UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

La influencia del Abuso Sexual Infantil en la Cognición social de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I en eutimia.

Ignacia Álvarez Pizarro
María Constanza Fernández Araya
Franco Fernández Jeldres
Karyn Valenzuela Pino

Profesores guías: Javier Morán Kneer
Paula Solervicens Silva

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

Enero, 2019

Valparaíso, Chile

Agradecimientos

Queremos agradecer, en primer lugar a nuestros profesores guías Paula y Javier, por permitirnos ser parte de esta investigación, por su ayuda, apoyo y sabiduría en todo este proceso.

Gracias a nuestras familias, que nos dieron el apoyo y las herramientas para llegar hasta aquí, a nuestros amigos y seres queridos por darnos alegría, y de forma especial, también queremos agradecer a nuestros seres queridos que ya no están, pero que de una u otra forma nos han acompañado.

Pero principalmente, agradecemos a los participantes de esta investigación, que de forma desinteresada compartieron con nosotros una parte de su historia para que esto fuese posible.

Ignacia Álvarez P.

María Constanza Fernández A.

Franco Fernández J.

Karyn Valenzuela P.

Tabla de contenidos

Resumen…….....7

Introducción……...8

Planteamiento del problema de investigación…….....10

Pregunta de investigación…….14

Objetivos…….....14

Objetivo General……14

Objetivos específicos……..14

Hipótesis……...15

Marco Teórico…….....15

Trastorno Bipolar…….....15

Trastorno bipolar tipo I…….....16

Cognición Social……..17

Trauma…….20

Abuso Sexual…….....21

Abuso sexual infantil……...21

Reparación……...23

Metodología…….28

Diseño de la investigación.…….29

Población y muestra…...…….....29

Definición de las variables……..31

Instrumentos……31

Procedimientos……32

Análisis de los datos……...32

Resultados……33

Análisis descriptivo……...…33

Antecedentes sociodemográficos……..……33

Antecedentes clínicos…….……...36

Variable cognición social…….....39

Experiencia de ASI como moderador sobre la cognición social…….....39

Experiencias reparatorias en ASI……..48

Discusión……..53

Conclusión……58

Referencias……..……61

Lista de tablas

Tabla 1. *Tipos de abusos reportados por la muestra en cuestionario CTQ-SF*…… 37

Tabla 2. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario Interpersonal Reactivity Index*……41

Tabla 3. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario Hinting Task*……...42

Tabla 4. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario The Awareness of Social Inferences Test*……42

Tabla 5. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario Ekman 60 versión abreviada*……..45

Tabla 6. *Efecto moderador de variable reparación sobre media de puntajes obtenidos en cuestionario Interpersonal reactivity index*…….....48

Tabla 7. *Efecto moderador de variable reparación en media de puntajes obtenidos en cuestionario Hinting Task*…….....49

Tabla 8. *Efecto moderador de variable reparación en media de puntajes obtenidos en cuestionario The Awareness of Social Inferences Test.*……...50

Tabla 9. *Efecto moderador de variable reparación en media de puntajes obtenidos en cuestionario Ekman 60 versión abreviada.* ……52

Lista de figuras

Figura 1. *Distribución por sexo* ……...34

Figura 2. *Distribución por edad*……...35

Figura 3. *Edad de inicio de sintomatología*……..36

Figura 4. *Porcentaje de personas que reportaron ASI.* ……...38

Figura 5. *Porcentaje de personas que reportaron experiencias reparatorias*…….39

Resumen

La presente investigación, tiene como objetivo conocer la influencia del abuso sexual infantil (ASI) en la cognición social de pacientes con Trastorno Bipolar (TB) tipo I. Se consideró como variable exposición el *antecedente de trauma infantil* y como variable resultado el *funcionamiento en cognición social*, además, como variable moderadora se consideró la *reparación de eventos traumáticos*. Se aplicó a una muestra de 104 personas, una batería de pruebas de cognición social: *Interpersonal Reactivity Index (IRI), Hinting Task, Ekman 60 (versión abreviada) y TASIT,* además, se aplicó el cuestionario C*TQ-SF* para medir el antecedente de trauma. Los resultados obtenidos en esta investigación no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la diferencias en la cognición social del grupo con abuso sexual y el grupo sin abuso, es decir, no se logró establecer una relación directa entre ambas variables. Sin embargo, en prueba de reconocimiento de emociones (TASIT), el grupo con antecedente de abuso sexual infantil, tuvo un mejor rendimiento en el reconocimiento de emociones como la tristeza y sorpresa. Además, el grupo con reparación, mostró una mejor respuesta en prueba de empatía (IRI). Por lo tanto, los resultados de la investigación indicarían que la cognición social no se encontraría deteriorada bajo la experiencia de ASI, sino, en algunos casos producto de la propia experiencia emocional, las personas lograrían desarrollar un mejor reconocimiento de emociones y una mayor empatía y comprensión de los estados emocionales de un otro.

Introducción

El trastorno Bipolar, se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo, y está caracterizado por su cronicidad y curso recurrente, con episodios de depresión mayor, estados maniacos, hipomaniacos o mixtos, y es producto de una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales. Este trastorno tiene impacto en distintos niveles de funcionamiento del sujeto, teniendo muchas veces un efecto incapacitante en la vida de quien lo padece. Actualmente en Chile, la prevalencia de este trastorno es de un 2,2% y desde el año 2013 ingresó a las Garantías Explícitas de Salud (GES), debido a sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. Las investigaciones sobre Trastorno Bipolar han generado múltiples interrogantes acerca de las causas y consecuencias de este, especialmente sobre aspectos como la cognición y funcionamiento social, debido a que estudios demuestran que más de la mitad de las personas que sufren algún trastorno psicológico no tienen acceso oportuno al tratamiento en salud, generando un impacto social en temáticas sanitarias. A raíz de esto, la cognición social también se ha visto deteriorada por la presencia de este trastorno, afectando funciones básicas del funcionamiento social de la persona, las funciones que se han visto afectadas por medio de la cognición social son la ToM, empatía y el procesamiento de emociones mediante el reconocimiento de expresiones faciales. Estas consecuencias tendrían relación con un empobrecimiento en el atribuir estados mentales a otros, predecir sus conductas, deseos, intenciones, entre otros (ToM), una falta de comprensión y emoción frente a los sentimientos de algún otro (empatía), y por último, el reconocimiento de emociones básicas, se vería afectado de tal forma que la persona se vuelve incapaz de reconocer e identificar sus propias emociones y las de otros, lo cual tendría como consecuencia un desajuste social importante, y por lo tanto un comportamiento inadecuado frente a los distintos contextos sociales. Otra variable que ha

causado curiosidad por las distintas consecuencias o efectos a corto y largo plazo, es el antecedente de trauma infantil, debido a que un alto porcentaje de personas diagnosticadas con TB, reportan haber sufrido algún tipo de trauma (negligencia física, emocional, maltrato físico, psicológico y sexual), lo cual podría explicar el deterioro de ciertas funciones y el desarrollo de rasgos de personalidad psicopatológicos. La presente investigación se centra en los procesos traumáticos ligados al abuso sexual infantil (ASI) y sus consecuencias en la cognición social, debido a que este antecedente se relaciona con un inicio precoz de la enfermedad, mayor comorbilidad y un curso más agudo. El abuso sexual se caracteriza por un acto de índole sexual, donde el agresor (al menos cinco años mayor), somete a la víctima a a realizar actos para su exclusiva estimulación sexual. Producto del abuso, la persona puede llegar a desarrollar esquemas cognitivos llamados "Dinámicas Traumatogénicas", como sexualización traumática, estigmatización, traición y pérdida de control, las cuales actuarían como mediador del abuso sexual y serían responsables de alteraciones cognitivas, emocionales y de funcionamiento general en el mundo. No obstante, existen ciertas dinámicas que podrían disminuir las consecuencias del abuso y actuar como reguladoras de los estados emocionales ligados al trauma, estas dinámicas refieren a las experiencias de reparación, las cuales tienen relación con las respuestas o servicios ofrecidos a la víctima luego del episodio de trauma, como el acompañamiento emocional, ya sea de cercanos o profesionales, primeros auxilios psicológicos (PAP), credibilidad al relato de la víctima, promover confianza y tranquilidad, es decir, conductas que faciliten la recuperación y el afrontamiento de la experiencia vivida. Debido a las consecuencias de la interacción entre las variables TB, cognición social, abuso sexual infantil y reparación, es que resultó relevante realizar esta investigación, con el fin de levantar información respecto a la relación entre las variables mencionadas, teniendo como objetivo conocer la

influencia que tiene la presencia del abuso sexual infantil sobre la cognición social de pacientes con TB.

