4,38	-	-	-	-
PN	7,42	2,78	-	-	-	-

**Nota.** N=108. El incluir porcentaje de abusos y no abusos se debe a la falta de puntajes de corte para evaluar la presencia o no de negligencia en ambas dimensiones (negligencia emocional (NE) y negligencia física (PN), por lo que el análisis de porcentajes se restringe a las tres dimensiones de abuso (abuso emocional (EA), abuso físico (PA), abuso sexual (SA).

### **7.1.2.3 Variable apego.**

Para la obtención de los datos del ECR, se evaluó la cantidad de personas que están sobre y bajo la media de los puntajes de corte en los estilos de apego ansioso y evitativo.

De un total de 126 pacientes, 41 personas evaluadas se encontraron bajo el puntaje de corte de la escala ansiedad y 47 personas se encontraron sobre los puntajes medios esperados. En el caso de la escala de evitación, 42 personas evaluadas se encuentran bajo el puntaje de corte y mientras que 46 personas se encuentran sobre este criterio.

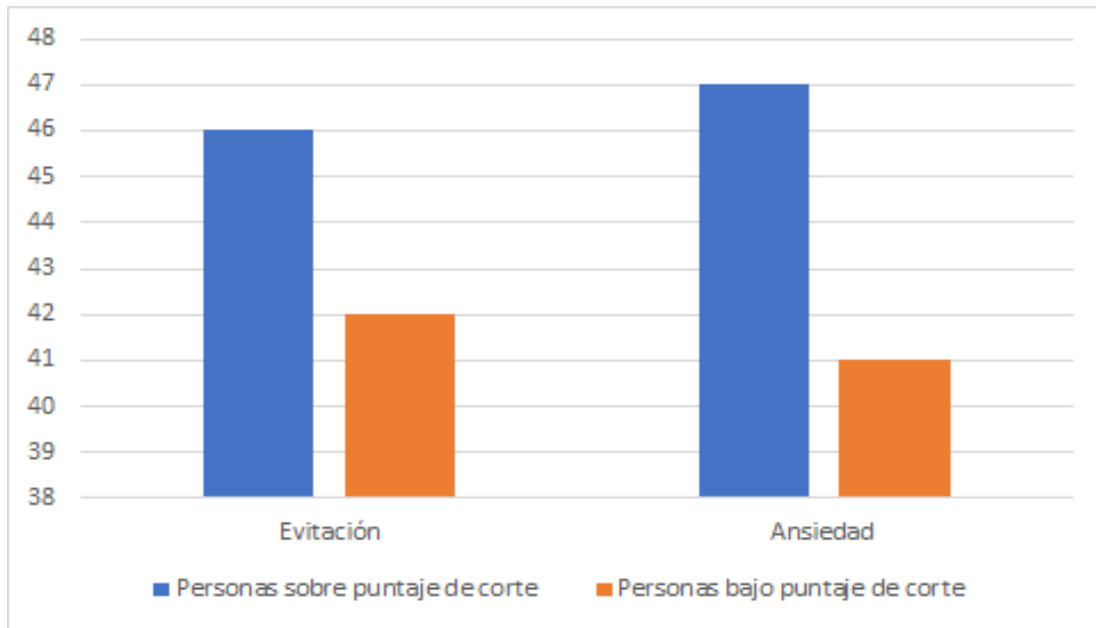


Figura 2. Distribución de puntajes por escala, ECR.

## 7.2 Análisis estadístico de variables

### *7.2.1 Relación entre la severidad del trauma y la frecuencia del número de intentos suicidas en pacientes con bipolaridad tipo I.*

A través de un análisis de correlación bivariado, se evaluó la relación entre el número de intentos de suicidio y cada una de las dimensiones del CTQ. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la escala total del instrumento y el número de intentos de suicidio ( $.251$ ), y entre la escala de abuso emocional y el número de intentos de suicidio ( $.293$ ). Por otro lado, no se observaron correlaciones estadísticamente significativas en las demás dimensiones evaluadas.

Tabla 2

*Correlaciones bivariadas entre el número de intentos y los puntajes de CTQ*

	Número de intentos suicidas	CTQ total	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	Negligencia emocional	Negligencia física	Cantidad de abusos
Número de intentos suicidas	1							
CTQ total	,251*	1						
Abuso emocional	,293**	,850**	1					
Abuso físico	0,122	,767**	,544**	1				
Abuso sexual	0,201	,679**	,568**	,299**	1			
Negligencia emocional	0,153	,733**	,560**	,435**	,363**	1		
Negligencia física	0,085	0,644	,382**	,508**	,383**	,335**	1	
Cantidad de abusos	0,175	,846**	,807**	,732**	,647**	,500**	,397**	1

\* , La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

\*\* , La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

### ***7.2.2 Relación entre los niveles de ansiedad y evitación en el apego, y el número de intentos de suicidio en pacientes bipolares tipo I.***

Mediante un análisis de correlación bivariado se evaluó la relación entre los niveles de ansiedad y evitación en el apego con el número de intentos de suicidio respectivamente.