Para realizar la investigación se utilizó un diseño metodológico descriptivo cuantitativo, de corte transversal. La muestra correspondió a un grupo de 104 personas, a las cuales se les aplicó una batería de pruebas de cognición social. Dentro del diseño metodológico, se consideró la variable *antecedente de trauma infantil*, como variable exposición y *funcionamiento en cognición social* como variable resultado. El presente estudio tiene relevancia en temáticas de salud pública, debido a que existe escasa información en relación a las variables que intervienen en el desarrollo, curso y pronóstico del trastorno bipolar, también posee relevancia e interés práctico, producto de que los resultados de la investigación y el análisis de estos sugieren nuevas formas de abordar los tratamientos de esta enfermedad, y por último, es importante a nivel social, ya que, los resultados proveen de nuevas formas de entender este trastorno, para así contribuir a disminuir los estigmas y prejuicios que acompañan a esta psicopatología.

Planteamiento del problema de investigación

Actualmente, el trastorno bipolar (TB) se concibe como una enfermedad crónica y recurrente, que tiene como centro una variación cíclica del estado de ánimo, con fases que van desde episodios hipomaníacos o maníacos (exaltación, euforia), hasta episodios depresivos mayores, presentando variaciones en el comportamiento social, cognitivo y del estado de ánimo, oscilando entre ellos, estados de “eutimia” o ausencia de sintomatología (Minsal, 2013). El Trastorno Bipolar tiene un impacto tanto a nivel social, emocional, afectivo, de funcionamiento general y bienestar (Minsal, 2013), las investigaciones sobre éste, han tenido larga data, donde se

ha puesto principal atención a los distintos factores que han hecho de este uno de los trastornos del ánimo más incapacitantes tanto para la persona, como para la familia de quien lo padece.

Se estima que en Chile la prevalencia de vida para el trastorno bipolar es de 2,2% y es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la sexta causa de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) en personas entre 15 y 44 años, y es asociada a una alta morbilidad y mortalidad si no llega a ser tratada, razón por la cual hoy en día el TB es parte del sistema de garantías explícitas en salud (GES) desde el año 2013 (MINSAL, 2013).

Durante los últimos años han incrementado las investigaciones sobre TB, especialmente en relación a la Cognición y a las funciones relacionadas a ella, lo que ha generado múltiples interrogantes acerca de la causalidad, el curso y el impacto que tiene esta enfermedad en la vida de las personas, a ello se suman dudas respecto a otros ámbitos, uno de éstos es la Cognición Social. Además, como señalan Vicente, Saldivia y Pihan (2016) en su estudio sobre las brechas en salud mental, en latinoamérica más de la mitad de las personas que padecen trastorno bipolar y más de la mitad de las personas que sufren de depresión mayor no han sido tratados o no han tenido acceso al tratamiento requerido, posicionando a Chile como uno de los países con más altas tasas de morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo (23,2%) según la OMS, generando un alto impacto en la población y serias implicancias en la salud pública.

Hoy se sabe que "El trastorno bipolar es una enfermedad crónica asociada a déficits cognitivos significativos, que afecta sustancialmente el funcionamiento de la vida diaria, y se sabe que tiene una etiología compleja como resultado de la interacción entre factores ambientales y genéticos" (Gama et al., 2017). De esta manera, la cognición social se ve particularmente afectada en pacientes con este trastorno, más aún, la investigación señala que las personas con

trastorno bipolar que tienen antecedentes de trauma presentan deterioro al reconocer emociones básicas (Samamé et al., 2015).

Es por esto y debido a las recientes investigaciones acerca de las distintas dimensiones de este trastorno, que se ha sugerido considerar otras variables que podrían afectar el curso y la manifestación del TB, como el Trauma Infantil, la presencia o ausencia de experiencias de reparación, la refractariedad al tratamiento, el tipo de apego, entre otros. Resulta importante la relación que se da entre los trastornos psicopatológicos y el antecedente de trauma en la infancia, si bien los eventos traumáticos en la infancia no han sido establecidos en una relación directa con respecto a ciertas psicopatologías, existen algunos elementos a considerar dentro del desarrollo de éstas que sí se ven afectados. Según señala Maguire y cols. (2008) el trauma es frecuentemente reportado por pacientes bipolares, por lo que se transforma en uno de los "factores ambientales" más incidentes en este trastorno, llegando a encontrarse presente en un alto porcentaje de pacientes. Garno y cols (2005), identificaron historias de abuso infantil grave en el 51% de una cohorte de 100 pacientes con trastorno bipolar, siendo el abuso emocional el tipo de trauma más frecuente. Este tipo de trauma fue reportado por el 37% de los pacientes con trastorno bipolar, el 24% reportó abuso físico, el 24% por negligencia emocional, el 21% abuso sexual y el 12% por negligencia física. Los diferentes tipos de trauma estaban interrelacionados, un tercio de los pacientes bipolares habían experimentado dos o más formas diferentes de trauma. Este factor toma más relevancia aún cuando se sabe que en Chile el 40% de la población ha experimentado un trauma alguna vez en su vida (Zlotnick et al, 2006).

Por lo tanto, resulta relevante levantar información respecto a la relación entre Trastorno Bipolar junto con la existencia o no, de experiencias de Abuso Sexual Infantil, y sus respectivos efectos en la cognición social en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo I, debido a

que su prevalencia es mayor que en comparación al tipo II (MINSAL, 2013). A la fecha se sabe que los efectos del trauma inciden en la totalidad de la persona que lo sufre, teniendo como resultado la alteración en mayor o menor medida de todas las áreas de su funcionamiento afectado (Martínez y Casares, 2016). Si a lo anterior se agrega que estos eventos fueron vividos en edades tempranas suelen afectar de manera negativa, sobrepasando la capacidad de respuesta de la persona, lo que provoca que no sea posible adaptarse a esta nueva situación, pudiendo acompañarse de sentimientos de indefensión y desesperanza (Echeburúa y Corral, 2007 en López, 2015).

A esto, se suma la falta de información actualizada con respecto a estas temáticas a nivel nacional, por lo que parece una instancia importante para colaborar en la tarea de recopilar información que proponga un mejor entendimiento de éste trastorno, así como las variables que lo afectan. Por lo tanto, se propone un estudio cuantitativo, que investigue la cognición social en pacientes con Trastorno Bipolar I (TB I), con el fin de conocer cómo esta se ve afectada según existan antecedentes de trauma. Este trastorno cobra relevancia en materia de salud pública en Chile, por lo que esta investigación tiene un valor teórico importante, pues pretende arrojar información actualizada y de carácter nacional con respecto a las variables aquí descritas. Posee además implicaciones prácticas, pues la información que arrojen los datos del estudio pueden dar luces para el abordaje de nuevos tratamientos para el TB, o bien, distintos tratamientos especializados que aborden trauma y cognición social teniendo en cuenta la variable “experiencia reparatoria”. La investigación también posee una relevancia social, en cuanto puede generar nuevas formas de entender la enfermedad. Por último se debe tomar en cuenta la viabilidad de ésta, puesto que, existe la muestra y los instrumentos de recolección de información necesarios para llevarla a cabo.

Pregunta de investigación:

¿Qué diferencias existen en la cognición social de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I que vivieron experiencias de abuso sexual infantil, con quienes no lo vivieron?

Objetivos:

Objetivo General:

Conocer las diferencias en la cognición social entre pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido una experiencia de abuso sexual con quienes no hayan vivido abuso, sobre los resultados en pruebas de cognición social.

Objetivos específicos:

1. Comparar el rendimiento en prueba de empatía (IRI), de los pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido abuso sexual de quienes no.

2. Comparar el rendimiento en prueba de teoría de la mente (Hinting Task), de los pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido abuso sexual de quienes no.

3. Comparar el rendimiento en prueba de reconocimiento de emociones (TASIT), de pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido abuso sexual de quienes no.

4. Comparar el rendimiento en prueba de reconocimiento de emociones (Ekman 60 abreviado), de pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido abuso sexual de quienes no.

5. Comparar los resultados en pruebas de cognición social entre pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido experiencias reparatorias con quienes no hayan vivido experiencias reparatorias.

Hipótesis:

1. H_1 Los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I que han sufrido abuso sexual tienen un rendimiento más bajo en pruebas de cognición social (empatía, teoría de la mente y reconocimiento de emociones), que quienes no han sufrido abuso sexual.

2. H_1 Existe una asociación entre la presencia de abuso sexual y la calidad de las respuestas en pruebas de cognición social en pacientes con trastorno bipolar tipo I.

Marco teórico

El Trastorno Bipolar, conocido también como *"Psicosis Maníaco-Depresiva"*, data desde la antigua Grecia con el término "*melancolía",* con el que Hipócrates hacía referencia a estados de abatimiento, tristeza e inhibición, por su parte, el término *"Manía"* fue utilizado por éste, en referencia a estados delirantes o psicóticos (Pousada, 2010).

El diagnóstico para el trastorno bipolar se realiza en promedio, a los 21 años, a los 18,4 para el trastorno bipolar I y a los 20 años para el tipo II; desde la aparición de los primeros síntomas, suelen transcurrir entre 5 y 10 años para dar inicio a un tratamiento (MINSAL, 2013), siendo éste particularmente complejo debido a que en muchos casos suele debutar con un episodio depresivo mayor, pudiéndose generar un diagnóstico erróneo, por lo que muchos pacientes esperan hasta 9 años o más para un diagnóstico acertado (Leyton & Barrera, 2010). Como señalan Johnson y

Leahy (2004), el trastorno bipolar en la actualidad continúa siendo un enigma debido a que no existe otra enfermedad donde los pacientes tengan “deseos” de volver a experimentar los síntomas, en este caso, de la manía y/o hipomanía.

En específico el Trastorno Bipolar tipo I, al cual se aboca esta investigación, es diagnosticado en pacientes que hayan sufrido al menos un episodio maníaco, antes o después de este además pueden presentarse episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. Un episodio maníaco es entendido como un periodo bien definido en que el estado de ánimo se presenta elevando de forma anormal y persistente, a ello se suma un aumento anormal de la actividad o energía dirigida a un objetivo, durante al menos una semana, la mayor parte del día, todos los días; en el transcurso de dicho periodo de alteración, existen cambios notorios respecto al comportamiento habitual como aumento del autoestima o sentimientos de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, habla más de lo habitual, fuga de ideas, facilidad de distracción, aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora y participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de un mal desenlace (DSM-IV, 2014). En el curso clínico del TB I, se presentan con alta frecuencia recaídas y remisiones, con alternancia entre episodios de depresión y manías, cerca del 90% de los pacientes que presentan un episodio de manía, tendrán otro dentro de los 5 años (MINSAL, 2013).

El TB se asocia además, a un deterioro significativo incluso en periodos de estabilidad clínica (eutimia), tanto en el funcionamiento social, como laboral y familiar, ésta situación podría ser explicada por un déficit en la cognición social (Ruiz-Murugarren, García-Ramos & Lahera, 2011), entendiendo ésta como la habilidad para reconocer y entender pensamientos y

sentimientos de otros, y ser capaz de responder de manera adaptativa (Ruiz-Murugarren, et al., 2011; Acuña, et al., 2015; Samamé, et al., 2011; Lee, et al., 2013).

La cognición social se presenta como una conjugación entre fenómenos afectivos y cognitivos, compuesta de habilidades de tipo genéticas y experienciales que permiten comprender tanto los pensamientos, como las emociones de las demás personas, y con ello, responder de forma adecuada a situaciones sociales (Martín-Cotero, Secades-Villa, Aparicio-Mingueza, Tirapu-Ustárroz, 2016). Se compone de procesos como teoría de la mente (ToM), procesamiento emocional, empatía, compasión, entre otras, siendo estas las operaciones mentales que subyacen las interacciones sociales, y que, como señalan Quemada, Rusú y Fonseca (2017) hablar de cognición social pone el acento sobre distintas capacidades que permiten la adecuada interacción social, como el percibir, interpretar, generar respuestas ante intenciones, emociones, tendencias y comportamiento de los otros, por lo tanto, cuando se presentan déficit en ellas, se pueden dar percepciones sociales inadecuadas, respuestas inadecuadas e incluso aislamiento social (Martín-Contero et al., 2016).

En este estudio se dará énfasis a las dimensiones principales: Empatía, Reconocimiento de Emociones y Teoría de la Mente. El concepto de empatía, es entendido como la habilidad de ponerse en el lugar del otro (Butnam, 2007), comprender y compartir sus pensamientos, deseos y sentimientos (Martín-Contero et al, 2016), ello mediante un proceso multidimensional, con un componente cognitivo (la comprensión de la perspectiva del otro, más dependiente del córtex prefrontal dorsolateral, equivalente a la ToM) y otro afectivo (respuesta emocional al estado afectivo del otro, dependiente de amígdala y córtex prefrontal ventromedial). Comúnmente el concepto de empatía es solapado con el concepto de teoría de la mente, pese a que ambos son resultado de procesos independientes (Ruíz et al., 2011).

La teoría de la mente corresponde a una habilidad cognitiva mediante la cual se puede comprender y predecir la conducta de otros, lo que incluye deseos, intenciones y creencias (Ruiz-Murugarren et al., 2011), puede afirmarse que es uno de los dominios mejor asentados dentro del constructo "cognición social" (Quemada et al., 2017). Para Butnam (2007), la ToM se entiende como la capacidad que tienen las personas para atribuir estados mentales a otros, estos estados pueden ser deseos, intenciones, pretensiones, creencias y conocimiento, tanto a otras personas como a uno mismo, y a partir de estas atribuciones se puede explicar o predecir el comportamiento de algún otro, realizar inferencias acerca de lo que ellos creen, predecir su comportamiento basándose en las intenciones y creencias que se les atribuyó, entender chistes o ironías, e incluso darse cuenta de que uno mismo u otra persona tiene una creencia errónea de la realidad, generando una situación social que se considere "inadecuada". Existen estudios que muestran elementos que son capaces de afectar directamente la evaluación de la Teoría de la Mente, y que se han visto afectados en pacientes incluso estando en eutimia, éstos corresponden a la atención sostenida, memoria verbal o funciones ejecutivas (Ruíz et al., 2011).

Por otro lado, el procesamiento de emociones corresponde a la capacidad de identificar y discriminar emociones básicas, las cuales se considera innatas y que son reconocibles mediante expresiones faciales universales (Ekman & Friesen, 1976 en Samamé et al., 2011). Como señala Quemada et al. (2017), el procesamiento emocional es la capacidad de reconocer y entender las emociones propias y ajenas, y a su vez, este dominio está formado por 4 componentes: identificación de las emociones, facilitación emocional (crear emociones e integrar los sentimientos en la forma de pensar, de modo que las emociones facilitan el pensamiento), comprensión emocional (la causa de las emociones) y manejo emocional (regulación de las emociones). La habilidad para reconocer las emociones en los rostros es fundamental para un

adecuado ajuste psicosocial, habilidad que como se ha visto, presenta una dificultad para pacientes con TB I, especialmente en el reconocimiento de expresiones de tristeza o enfado, situación similar se ha presentado en la interpretación global de las emociones en el rostro, donde se pueden apreciar déficit al ser comparados con controles, incluso en eutimia, ello sugiere una posible alteración en el procesamiento emocional (Ruiz et al., 2011).

En pacientes con bipolaridad se ha podido observar un déficit en la capacidad de entender la perspectiva del otro (empatía cognitiva, lo cual coincide con los resultados en ToM) y una alteración en la respuesta emocional al estrés. Tales resultados coinciden con hallazgos de alteraciones en la percepción y la regulación emocional, lo cual, a su vez, tiene un correlato fisiopatológico (Ruíz et al., 2011).

Como se muestra, ha sido ampliamente investigado el déficit producido en la Cognición Social para quienes viven con Trastorno Bipolar, sin embargo, no es una variable que haya sido estudiada para incorporarse dentro del contexto terapéutico.

Estudios han demostrado que la Cognición Social se encuentra alterada en pacientes con TB y otras patologías psiquiátricas, como la Esquizofrenia, siendo más marcadas en los pacientes mencionados en el segundo caso (Ruiz-Murugarren, et al., 2011).