Tabla 3

*Correlación bivariada entre el número de intentos suicida y los niveles de ansiedad y evitación en el apego*

	Número de intentos suicidas	Niveles de ansiedad en el apego	Niveles de evitación en el apego
Número de intentos suicidas	1		
Niveles de ansiedad en el apego	0,073	1	
Niveles de evitación en el apego	0,18	0,079	1

\* , La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

\*\* , La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Tal como se reporta en la tabla 3, no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre dichas variables.

### 7.2.3 Efecto de moderación del apego, en la relación entre la severidad del trauma y el número de intentos de suicidio.

Para evaluar el efecto del apego en la relación entre la severidad del trauma y el número de intentos de suicidio, se realizó un análisis de cuatro modelos de moderación, en el cual se consideraron como variables independientes aquellas que demostraron estar correlacionadas con la variable dependiente. Es decir, el puntaje total del CTQ y la escala de abuso emocional y el número de intentos de suicidio respectivamente. Las variables moderadoras fueron ansiedad y evitación en el apego.

Los resultados de los cuatro modelos de moderación fueron, para la ansiedad, un coeficiente de regresión lineal estandarizado ( $\beta$ ) de 0,0006 para la interacción con el CTQ total y de  $\beta=0,0015$  para abuso emocional. Respecto a la evitación el coeficiente fue de  $\beta=-0,0003$  para el CTQ total y de  $\beta=-0,0011$  respecto de la interacción con el abuso emocional.

Tabla 4

#### Modelos de moderación

Variable	$\beta$	Std. Error	t	p	95% CI		R	R <sup>2</sup>	F	p
					LL	UL				
Mode b 1										
CTQ total	0,0159	0,017	0,9387	0,3515	-0,018	0,0499	0,1913	0,366	0,7851	0,5068
Ansiedad	0,0046	0,0115	0,398	0,692	-0,0184	0,0276				
Interacción	0,0006	0,0007	0,8087	0,4218	-0,0009	0,0021				
Mode b 2										
Abuso emocional	0,0751	0,0549	1,3678	0,1763	-0,0347	0,185	0,2417	0,0584	1,2821	0,2884
Ansiedad	0,0037	0,0114	0,3218	0,7487	-0,0191	0,0265				
Interacción	0,0015	0,0021	0,6928	0,491	-0,0028	0,0057				
Mode b 3										
CTQ total	0,0202	0,0171	1,1762	0,244	-0,0141	0,0544	0,2378	0,0566	1,2389	0,3032
Evitación	0,0177	0,0124	1,427	0,1586	-0,0071	0,0425				
Interacción	-0,0003	0,0008	-0,417	0,6781	-0,0018	0,0012				
Mode b 4										
Abuso emocional	0,0924	0,0501	1,8454	0,0698	-0,0077	0,1924	0,2939	0,0864	1,9537	0,102
Evitación	0,0184	0,0121	1,5149	0,1349	-0,0059	0,0426				
Interacción	-0,0011	0,0024	-0,4832	0,6306	-0,0059	0,0036				

Nota: Variable dependiente = número de intentos suicidas; CI = intervalo de confianza; LL = Límite inferior; UL= Límite superior.

Tal como se puede observar en la tabla 4 y según lo expuesto recientemente, no se observó ninguna regresión estadísticamente significativa.

#### ***7.2.4 Relación entre la presencia de abuso y la presencia de evitación y ansiedad en el apego, y el número de intentos de suicidio.***

Finalmente se hizo un análisis para identificar aquellas variables cuya presencia podrían explicar de manera conjunta el número de intentos de suicidio.

Para esto, se dicotomizó la variable ansiedad y la variable evitación según los puntajes de corte que obtuvieron los pacientes, y se le asignó un valor 0 a los estuvieran bajo el puntaje de corte y un valor 1 cuando estuviesen sobre el puntaje de corte. Y para la variable de abuso, en la medida en que los pacientes reportan al menos un abuso sobre la media esperada, se codificó como 1 con independencia de la cantidad de abusos que habían, y 0 cuando no había presencia de abuso.

En primer lugar, se evaluó qué variables estaban asociadas entre ellas y para eso se hizo un análisis de correlaciones bivariadas, a través del RHO de Spearman.

En el resultado de este análisis se encontró que la presencia de abuso y la presencia de evitación en el apego, estaban asociadas al número de intento de suicidio en (0,963).

Tabla 5

*Análisis de correlación bivariada*

	Número de intentos suicidas	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	Presencia de ansiedad en el apego	Presencia de abuso	Presencia de evitación en el apego
Número de intentos suicidas	1						
Abuso emocional	0,111	1					
Abuso físico	0,122	,411**	1				
Abuso sexual	0,174	,368**	0,141	1			
Presencia de ansiedad en el apego	0,086	0,132	0,021	0,03	1		
Presencia de abuso	,246*	,619**	,497**	,703**	0,68	1	
Presencia de evitación en el apego	,255*	-0,041	0,867	-0,077	0,157	0,963	1

\* , La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

\*\* , La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

A partir de estos resultados, se realizó un análisis de regresión para evaluar la influencia que tenían estas variables como predictores del número de intentos de suicidio. Para esto se probaron tres modelos de regresión, en el primero solamente se incorporó como variable predictora la presencia de abuso, en el segundo solamente se incluyó la presencia de evitación en el apego, y en el tercero tanto la presencia de abuso como la de evitación.