Se han desarrollado algunos programas que incluyen rehabilitación en el área de la Cognición Social, mostrando mayor efectividad los siguientes: Terapia de Mejoría Cognitiva (Cognitive Enhacement Therapy [CET]) Entrenamiento en Cognición Social (Social Cognition Enhacement Training [SCET]), Terapia Psicológica Integrada (Integrated Psicological Therapy [IPT]), Entrenamiento en Cognición Social e Interacción (Social Cognition and Interaction Training [SCIT]), Entrenamiento Cognitivo Conductual en Habilidades Sociales (Cognitive Behavioral Social Skills Training [CBSST]), el Programa de Entrenamiento Emocional (Program

Emotion Training [PET]) y el Entrenamiento de Reconocimiento de Emociones (Training of Affect Recognition) (Hogarty & Flesher, 1999; Choi & Know, 2006; Zimmer, Duncan, Laitano, et al., 2007; Penn, Roberts, Munt, et al., 2005; Granholm, McQuaid, McClure, et al., 2005**;** Silver, Goodman, Knoll, et al., 2004; Wölwer W, Frommann N, Halfmann S, et al., 2005). Sin embargo, han sido estudiadas sólo en pacientes esquizofrénicos, por lo que están aún pendientes las posibles modificaciones que pudieran beneficiar a los pacientes con TB.

Otra variable fundamental dentro de esta investigación, como se mencionó anteriormente, es el Trauma. Para Barudy y Dantagnan (2005) el Trauma psíquico infantil hace referencia a las consecuencias de una agresión exógena, la cual provoca en la víctima una sensación intensa de estrés, sufrimiento o dolor, y a la cual es difícil encontrarle un sentido o explicación, y es por ésta misma razón que se produce el trauma, ya que sin entender lo que pasó les resulta casi imposible llegar a recuperar los sentimientos de control sobre su entorno y de protección frente a nuevas agresiones. Lamentablemente, las vulneraciones en la infancia no son situaciones poco comunes, un estudio realizado con pacientes hospitalizados en el Hospital Parroquial de San Bernardo, del Trabajador de Santiago, Regional de Curicó y del Salvador de Santiago, indagó la exposición a sucesos traumáticos en la infancia (antes de los 15 años) mediante la Escala de Trauma Infantil de Marshall (incluyendo: separación traumática del cuidador por más de un mes, haber sufrido castigo físico importante, haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador, abuso de alcohol o drogas por algún miembro familiar, contacto sexual forzado con un pariente, contacto sexual forzado con un no familiar y daño físico después de haber sido castigado), los resultados mostraron que más de la mitad de ellos (54,7%) había experimentado al menos un suceso traumático en su infancia, siendo el porcentaje más alto para quienes refirieron haber sufrido algún castigo físico importante (28,7%), seguido de quienes fueron

expuestos a una separación traumática de su cuidador por más de un mes (27,1%) (Weil et al., 2004).

Los malos tratos en la infancia pueden ser divididos en dos categorías: según el contexto en el que han sido vivenciados, el primero de ellos dice relación con la violencia contextual en compañía de alguno de los miembros de su familia o de la comunidad (ejemplo de ella son, guerras, terrorismo, genocidio, exclusión, marginalidad, violencia institucional, etc.), y el segundo con episodios de violencia intrafamiliar hacia el niño o niña (negligencia y abandono, malos tratos físicos, abuso sexual y violencia psicológica); a su vez, según el contenido de las agresiones se puede hacer la distinción entre Eventos Traumáticos y Procesos Traumáticos. El primero refiere a cualquier hecho o acontecimiento que produce dolor y estrés y que sobrepasa, tanto los recursos naturales con que cuenta el individuo, como los apoyos sociales para calmar el dolor y otorgarle sentido a la situación. Por su parte los procesos traumáticos representan un conjunto de eventos dolorosos y/o estresantes que emergen de relaciones interpersonales significativas, con contenidos, duración e intensidad que superan las capacidades de los niños y niñas y sus fuentes de apoyo social, presentando consecuencias en la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional de la víctima (Barudy y Dantagnan, 2005).

Esta investigación se centra en los procesos traumáticos, y más específicamente, en aquellos que dicen relación con el Abuso Sexual Infantil (ASI) sobre la cognición social para este proceso. Esto debido a que se ha apreciado un inicio precoz en aquellos pacientes con TB que reportaron sufrir algún tipo de agresión sexual durante su infancia o adolescencia, así como también mayor comorbilidad y curso más agudo (Ibaceta Watson, 2007) y por la alta frecuencia que presenta entre quienes reportan haber vivido trauma, llegando al 21% según estudios mencionados con anterioridad (Garno y cols., 2005).

El Abuso Sexual Infantil, se define como todo acto de índole sexual, donde una persona al menos 5 años mayor, expone o somete a un menor que no se encuentra en condiciones de discernir, o protegerse -ya sea por su nivel madurativo o situación de desventaja- a través de la persuasión, amenaza, inducción, seducción o coerción, a realizar un acto sexual donde se utiliza al menor para la estimulación exclusiva del agresor; las dos principales características de éste tipo de abuso son, la existencia de una relación asimétrica entre agresor y víctima y la utilización del menor como objeto sexual (Pieschacón, 1995; Martin & Klaus, 1978 en Mendoza, 2009; Baita & Moreno, 2015; SENAME, 2016).

Finkelhor y Browne (1985, en Plaza, Beraud & Valenzuela, 2014) señalan que existen cuatro esquemas cognitivos, a los cuales denominan "Dinámicas Traumatogénicas" las cuales actuarían como mediadoras tras una situación de abuso, y que serían las responsables de las alteraciones en la orientación cognitiva y emocional del niño o niña que llevan a una distorsión en su capacidad afectiva, autoconcepto y visión del mundo.

Las cuatro dinámicas traumatogénicas descritas por Finkelhor et al. (1985 en Plaza et al. 2014) son: sexualización traumática, estigmatización, traición y pérdida de control. La primera de ellas, refiere al proceso en que las víctimas evidencian un comportamiento sexual inapropiado para su edad; la estigmatización, por su parte refiere a el sentimiento de culpabilidad, vergüenza y aislamiento vivenciado por los niños y niñas como consecuencia del abuso; la tercera dinámica denominada traición habla de la reacción que se genera tras la pérdida de una figura significativa (cuando el agresor es conocido de la víctima), esto puede generar la extrema dependencia, por la búsqueda de seguridad y confianza o por el contrario rechazo por las relaciones íntimas, agresividad y hostilidad; y por último la de pérdida de control, relacionado al miedo y ansiedad

por considerarse incapaces de controlar acontecimientos nocivos, poniendo en peligro el sentido de eficacia y las habilidades de afrontamiento.

Sin embargo, en algunos casos existen experiencias de reparación que pueden haber ayudado a sobrellevar la situación para quienes se vieron afectados por un evento traumático. Se entiende por experiencia reparatoria cualquier tipo de acompañamiento emocional y/o terapéutico brindado para ofrecer contención a quienes vivieron este tipo de experiencias.

Como señala Dussich (2008, en Rosentreter, 2013), "la asistencia reparatoria es definida como el conjunto de servicios ofrecidos a las víctimas en respuesta a su victimización, con la intención de aliviar el sufrimiento y facilitar la recuperación". Esta asistencia puede haber significado apoyo familiar o de pares, así como algún tipo de acompañamiento profesional, por lo tanto, la experiencia reparatoria del trauma puede ocurrir tanto dentro como fuera de un espacio de atención psicológica o médica formal. De hecho la OMS (2012) señala que el manejo para las primeras semanas posterior al sufrimiento de un trauma es a través de los primeros auxilios psicológicos (PAP) que consiste según la propia OMS en "una respuesta humana de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda", señalar esto es fundamental cuando se habla de experiencia reparatoria ya que los primeros auxilios psicológicos tienen un carácter simple, estratégico con bajo riesgo de iatrogenia y no es necesario que sea un profesional de la salud mental quien lo aplique.

Como menciona Figueroa (2016), los PAP promueven factores que favorecen la resiliencia como seguridad, calma, autoeficacia, conexión y esperanza. En consonancia con lo anterior, Rosentreter (2013) también menciona respecto al nivel asistencial terapéutico que es fundamental partir esencialmente de una actitud de credibilidad del relato victimológico y buscar establecer una relación de confianza basado en una comunicación sencilla y fundamentalmente

emotiva en donde la actitud de credibilidad revalorizará a la persona, lo que es esencial para restablecer su autoestima, ya que, creer en la víctima genera confianza y tranquilidad, lo que resulta básico para una asistencia integral.

Según Campbell (1999) en Palazzesi (2014), las consecuencias de las violaciones no estarían dadas solo por el abuso en sí mismo, sino por el tipo de respuesta desfavorable proveniente del entorno o contexto cercano, es decir, el personal del servicio de salud puede hacer sentir culpables a las víctimas, generando así una re-victimización o victimización secundaria o segunda violación. La victimización secundaria refiere a los comportamientos y las actitudes de los profesionales del sistema de salud, los cuales consisten en culpabilizar a la víctima y brindarle un trato insensible (Palazzesi, 2014).

Es necesario desarrollar mecanismos que mejoren las respuestas a esta problemática por parte de los efectores de los sistemas de salud, propiciando cambios en las estructuras institucionales, en los patrones individuales de atención y en el entrenamiento de los agentes de salud, desde un enfoque interdisciplinario con una perspectiva de género (Jaramillo & Uribe, 2001 en Palazzesi, 2014).

Por lo tanto, se desprende que la actitud de credibilidad hacia las personas que vivieron una experiencia traumática es esencial al momento de la reparación del trauma, esto no solo incluye al terapeuta que le asiste, sino que también puede homologarse a las personas significativas para las víctimas, como lo pueden ser la familia, amigos o pareja. En relación a esto, un estudio realizado con 131 mujeres víctimas de abusos sexuales durante su infancia, mostró que uno de los factores considerados como agravantes de la sintomatología que presentaban era debido a que casi la mitad de ellas no sintieron que su familia les creyera en el momento en que develaron la situación abusiva (Sarasua, Subizarreta, De Corral y Echeburúa, 2013).

Como se mencionó anteriormente, uno de los eventos traumáticos prevalentes en la infancia es el Abuso sexual infantil (ASI), en estos casos, el contar con poco apoyo familiar representa un riesgo para la víctima, principalmente considerando que en un gran número de estos casos el agresor forma parte de la familia. Esta tendencia se observa en un estudio realizado por Almonte, Insunza y Ruiz (2002), en el cual de los 44 niños, niñas y adolescentes (NNA) con antecedentes de abuso que participaron de la investigación se observó que un 65,9% correspondiente a 29 de ellos, fueron víctimas de ASI intrafamiliar, mientras el grupo correspondientes a quienes habían experimentado ASI extrafamiliar alcanzó un 31,8%, siendo en este último grupo, en su mayoría agresores conocidos por los NNA (85,7%). A su vez, otro estudio realizado con adolescentes de tercero medio en colegios municipales de Chillán, mostró una prevalencia de 8,79% para el ASI intrafamiliar y un 2,75% para el ASI extrafamiliar (Ysern y Becerra, 2006 en MINSAL, 2011).

Los efectos de la victimización a largo plazo son, en general, muy negativos para el funcionamiento psicológico de las víctimas, sobre todo cuando el agresor ha sido un miembro de la misma familia y cuando se ha producido un abuso sexual con penetración. Si bien estas consecuencias de largo alcance son variables de unos casos a otros, hay una estrecha relación entre el ASI y la aparición de alteraciones emocionales en la juventud y en la vida adulta (Sarasua et al., 2013).

En relación a la intervención terapéutica, Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) mencionan que no todas las víctimas de ASI necesitan tratamiento, ya que en algunos casos, esto puede generar una segunda victimización, reservando así este espacio para aquellos casos en que los NNA (niños, niñas y adolescentes) se encuentren afectados con sintomatología intensa. De esta forma, plantean que "en los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor".

Según Llanos y Sinclair (2001), dentro del contexto psicoterapéutico, existen tres etapas para el proceso de superación de los efectos de un abuso sexual, ello son, reconocerse como víctima, la cual supone registrar la situación de desigualdad jerárquica y abuso de poder a la que el niño o niña estuvo sometido en el pasado, reconocerse como sobreviviente, en esta etapa se busca identificar los recursos personales que le han permitido protegerse del abuso y sobreponerse a sus efectos; y finalmente la tercera etapa, celebrar la vida que supone recuperar la posibilidad de imaginar un futuro libre de la influencia del abuso y lograr sobreponerse a sus efectos (Dolan ,1997 en Llanos & Sinclair, 2001).

Como señalan Llanos y Sinclair (2001), el reconocerse como víctima y el concepto de víctima lleva consigo una autopercepción de persona dañada, que se encuentra limitada en sus recursos, lo que la llevaría a ser incompetente para dirigir su propia vida, que finalmente, podría funcionar como una profecía autocumplida perpetuadora del daño, ya que, la persona se encontraría predispuesta a interpretar sus problemáticas como consecuencias de la experiencia de abuso, más que como dificultades de la vida susceptibles de ser superadas.

Algunos elementos respecto al proceso reparatorio con personas afectadas por violencia que son fundamentales incluyen: “establecer una relación no abusiva, la definición de un encuadre protector, visibilización de la persona, explicitación del marco de la terapia y flexibilidad terapéutica” (Llanos y Sinclair, 2001; en Rosentreter, 2013).

Dentro de éste contexto, la terapia que ha sido mayormente estudiada en relación a situaciones de trauma durante la infancia es la Terapia Cognitivo Conductual, mostrando resultados terapéuticos eficaces en niños, niñas y adolescentes entre 3 a 18 años, principalmente en la reducción de los síntomas depresivos, problemas conductuales y síntomas correspondientes al Trastorno de Estrés Post Traumático (Wamser-Nanney & Steinzor, 2017). A

su vez, algunos tratamientos han mostrado ser útiles para hacer frente al Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia, entre ellos se han incluido la terapia de exposición, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de procesamiento cognitivo (Sarasua et al., 2013). En estos casos en que se desarrolla un TEPT, los principales criterios a considerar incluyen la presencia de exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o en forma de amenaza; presencia de uno o más síntomas intrusivos asociados al suceso; persistencia en evitar estímulos asociados al suceso traumático; variaciones cognitivas negativas y también del estado anímico que empiezan o empeoran con posterioridad al suceso traumático; alteraciones en la reactividad asociada al suceso, que estos elementos –con duración superior a un mes- no sean atribuibles a efectos por consumo de alguna sustancia y causan malestar clínicamente significativo (DSM-V, 2014). Es importante mencionar esto, ya que el TEPT es uno de los trastornos más prevalentes en situaciones que la persona elabore como traumáticas, particularmente, en situaciones de ASI se puede llegar a cronificar el curso de éste (Sarasua et al., 2013).

Desde el Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1987 en Paicabí 2015) la reparación puede ser entendida desde tres niveles: el nivel macrosocial, el nivel del exosistema y el nivel del microsistema; el primer nivel socio-político, implica la oportunidad de restituir los derechos vulnerados al niño o niña víctima de agresión, por la condición de desigualdad de poder y vulnerabilidad presente en la matriz socio-cultural, dicha reconstitución de los derechos es materializada mediante políticas públicas y sociales; el segundo nivel habla de la matriz relacional implicada en la experiencia de abuso, el exosistema se constituye como un elemento fundamental para la superación de la experiencia de victimización; y el tercer nivel constituido

por el microsistema, con dos dimensiones la subjetividad personal del niño o niña tras la experiencia de abuso y la familiar relacional, a este nivel la reparación implica tres fases:

> "la recuperación de la sensación de seguridad, la recuperación del control y el establecimiento de un ambiente seguro; el logro del relato propio y externo de los hechos abusivos, como forma reconstruir la memoria de la experiencia y su consecuente integración a su historia de vida; y la construcción de una proyección vital positiva y de desarrollo" (Lewis, 1992 en Paicabí, 2015).

Actualmente los estudios con respeto a trauma y TB I son escasos, sobre todo cuando a investigaciones nacionales se refiere, debido a las pocas referencias que se tienen sobre trauma y reparación es importante hacer hincapié en la influencia de estos "factores ambientales" en el deterioro de funciones como la cognición social y como esta puede verse alterada de mayor o menor forma, dependiendo de si los pacientes han vivido o no una experiencia reparatoria de los traumas vividos en algún punto de su historia vital.

Es importante considerar que el levantamiento de información actualizada y atingente a la realidad nacional puede instar al abordaje de nuevas facetas implicadas en este trastorno y por lo tanto nuevas formas de abordar los tratamientos usados considerando toda la información existente.

Metodología

La investigación se enmarca en el estudio de doctorado en Psicoterapia de la Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile del Dr. Ulises Ríos Díaz, "Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con trastorno bipolar en eutimia: asociación entre trauma infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos" (Ríos, 2016).