Tabla 6

### *Modelos de regresión múltiple*

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	R	R <sup>2</sup>	EE	F	p
	B	Error estándar	$\beta$							
<b>Modelo 1</b>										
Presencia de abusos	0,967	0,483	0,243		2,001	0,243	0,059	1,9538	4,006	0,05
<b>Modelo 2</b>										
Presencia de evitación en el apego	0,951	0,47	0,242		2,023	0,242	0,058	1,9352	4,094	0,047
<b>Modelo 3</b>										
Presencia de abusos	0,972	0,471	0,244		2,065	0,346	0,12	1,9043	4,291	0,018
Presencia de evitación en el apego	0,981	0,47	0,247		2,09					0,041

Nota: Variable dependiente = número de intentos suicidas

Se observó que, para el primer modelo, este explica un 6% de la varianza ( $b=0,967$ ,  $p=0,05$ ). El segundo modelo explica el 6% de la varianza ( $b=0,951$ ,  $p=0,0047$ ). Y, por último, el tercer modelo explicó el 12% de la varianza ( $b=0,981$ ,  $p=0,018$ ).

## VIII. Discusión

### 8.1. Relación entre severidad del trauma y frecuencia de intentos suicidas.

En cuanto a la relación entre la severidad del trauma y la frecuencia de intentos suicidas en pacientes con TB tipo 1, los resultados obtenidos indican que no existen relaciones estadísticamente significativas. No obstante, se encontró una correlación positiva entre el puntaje CTQ total (presencia de algún tipo de trauma), y la cantidad de intentos suicidas en la población estudiada. Asimismo, se encontró una correlación positiva entre la presencia <sup>1</sup> de *abuso emocional* y la *cantidad de intentos de suicidio*.

La correlación entre la escala total del CTQ y los intentos de suicidio, podría explicarse debido a que la mayoría de las personas que han sufrido abuso en la infancia, han experimentado más de un tipo de abuso (Kisely, Abajobir, Mills, Strathearn, Clavarino & Najman, 2018) y probablemente, que la intensidad de estos abusos de manera individual no se reporte como grave, podría ser a causa de las representaciones sociales que posee la población estudiada acerca del maltrato, que en algunos casos refieren como normales o justificados, aunque en general, las creencias acerca de maltrato están condicionados al contexto y las experiencias personales (Rodríguez, Teresa y Moro, 2013).

Por otro lado, el abuso emocional correlaciona positiva y significativamente con los intentos de suicidio. Y a pesar de que el abuso emocional no ha sido objeto de estudio en profundidad, Liu, Fang, Gong, Cui, Meng, Xiao, et al (2017), en un metaanálisis, demostraron que el abuso emocional tiene un mayor efecto en la conducta suicida en comparación a otros tipos de abuso, lo que coincide con los hallazgos de este estudio. Por otro lado, Byambaa, Butchart, Scott & Vos. (2012), plantean que una amplia gama de formas de maltrato infantil se asocia con el riesgo de intento de suicidio en pacientes con trastorno bipolar, que incluye: abuso sexual,

---

<sup>1</sup> Hay que recordar que la presencia de trauma fue dicotomizada y analizada a través de correlación de Spearman.

abuso emocional, abuso físico y negligencia emocional. Por lo tanto, existe evidencia que respalda los resultados obtenidos del presente estudio, además de abrir nuevas conjeturas respecto a los malos tratos que han recibido pacientes con TB1 en la infancia.

Una de las explicaciones que se desprende de lo anterior, podría tener relación con que los malos tratos que recibieron estos pacientes en su infancia hayan sido perpetuados por parte de sus figuras de cuidado, llevándolos a la situación paradójica de ser maltratado por quien debiera ofrecer contención y cuidados, generando así una tendencia inconsciente de justificar el maltrato y en consecuencia normalizarlo (Camps-Pons, Castillo-Garayoa & Cifre, 2014). Considerando además el factor de los significados en torno a la violencia que culturalmente han influenciado la percepción de la misma. Sin tomar en consideración las definiciones que (por ejemplo) ofrece el CTQ, quien define que el abuso emocional estaría conformado por aquellas agresiones verbales al sentido de valía o bienestar de un niño o cualquier conducta humillante o degradante dirigida hacia un niño por un adulto o una persona mayor (Domínguez, 2018). Algunas de las conductas abusivas emocionalmente son: rechazo, terror, privación de relaciones sociales, frialdad afectiva, entre otros (Jiménez, Oliva y Saldaña, 1996 citados en Muela 2008). Se incluye además como conducta de abuso emocional:

“Desvalorizar o menoscabar sistemáticamente la autoestima del niño mediante cualquier forma de expresión actitudinal o verbal que le provoque daño psicológico.

Son actos de naturaleza intencional o cualquier forma de disminuir la valoración en el niño de sí mismo, de parte de los adultos” (Muñoz y De Pedro, 2005, p.110).

A partir de lo anterior, se podría pensar que una baja autoestima puede constituirse como una característica socioemocional que desarrollarían quienes han sido víctimas de este tipo de abuso. La evidencia muestra que poseer baja autoestima se encuentra relacionado con la



posibilidad de desarrollar enfermedades mentales con un curso desfavorable (Góngora y Casullo, 2009). Por lo tanto, se podría conjeturar que poseer baja autoestima podría influir en las estrategias de afrontamiento de quienes participaron en este estudio. Además, según Mariochi (2014), quienes han sido víctimas de abuso emocional se predisponen a recibir ataques psicológicos, por lo tanto, se comportan de manera defensiva en sus relaciones interpersonales.

Es decir, haber experimentado este tipo de trato en la infancia generaría desesperanza no sólo hacia los otros, sino también en cómo se percibe el entorno en general (como hostil). Por tanto, resulta posible hipotetizar que personas con trastorno bipolar tipo 1 con experiencia de abuso emocional, a través de una baja autoestima, podrían presentar mayor probabilidad riesgo de cometer intentos suicidas.

## **8.2. Relación entre los niveles de evitación/ansiedad y frecuencia de intentos suicidas.**

En cuanto a los resultados obtenidos, no existe una relación estadísticamente significativos entre los niveles de evitación/ansiedad y el número de intentos suicidas, pero sin embargo, cuando dichas variables se dicotomizaron y se analizaron con RHO de Spearman se demostró una asociación entre la presencia de evitación en el apego<sup>2</sup> y la cantidad de intentos de suicidio, lo que no ocurre en el caso de la ansiedad en el apego, por lo que no se puede hipotetizar sobre dicha relación.

Se plantea que este resultado puede deberse a que las personas que presentan altos niveles de evitación tienden a aislarse, ya que “aquellos que tienen una visión negativa de los demás, como poco receptivos, tenderán a evitar involucrarse más íntimamente en los vínculos” (Guzmán y Contreras, 2012, p.70), lo que también podría llevarlos a no conectar con sus

---

<sup>2</sup> Hay que recordar que las variables evitación y ansiedad en el apego fueron dicotomizadas y analizadas mediante correlación de Spearman

propias emociones. Este tipo de estilo representacional, para Borowsky, Resnick, Ireland y Blum (1999), refiere a que, quienes manifiesten altas dificultades en las relaciones y no hablen con sus cercanos sobre temas que les provoquen malestar, tienen alto riesgo de presentar conductas suicidas. Mientras que, “disponer de habilidades sociales que favorezcan las relaciones interpersonales y de apoyo social protege de la vulnerabilidad suicida” (Borowsky et al. 1999, citado en Morales et al. 2017, p.11).

Lo anterior tiene estrecha relación con haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia, como se evidencia en el puntaje CTQ total de este estudio, destacando en él, la experiencia de abuso emocional. Esto se puede explicar, debido a que el tener esa imagen negativa de un otro, podría ser producto de que sus figuras de apego en la infancia no atendieron contingentemente sus momentos de estrés, incluso se los causaron. Generando una imagen negativa de un otro que provoca la tendencia a perder el contacto social. Como bien se menciona en el estudio de Kokoulina y Fernández (2014), “el aspecto en común más importante de las diferentes formas de maltrato es el hecho de que ocurren dentro de la familia y son habitualmente perpetradas por los padres o cuidadores quienes están encargados del cuidado y socialización del niño (p.99)”. Y, como bien ya se ha destacado anteriormente, el hecho de ser víctima de malos tratos y negligencias por parte de quienes deberían proteger y ofrecer seguridad, coloca a las personas en una situación paradójica (Camps-Pons, Castillo-Garayoa & Cifre, 2014) que podría traer consecuencias en el desarrollo de la personalidad (López-Soler, 2008) y es concebible que influya en características psicológicas vinculadas a la tendencia suicida como es la desesperanza (Beck, Kovacs y Weissman, 1975), desregulación emocional (Anestis, Bagge, Tull y Joiner, 2011) e indefensión (Kleinman, Miller y Riskin, 2012).

“En aquellos casos en los que las relaciones tempranas con los cuidadores se caracterizan por la inseguridad en el modelo de apego, por su rechazo o indisponibilidad, es más probable que las relaciones en la adolescencia y en el período

adulto sean emocionalmente frías o se caractericen por la ansiedad y los celos” (Muela, Balluerka, Torres Gómez, & Gorostiaga, 2016, p.63).