Para desarrollar la investigación se utilizó un diseño metodológico descriptivo cuantitativo, de corte transversal. Descriptivo, ya que busca describir las variables analizadas, Abuso Sexual Infantil, reparación y el desempeño en pruebas de cognición social (Universidad de Valencia, sf.). De corte transversal en cuanto a la dimensión temporal, ya que los datos de cada paciente serán recolectados en un solo momento, con la intención de describir el fenómeno, en función de las variables de un momento determinado (Mousalli-Kayat, 2015).

El universo de pacientes en estudio corresponderá a individuos que se encuentren ingresados al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar, y que hayan registrado al menos 1 control en prestadores de salud tanto del sistema público como del sistema privado en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. De esta forma se espera acceder a una muestra de pacientes con diferentes grados de adherencia a tratamiento y heterogeneidad en cuanto a nivel socio-económico y nivel educacional.

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

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.

El ingreso de pacientes al estudio se realizó mediante el análisis de base de datos de personas ingresadas a GES con diagnóstico Bipolar, tanto en la red de salud pública (FONASA) como privada (ISAPRES). Se invitó a participar del estudio a todos los pacientes que registraban al menos un control asistencial en modalidad ambulatoria, donde recibieron un consentimiento informado pertinente al proyecto de investigación y se constató clínicamente la autonomía para suscribir acuerdo de participación.

Completado procedimiento anterior, cada paciente fue evaluado por el 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 utilizadas fueron: “Hamilton Depression Scale-17” para sintomatología depresiva y “Young Mania Rating Scale” para sintomatología de polaridad maniaca. Ambos instrumentos aplicados por médicos con formación clínica en salud mental (médico-psiquiatra o residentes de psiquiatría).

Una vez constatado el estado de eutimia, se aplicaron pruebas para la evaluación de diferentes dominios, dividiendo las tareas en *funciones de cognición social*, teoría de la mente, reconocimiento facial de emociones y empatía como variables dependientes. Las tareas fueron seleccionadas desde la evidencia generada por investigaciones tanto en el ámbito de estudios sobre trauma infantil en pacientes con patología psiquiátrica, como en el área específica de pacientes con trastorno bipolar.

A continuación se describen las variables consideradas en el diseño metodológico de la investigación:

Antecedente de Trauma Infantil (variable exposición): El antecedente de trauma infantil fue medido a través del Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF) en su versión de 28 ítems validada al español (Hernández, 2013). Dicho instrumento ha sido utilizado en numerosos estudios sobre población clínica con patologías psiquiátricas como esquizofrenia y trastorno bipolar. Y además mediante la técnica de la entrevista se indaga respecto a la reparación de los antecedentes traumáticos en caso de estar estos presentes.

Funcionamiento en Cognición Social (variable resultado): Se definió como variable respuesta el grado de funcionamiento en pruebas de cognición social en pacientes bipolares en eutimia. Esta variable se estudió mediante la aplicación de una tarea que utiliza el paradigma de *teoría de la mente* y dos tareas sobre *reconocimiento de emociones faciales y una tarea de empatía.*

Para realizar la recolección de las variables mencionadas, se usaron los siguientes instrumentos:

Para conocer antecedente respecto de trauma infantil, se utilizó el instrumento de auto-reporte en su versión abreviada de 28 ítems validada al idioma español. 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 (Hernández, 2013). Adicionalmente a esto, se recabará información con respecto a la existencia de experiencias reparatorias del trauma en los pacientes que hayan obtenido puntuaciones altas en el auto reporte, por medio de una entrevista clínica en las que se profundizará en datos como el hecho de haber asistido a algún tipo de terapia de reparación de trauma o bien apoyo familiar con respecto al trauma ocurrido. Estas preguntas serán hechas al momento de aplicar el cuestionario de

autorreporte en compañía de un profesional ya sea Psiquiatra o Psicólogo(a) a cargo de supervisar los métodos de evaluaciones correspondientes.

Para el estudio de cognición social, se utilizó el Ekman-60, test que muestra de forma aleatoria rostros con las 6 emociones básicas durante 5 segundos. El puntaje máximo está determinado por el reconocimiento de 60 imágenes, integradas por 10 rostros de cada una de las emociones básicas (felicidad, tristeza, rabia, miedo, asco y sorpresa). Dicho instrumento ha sido utilizado en pacientes bipolares hispanoparlantes (Martino, 2011). La prueba seleccionada para evaluar teoría de la mente fue el instrumento *Hinting task*, test que evalúa la habilidad de inferir reales intenciones detrás de un discurso indirecto mediante 10 historias, donde los sujetos deben identificar las "verdaderas intenciones". Si la respuesta es correcta otorga 2 puntos, en caso de necesitar información adicional para responder correctamente se otorga 1 punto. Este instrumento ha sido adaptado al español (Gil, 2012) y posee un tamaño de efecto de 0,68 entre bipolares y controles (Samame, 2013). La prueba de empatía fue medida a través del cuestionario de auto-reporte "Interpersonal Reactivity Index" (IRI) en su versión en español (Davis, 1980), instrumento de autorreporte compuesto por 28 ítems en una escala Likert, agrupando dichos ítems en 4 subescalas: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal (Carrasco, Delgado, Barbero, Holgado y del Barrio, 2011).

A su vez, las variables edad de la primera fase anímica y variables sociodemográficas, serán obtenidas mediante entrevista clínica en la misma instancia en que se realice Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF), por un profesional del área de la salud.

En cuanto al análisis de datos, este se realizará mediante el programa estadístico informático SPSS, el cual es un sistema amplio y flexible que permite realizar análisis estadístico y gestión de información, con el cual se pueden trabajar los datos procedentes de distintas fuentes- en este

caso, entrevistas clínicas y los diferentes test aplicados- para generar con ello, análisis estadísticos, gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos con lo cual será posible establecer relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones, predecir comportamientos, entre otros (Universidad Autónoma de Madrid, sf). Por medio del instrumento anteriormente mencionado se procedió a cuantificar los datos obtenidos de los instrumentos de recopilación de información, para pasarlos a una matriz o base de datos que apunte a la interpretación de tales datos, convirtiéndolos en información relevante y útil para la investigación. Posteriormente a ello se contrastan los datos cuantificados y convertidos en información gracias a un análisis de sus parámetros a través del instrumento SPSS con las hipótesis propuestas en el inicio de la investigación, esto tiene por objetivo confirmar o refutar las hipótesis planteadas (Hernández, Salmerón, Amaya, Castillo, Solorzáno & Loza, 2015).

Resultados

1. Análisis descriptivo

1.1 Antecedentes sociodemográficos

La investigación contó con un total de 96 participantes, de los cuales 68 corresponden a personas de sexo femenino, conformando el 70,8% de la muestra. Mientras que los participantes de sexo masculino corresponden a un 29,2% de la muestra, siendo un total de 28 personas.

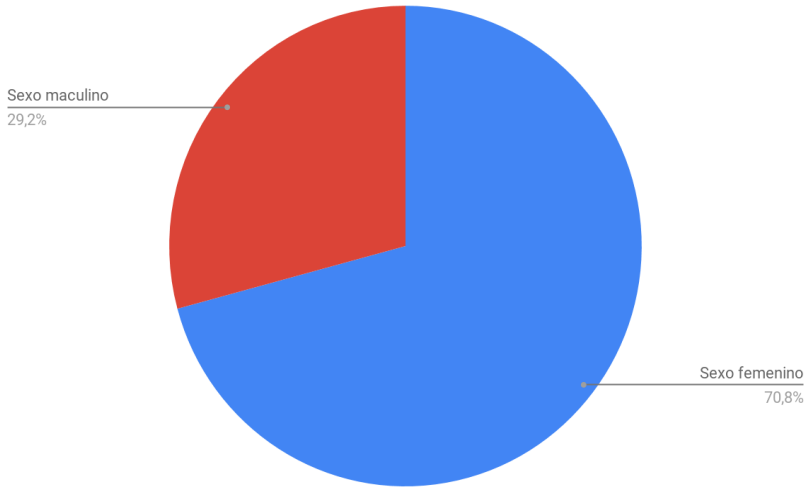
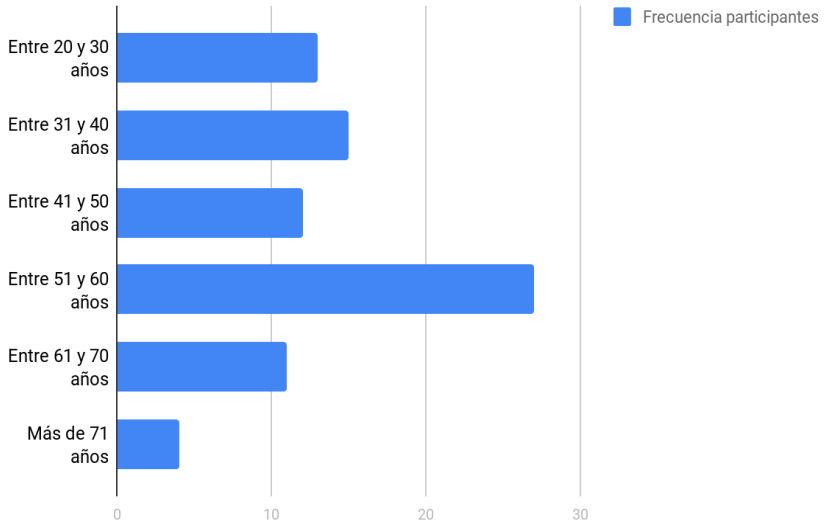


Figura 1. *Distribución por sexo.*

La edad de los participantes se distribuyó entre los 20 y 75 años, con una moda de 54 años que corresponde al 8,5% de la muestra. Por su parte la media de las edades se encontró en los 47,15 años.