En la conducta suicida, existen dos tipos de vivencias que resultan especialmente importantes y ocasionan sufrimiento psicológico; por un lado está la desconexión, alienación o sentimiento de baja pertenencia social y, por el otro, la percepción de uno mismo como una carga para otros (Kokoulina y Fernández, 2014). Esto último está relacionado a una imagen de sí mismo disminuida en comparación a la de un otro, como ocurre en quienes posean un estilo de apego ansioso, que se caracterizan por la necesidad afectiva extrema que estas personas sienten hacia otra, y como se demostró en el estudio de Guzmán y Contreras (2012), “las personas con alta ansiedad tendieron a reportar más preocupación obsesiva y dependencia emocional del otro (p.71)”, mostrándose inseguros, preocupados, lábiles y excesivamente apegados en sus relaciones afectivas (Martínez, & Santelices, 2005), y en consecuencia buscar compañía y hacer grandes esfuerzos para mantener cerca de su figura de apego, ya que presentan mayores niveles de ansiedad ante la separación y búsqueda de proximidad; ambas variables utilizadas en estudios de apego para medir la ansiedad (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987; Simpson, 1990; West & Sheldon, 1987). Esto llevaría a las personas a tener más oportunidades o instancias de generar procesos introspectivos en compañía de estas figuras, quienes podrían ayudarlos a regularse y así evitar la conducta suicida, significando entonces un menor riesgo de suicidio en comparación con las personas que presenten mayores niveles de evitación.

### **8.3. Efecto de moderación del apego, en la relación entre la severidad del trauma y el número de intentos de suicidio**

En el análisis de la relación entre severidad del trauma temprano y la frecuencia de intentos suicidas en pacientes bipolares tipo 1, no se encontró un efecto moderador del apego, lo cual

implica que dicha relación no se ve condicionada por los niveles de ansiedad y evitación en el apego. Esto podría explicarse porque no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables descritas, por tanto, asumir un efecto moderador, conllevaría a aseverar una interacción entre la severidad del trauma y la frecuencia de intentos suicidas (lo cual no se dio en este caso).

Sin embargo, tomando en cuenta que sí se encontraron correlaciones significativas entre el puntaje total del instrumento CTQ y la escala de abuso emocional con el número de intentos suicidas, esto podría indicar que la presencia de cualquier tipo de abuso, independiente de su severidad y su tipo, podría influir en la conducta suicida de quién lo padece. Por ese motivo, se decidió comprobar dicha situación dicotomizando tal variable, y además de la variable ansiedad y la evitación en el apego, lo que implica analizar si su presencia influía en la suicidalidad.

De aquello se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre el número de intentos suicidas y presencia de abuso y la presencia de evitación en el apego respectivamente, por lo que se optó por analizar cuanto de dicha conducta podrían explicar estas variables mediante un modelo de regresión múltiple, el cual que permitiera observar su influencia. En dicho modelo, la presencia de abuso y presencia de evitación en el apego, explicaban 6% de la varianza de manera independiente, y conjuntamente, un 12% de esta.

Estos resultados son coherentes con lo expuesto anteriormente, ya que la mera presencia de abuso (algún tipo de trauma en la infancia) podría tener influencia en la cantidad de intentos de suicidio. Y la presencia de evitación en el apego también podría afectarla, puesto que como se dijo reciamente, sería un factor de riesgo para dicha conducta.

Debido a esto, y destacando que las conductas suicidas tienen un origen multicausal (base de esta investigación), observar la influencia de ambos factores entregaría una gama más amplia de opciones, y, por ende, del abordaje de esta problemática. Un modelo de regresión entonces

permite explicar la temática desde distintas perspectivas, puesto que visibiliza el aporte de factores ambientales y personales en su conjunto, lo que permite dilucidar su complejidad.

## IX. Conclusiones

El objetivo principal del presente estudio consistió en evaluar el efecto del tipo de apego en los intentos suicidas en pacientes bipolares tipo I con antecedentes de experiencias traumáticas en la infancia.

Con respecto a lo anterior, se hace pertinente evidenciar que no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables comprometidas en la investigación, no obstante, se observaron resultados importantes para el estudio de las variables presentes en el curso del Trastorno Bipolar tipo 1.

En relación con la primera hipótesis, en la cual se esperaba encontrar una correlación positiva entre la severidad del trauma experimentado en la infancia y la frecuencia de intentos de suicidio, no se logra encontrar aquella asociación, pero sí se puede observar que la mera presencia de trauma estaría influyendo en la suicidalidad de pacientes con TB 1. Además, se observa que el abuso emocional como variable independiente, también correlaciona positivamente con los intentos de suicidio. Resulta importante agregar la posibilidad de que factores como la normalización de los malos tratos y la significación que los pacientes con TB tipo 1 pudiesen tener de aquellas experiencias traumáticas de la infancia, podrían tener incidencia en los resultados observados.

De igual forma, en este estudio se esperaba encontrar asociaciones positivas entre ansiedad/evitación en el apego y la frecuencia de intentos de suicidio. No obstante, esa hipótesis resultó medianamente descartada, debido a que solo la evitación en el apego correlacionó positivamente con la suicidalidad. Una explicación que se ofrece en la investigación es que las personas que emplean estrategias de evitación en sus relaciones personales suelen aislarse, por lo tanto, no contarían con una retroalimentación socioemocional

que los ayude a desarrollar estrategias para regular sus emociones negativas, en consecuencia, podrían manifestar conductas suicidas en situaciones de crisis.

Y si bien el efecto moderador que tendría el apego en la relación entre la severidad del trauma y la cantidad de intentos suicidas no fue tal, a través de un análisis de regresión múltiple, resultó posible evidenciar una relación entre la presencia de trauma y la evitación en el apego de forma conjunta con los intentos de suicidio, es decir, de igual forma se vuelve necesario generar análisis multifactoriales en torno al trastorno bipolar y las consecuencias negativas del curso de la enfermedad.

Concluyendo la idea anterior, este estudio arrojó dos grandes macro hallazgos a destacar; los cuales proponen que la mera presencia de experiencias de maltrato y la evitación en el apego tienen efectos en la suicidalidad y que juntas podrían explicar la frecuencia de intentos suicidas en pacientes con trastorno bipolar tipo 1.

Por otro lado, con respecto a las fortalezas de esta investigación, se vuelve necesario mencionar la importancia de este estudio para el área de protección en la infancia, contemplando la reparación de eventos traumáticos en padres y cuidadores a cargo de la crianza de NNA, especialmente en pacientes del hospital psiquiátrico El Salvador, particularmente participantes de este estudio con trastorno bipolar tipo 1 y sus familias. Esta investigación puede ser utilizada para demostrar la importancia de que el área de Psiquiatría Adulto trabaje en conjunto con el área Infanto Juvenil del hospital, ya que no puede solo considerarse el factor biológico de esta patología, también hay que prestar atención a los factores ambientales como el trauma temprano, por lo que resulta necesario fortalecer las competencias parentales de estos pacientes para que sus hijos/as tengan menor probabilidad de desarrollar el trastorno al tener como factor protector una crianza respetuosa libre de traumas.

Desde la fenomenología descrita para la observación clínica del trastorno bipolar, se ha señalado que muchos de estos pacientes cuentan con características basales asociadas a la baja conciencia de enfermedad y escasa adherencia al tratamiento. Y es por esto que este estudio podría ayudar a conformar estrategias de abordaje para la descompensación de este trastorno a través de la psicoeducación familiar. Además, puede resultar útil en la planificación de acciones enfocadas en el entendimiento de la enfermedad desde una mirada mucho más integrativa, y con una perspectiva socioambiental.

En relación con las debilidades, la actual investigación utiliza cuestionarios de tipo retrospectivos que implican obtener datos de los pacientes a través de evocaciones sobre experiencias remotas, pudiendo verse afectada la información derivada de aquella pesquisa. Posibles sesgos atribuidos al uso de la memoria como recurso de obtención podrían contaminar los datos utilizados para la conformación de esta investigación, aumentando o disminuyendo la percepción de evocación frente a los ítems.

En esta misma línea, es necesario notar sesgos de tipo cualitativo asociado a la medición de los tipos de trauma en la infancia. El cuestionario de trauma infantil (versión acortada) evalúa en cinco dimensiones la totalidad de las experiencias traumáticas, obviando aspectos relativos a niveles de experiencia del trauma, es decir, no permite graduar la intensidad de las experiencias adversas ni tampoco la cantidad. Otro aspecto que destacar en esta temática, y pertinente para discusión en futuros estudios trata sobre la naturalización de la violencia. Una de las dimensiones del cuestionario para evaluar trauma infantil trata sobre abuso emocional. Este tipo de abuso es el menos evidenciable respecto a las otras dos dimensiones de abuso (sexual y físico), puesto que trata de formas en que la agresión se manifiesta de manera psicológica, resultando menos tangible. Cuando las formas de agresión resultan menos evidenciables, las personas tienden a soslayar las consecuencias asociadas a ese tipo de maltrato, y, por el contrario, ponen acento sobre la violencia comprobable.



En lo referente a tamaño muestral, se evidenció que las dificultades para encontrar correlaciones entre las variables podrían atribuirse al tamaño muestral. En esfuerzos por generar asociaciones, durante la interpretación de las correlaciones obtenidas se generó un análisis que mostró, que se necesitaba de una muestra sustancialmente mayor a la actualmente trabajada. Investigar con una muestra más grande podría haber permitido encontrar relaciones más potentes y numerosas.

Respecto a la evaluación de elementos que potencialmente podrían haber mediado o moderado la intencionalidad suicida en la adultez, se conflictúa el tipo de estudio realizado para esta investigación, caracterizado por ser transversal. Utilizar este tipo de estudio, y no longitudinal, permite el desarrollo de sesgos relativos a evidencia de potenciales situaciones atenuadoras, reparatorias, o acentuadoras de las experiencias traumáticas en la infancia. Se soslayan aspectos que podrían ayudar a comprender de mejor manera el curso de la enfermedad bipolar, como, por ejemplo, relaciones amorosas, ambientes contenedores, evaluación de escolaridad, exposición a más eventos traumáticos, etc.

Se espera que esta investigación de pie a futuros estudios que analicen el curso de la enfermedad bipolar desde un enfoque multifactorial, que no solo se encargue del entendimiento desde una perspectiva biológica sino además considerar factores sociales (DSS) y personales: apego, que puedan incidir en el desarrollo del trastorno bipolar, además de considerar nuevas metodologías de evaluación como el caso de las entrevistas, ya que estas podrían entregar información cualitativa más allá de los resultados entregados por pruebas estandarizadas.