Como se observa en la figura 2, la mayor cantidad de participantes se encuentra en el grupo entre los 61 y 70 años, con un total de 27 personas que corresponden al 32,9% de la muestra. Sigue el grupo entre 31 y 40 años, que reúne 15 participantes, correspondientes al 18,3% de la muestra.



N=82

Figura 2. *Distribución por edad*

En cuanto al inicio de la sintomatología, la media se encuentra en los 23,29 años, siendo la edad mínima de inicio 7 años y la máxima 60 años.

El 52,2% de los síntomas en los pacientes comenzaron a los 21 años o antes, mientras que a partir de los 41 años y hasta los 60 años, sólo se ubica el 3,3% de la muestra.

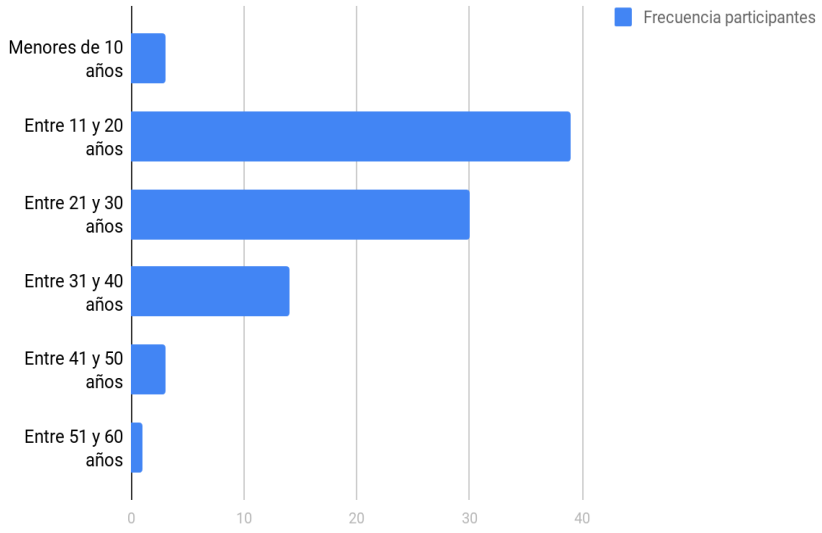


Figura 3.*Edad de inicio de sintomatología*

2.2 Antecedentes Clínicos

En cuantos a los datos recabados por el CTQ-SF, que evalúa experiencias traumáticas en la infancia, la media de los puntajes totales fue de 44,63 pts., siendo el puntaje mínimo de 25 pts. y el máximo de 101 pts. A su vez, en las subescalas, Abuso Emocional *(Emotional Abuse)* se observa una media de 10,3 pts., siendo el puntaje más bajo 5 pts. y el más alto 22 pts. La escala presenta un puntaje de corte de 8 pts., ubicándose el 68,3% de la muestra bajo el puntaje corte y el 31,7% sobre él. La variable Abuso Físico (*Physical Abuse*) tiene una media de 8 pts., con un puntaje mínimo de 5 pts. y un puntaje máximo de 24 pts., siendo el puntaje de corte 7 pts., el 76,9% de la muestra se encuentra bajo el corte y el 23,1% sobre él. La variable Abuso Sexual *(Sexual Abuse)* presenta una media de 8,13 pts., con un puntaje mínimo de 5 pts. y un puntaje máximo de 21 pts. El puntaje de corte es de 5 pts., un 62,5% se encuentra bajo éste y un 37,5% sobre él. La media de la variable Negligencia emocional *(Emotional Neglect)* es de 10,577 pts. donde el puntaje mínimo es de 5 pts. y el máximo 24 pts. El puntaje de corte se encuentra en 9

pts., 44,9% se ubica bajo él y el 55,1 sobre él. Finalmente, en la subescala Negligencia física (Physical Neglect) la media obtenida fue de 7,39 con un puntaje mínimo de 5 pts. y un puntaje máximo de 17 pts. El puntaje de corte es de 7 pts., 61,8% de la muestra se encuentra bajo éste y el 38,2% sobre éste.

Tabla 1. *Tipos de abusos reportados por la muestra en cuestionario CTQ-SF*.

CTQ-SF	Presencia experiencia traumática	Porcentaje	Puntaje Corte
Abuso emocional	NO	66,3	8
	SI	31,6	
Abuso físico	NO	76,9	7
	SI	23,1	
Abuso Sexual	NO	62,5	5
	SI	37,5	
Negligencia emocional	NO	55,1	9
	SI	44,9	
Negligencia física	NO	61,8	7
	SI	38,2	

(N=104)

En base a la información aportada por el CTQ-SF, en relación a la variable Abuso Sexual, a la cual refiere la investigación, se puede decir que del número total de participantes, un 62,5% no vivió abuso sexual infantil, mientras que un 37,5% fue víctima de abuso sexual durante la infancia.

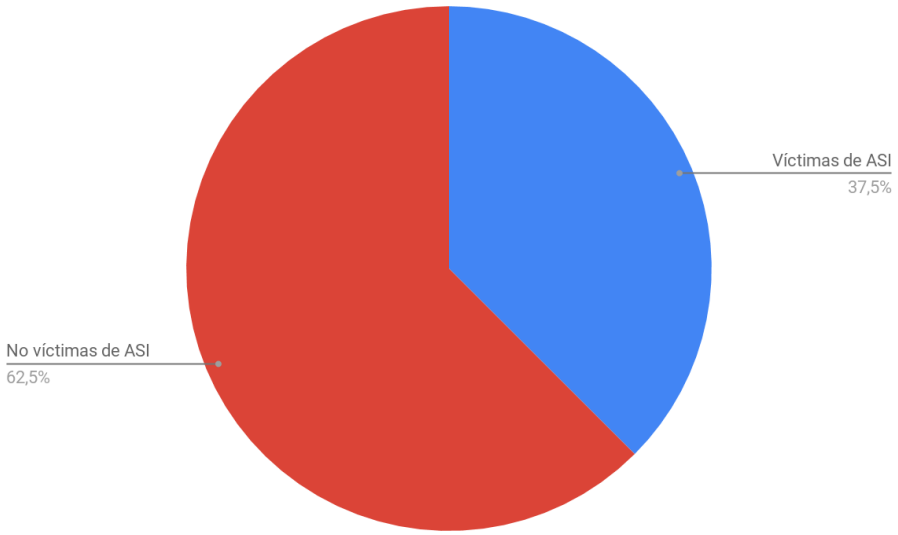


Figura 4. *Porcentaje de personas que reportaron ASI.*

Del total de participantes que fueron víctimas de abuso sexual infantil (39 personas), un 75% corresponde a personas del sexo femenino y un 25% a personas del sexo masculino.

En relación a la variable de Reparación, del total de participantes que reportaron haber sido víctimas de Abuso Sexual mediante el CTQ-SF, un 65,7% reportó haber tenido una experiencia reparatoria, mientras que el 34,3% de ellos, reportaron no haber tenido.