Finalmente, se vuelve necesario discutir la necesidad de integrar el abuso emocional como parte de las investigaciones en maltrato durante la infancia, considerando este tipo de abuso como una variable que se encuentra naturalizada en la perspectiva adultocéntrica; acciones como el humillar, aterrorizar, devaluar, avergonzar y la indiferencia, podrían generar en el

tiempo un daño no evidenciable en la conformación de la autoestima, ya que padres y/o cuidadores consideran estas acciones como prácticas naturalizadas en la crianza.

## X. Referencias

- Aburto Baselga, m. (2007). *Revista Electrónica De Psicoterapia*, 1(1988-2939).
- Agnew-Blais, J. & Danese, A. (2016). Maltrato infantil y resultados clínicos desfavorables en el trastorno bipolar. [online] Recuperado de: [http://DX.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](http://DX.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®* (5° ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Anestis, M.D., Bagge, C.L., Tull, M.T., & Joiner, T.E. (2011). Clarifying the role of emotion regulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour in an undergraduate sample.
- Barroso, O. (2014). Adult Attachment: The attachment style developed in childhood has a significant influence on the processes of mate choice and on the quality of affective relationships.
- Bartholomew, K & Horowitz, L (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour: an overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Besoain, C., y Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: Una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118.
- Bolívar Arango, L., Convers Durán, A., y Moreno Méndez, J. (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psychologia*, 8(1), 67. doi: 10.21500/19002386.1215

- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 573-580.
- Bowlby, J (1983). *El apego (El apego y la pérdida I)*. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Morata.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida (El apego y la pérdida III)*. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1983). *La separación (El apego y la pérdida II)*. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós Ibérica)
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2016). The internal working model construct in light of contemporary neuroimaging research. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 63-88.
- Cáceres-Taco, E., y Vásquez-Gómez, F. (2013). Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76 (4), 255-267.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25(1), 67-74.

Canadian Institute for Health Information. Improving the Health of Canadians: *Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: CIHI; 2009.

Cassidy, J. (2000). The complexity of the caregiving system: A perspective from attachment theory. *Psychological inquiry*, 11(2), 86-91.

Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, 286(24), 3089-3096.

Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, undécima edición [CIE-11]. (2018). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Recuperado en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Cohen, A. & Eagle, M. (2005). Prediction of relational functioning from attachment in adult romantic relationships. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 1331-1333.

Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053-1073. doi:10.1037/0022-3514.78.6.1053

Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 363-383. doi:10.1037/0022-3514.87.3.363

Craddock, N., & Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. *Journal of medical genetics*, 36(8), 585-594

Craddock, N., & Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1654-1662.

- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 427-434.
- Diler, R., & Birmaher, B. (2018). *Trastorno Bipolar en Niños y Adolescentes* [Ebook] (pp. 2 - 7). Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018. Recuperado de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.2-Bipolar-Spanish-2018.pdf>
- Domínguez A. P. (2018). Validación inicial del "Childhood Trauma Questionnaire-Short Form" versión española en Chile.
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Esquemas básicos y suicidio en una población crónicamente traumatizada. *Diario de enfermedad nerviosa y mental*, 196(1), 71 – 74.
- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S., y Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica. 10. 1-16.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fagiolini, A., Forgione, R., Maccari, M., Cuomo, A., Morana, B., Dell'Oso, M. C., ... & Rossi, A. (2013). Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 161-169.
- Feeney, J., Noller, N. (2001) *Apego Adulto*. Desclée de Brouwer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

- Forkey, H., & Conn, A. M. (2018). Childhood Trauma Management in Primary Care. *Advances in Pediatrics*.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132-154.
- García, E., y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 27, No. 3, pp. 87-96).
- Garcíaa, F. Z., y Irazustab, E. A. (1993). Maltrato infantil (Vol. 23). Recuperado el.
- Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 121-125.
- Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhe (Santiago)*, 21(1), 69-82.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*. 34. 10.1007/BF03391677.
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and social Psychology*, 52, 511-524.

- Julian D. Ford & Jennifer M. Gómez (2015) La relación entre trauma psicológico y desórdenes disociativos y estrés postraumático y la autolesión y el suicidio: una revisión, diario de trauma y disociación, 16:3, 232-271.
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 1–6. doi:10.1192/bjp.2018.207.
- Kleinman, E.M., Miller, A.B., & Riskin, J.H. (2012). Enhancing attributional style as a protective factor in suicide. *Journal of Affective Disorders*, 143, 236-240.
- Kokoulina, E., & Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 93-103.
- Lecannelier, F. (2012). Programas de prevención en el fomento de la seguridad del apego en contextos vitales del niño: la experiencia chilena. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (20), 19-28.
- León, L. & Arias, C. (2017). Trauma Temprano y Suicidio. Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín.
- Leverich, G. S., & Post, R. M. (2006). Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *The Lancet*, 367(9516), 1040-1042.3
- Leyton, F., Barker, M., Cáceres, R., Morán, J. and Martínez, V. (2017). Contribución de la medición del modelo de apego en la estimación del riesgo suicida en adolescentes. Revisión de la literatura *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 28(2), pp.39 - 48.



- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., et al. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: a meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 220, 147–155. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.060
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 159-174.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Malhi, G. S., Outhred, T., Das, P., Morris, G., Hamilton, A., & Mannie, Z. (2018). Modeling suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 20(4), 334-348. doi:10.1111/bdi.12622
- Marchiori, H. (2004). *Victimología. La víctima desde una perspectiva criminológica*. Editorial Brujas.
- Maruani, J., Anderson, G., Etain, B., Lejoyeux, M., Bellivier, F., & Geoffroy, P. A. (2018). The neurobiology of adaptation to seasons: Relevance and correlations in bipolar disorders. *Chronobiology International*, 1-19.
- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psyche (Santiago)*, 14(1), 181-191.
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of general psychiatry*, 60(5), 497-502.

- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Slav, K. (2006). Attachment, mental representations of others, and gratitude and forgiveness in romantic relationships. *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*, 190-215.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años o más*. Santiago. Ministerio de Salud.
- Morales, S., Barros, J., Echávarri, O., García, F., Osses, A., Moya, C., & Tomicic, A. (2017). Acute Mental Discomfort Associated with Suicide Behavior in a Clinical Sample of Patients with Affective Disorders: Ascertaining Critical Variables Using Artificial Intelligence Tools. *Frontiers in psychiatry*, 8, 7.
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., & Monari, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psyche (Santiago)*, 26(1), 1-14.
- Muela, A., Balluerka, N., Torres Gómez, B., & Gorostiaga, A. (2016). Apego romántico en adolescentes maltratados en su niñez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1).
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24(1).
- Muñoz, M., y De Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista complutense de educación*, 16(1), 107-124.

- Natalie J. Sachs-Ericsson, Nicole C. Rushing, Ian H. Stanley & Julia Sheffler (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide, 20:2, 139-165
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic reviews*, 30, 133-54. 10.1093/epirev/mxn002.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Med*, 9:e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- Nyer, M., Holt, D. J., Pedrelli, P., Fava, M., Ameral, V., Cassiello, C. F., & Farabaugh, A. (2013). Factores que distinguen a los estudiantes universitarios con síntomas depresivos con y sin pensamientos suicidas. *Anales de la psiquiatría clínica*, 25(1), 41 – 49.
- O'Rourke, N., Heisel, M. J., Canham, S. L., Sixsmith, A., & BADAS Study Team. (2017). Predictors of suicide ideation among older adults with bipolar disorder. *PLoS one*, 12(11), e0187632.
- O'Connor, e., Gaynes, b. n., Burda, b. u., SOH, C., & Whitlock, e. p. (2013). Detección y tratamiento del riesgo suicida relevante para la atención primaria: una revisión sistemática para el grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos. *Los anales de la medicina interna*, 158, 741 – 754.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en salud mental

Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). [online]  
Recuperado en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Subsana las desigualdades en una generación - ¿WHO? [online] Recuperado en:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/closethegap\\_how/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/)

Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C., & Escamilla-Cejudo, J. A. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Revista médica de Chile*, 142(3), 305-313

Parra, D. G., de María, V. G., Sánchez, C. L., & Iglesias, S. S. (2007). Enfermedad bipolar. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(85), 5461-5468.

Pinedo Palacios, J. R., & Santelices Álvarez, M. P. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, 24(2).

*Positive Mental Health*. Ottawa: CIHI; 2009.

Ríos, U. (2016). Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con trastorno bipolar tipo I en eutimia: asociación entre trauma infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos.

Rodríguez, V., Teresa, M., y Moro, L. (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: Factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 7-14.

- Ruiz, E. M. Á., & Gutiérrez-Rojas, L. (2015). Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 232-241.
- Salazar, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Saxena, S., Krug, E. & Chestnov, O. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization.
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1275-1282.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Soler, C. L. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 159-174.
- Suárez, M. Z., Montes, M. G., Jarabo, D. S., y Forteza, G. L. (2015). Trastorno bipolar. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5075-5085.
- Vargas, H., & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes
- Wedig, m. m., Frankenburg, f. r., Bradford Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, m. c. (2013). Predictores de amenazas suicidas en pacientes con trastorno de personalidad límite durante 16 años de seguimiento prospectivo. *Investigación de la psiquiatría*, 208(3), 252 – 256.
- West, M. & Sheldon, A. (1987). An approach to the delineation of adult attachment: Scale development and reliability. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 738-741.

Yárnoz-Yaben, S. (2008). La Evaluación desde la Teoría del Apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yárnoz-Yaben (comp.), *La Teoría del Apego en la clínica I: Evaluación y clínica*. pp. 95-162. Madrid: Psimática.

Yárnoz-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos [Assessment of adult attachment: Analysis of the convergence between different instruments]. *Acción psicológica*, 8(2), 67-85.