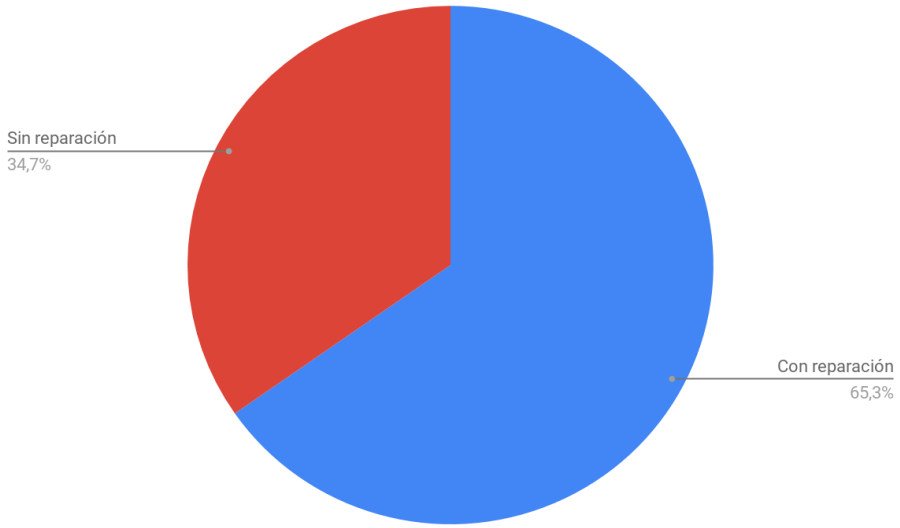


Figura 5. *Porcentaje de personas que reportaron experiencias reparatorias.*

Variable cognición social.

En el cuestionario "Interpersonal Reactivity Index" (IRI), en la subescala Toma de Perspectiva (*Perspective Taking)* la media es de 23,78 pts. con puntaje mínimo de 11 pts. y máximo de 35 pts. y una desviación típica de 5,52.

En la escala Fantasía (*Fantasy)* la media de los puntajes obtenidos por la muestra evaluada fue de 21,33 pts., siendo el puntaje mínimo obtenido por los participantes de 7 pts. y el máximo de 35 pts., con una desviación típica de 7,04.

En Preocupación Empática (*Empathic Concern)* se observa una media de 26,72 pts., con puntajes que fluctúan entre los 15 y 35 pts., con una desviación típica 4,75.

Finalmente, en la subescala Malestar Personal *(Personal Distress)*, la media obtenida por la muestra evaluada fue de 19,75 pts., con un puntaje mínimo de 7 pts. y un máximo de 35 pts., con una desviación típica 5,59.

En el cuestionario Hinting Task, la media de los puntajes totales (N=80) fue 16,52 pts., con puntajes que fluctúan entre los 4 y 20 pts., y con una desviación típica de 3,89. De quienes contestaron la prueba, el 36,3% de los participantes obtuvo puntaje inferior a la media y aproximadamente el 63,7% de ellos obtuvo un puntaje superior a la media. En esta prueba el puntaje mínimo obtenido por los participantes que conforman la muestra es de 4 pts. que corresponden al 2% del total de la muestra. El puntaje máximo obtenido por los participantes es de 20 pts. que corresponde al 13% del total de la muestra. La moda corresponde a 18 pts., lo que equivale al 20% del total de la muestra.

En la prueba TASIT *(The Awareness of Social Inference Test)* utilizada para estudiar reconocimiento facial, la media de los puntajes (N=74) fue de 15,62 pts., con un puntaje mínimo de 8,0 pts. y un puntaje máximo de 20 pts., y una desviación típica de 2,3449. En cuanto al reconocimiento de la expresión facial de *Asco*, la media fue de 2,22 pts., con puntajes mínimos obtenidos de 0 pts. y puntajes máximos de 4 pts. con una desviación típica de ,926.

En la variable *Enojo*, la media obtenida por los participantes fue de 3,77 pts. , a su vez en esta prueba el puntaje mínimo obtenido fue de 1 pt. y el máximo de 5 pts. con una desviación típica de ,631. En el reconocimiento facial del *Miedo* la media obtenida fue de 2,97 pts. con un puntaje mínimo de ,0 pts. y un puntaje máximo correspondiente a 4 pts., con una desviación típica de ,9505. En la variable *Sorpresa*, la media de los participantes se ubicó en 2,86 pts., el puntaje mínimo fue de 2 pts. y el puntaje máximo obtenido fue de 4 pts. con una desviación típica de ,4373. Finalmente, la variable *Tristeza* tiene una media de 2,86 pts., un puntaje mínimo obtenido de 0 pts. y un puntaje máximo de 4 pts. con una desviación típica de ,849.

Experiencia de Abuso sexual infantil como moderador sobre la cognición social

Tabla 2. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario Interpersonal Reactivity Index.*

Subescala IRI	Abuso sexual	Media	P	Desviación estándar
IRI PT	NO	24,582	,072	5,2306
	SI	22,582		
IRI FS	NO	20,696	,291	6,8276
	SI	22,355		
IRI EC	NO	26,804	,776	4,7659
	SI	26,484		
IRI PD	NO	19,643	,485	5,7150
	SI	20,516		

*p<,05

De acuerdo a la tabla 1, no existe una diferencia estadísticamente significativa (t=1,823; p=,072), en el rendimiento de quienes reportaron ser víctimas de ASI y quienes no, en la primera subescala de la prueba IRI, *Toma de Perspectiva* (IRI PT). La media del grupo de quienes fueron víctimas de ASI es de 22,582 pts., y de 24,582 para el grupo de quienes no fueron víctimas de abuso.

En la subescala *Fantasía* (IRI FS), no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (t= -1,062, p=,291), siendo la media de los puntajes para quienes no sufrieron ASI es de 20,582 pts. y de 22,355 pts. quienes sí vivieron ASI.

En la subescala *Preocupación Empática* (IRI EC), no se establecen diferencias significativas entre los dos grupos que componen la muestra evaluada (t=,286, p=,776), siendo las medias de los puntajes 26,804 pts. para quienes no viven ASI y de 26,484 pts. para quienes sí.

En relación a la última escala de la prueba IRI, *Malestar Personal* (IRI PD) quienes no vivieron abuso obtuvieron una media de 19,643 pts. y quienes sí lo vivieron por su parte obtuvieron una media de 20,516 pts. Dicha diferencia no se establece como significativa desde el punto de vista estadístico (t=-,701, p=,485).

Tabla 3. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario Hinting Task*

Hinting Task	Abuso sexual	Media	P	Desviación estándar
Hinting task total	NO	16,232	,615	3,5143
	SI	16,645		

*p<,05

En base a lo expuesto en la tabla 3, es posible observar que las medias de los puntajes obtenidos por la muestra en Hinting Task, carecen de significancia estadística (t= -,504, p=,615),

con una media de 16,232 pts. para quienes no vivieron ASI y de 15,645 pts. para quienes sí lo vivieron.

Tabla 4. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario The Awareness of Social Inferences Test.*

Subescalas TASIT	Abuso sexual	Media	P	Desviación estándar
ASCO	NO	2,268	,336	,9048
	SI	2,065		
ENOJO	NO	3,679	,057	,5883
	SI	3,903		
MIEDO	NO	3,000	,877	,8964
	SI	2,968		
SORPRESA	NO	3,839	,358	,4142
	SI	3,742		
TRISTEZA	**NO**	**2,680**	**,010***	**,851**
	SI	**3,160**		

TOTAL	NO	15,464	,922	2,5350
	SI	15,406		

*p<,05

En pruebas de reconocimiento facial, evaluadas con la prueba TASIT, se analizará de forma individual cada una de sus cinco variables: Asco, Enojo, Miedo, Sorpresa y Tristeza. Para el reconocimiento de la expresión facial de *Asco*, quienes no han vivido abuso tienen una media de 2,27 pts. y quienes sí lo vivieron, una media de 2,07 pts., por lo que las diferencias no se establecen como significativas (t=,968, p=,336).

En el reconocimiento facial en la variable *Enojo*, la media de puntajes en quienes no reportaron experiencias de abuso es de 3,68 pts. en comparación a quienes sí reportaron esta experiencia que obtienen una media de 3,90 pts., dichas diferencias no se establecen como significativas (t=-1,928, p=,057).

Para el reconocimiento del *Miedo*, tampoco es posible establecer diferencias significativas (t=,156, p=,877), con una media de 3 pts. para quienes no vivieron abuso y 2,97 pts. para quienes sí lo vivieron. Misma situación se presenta frente al reconocimiento de la variable *Sorpresa*, donde no es posible establecer diferencias significativas (t=,929, p= ,358) entre quienes no fueron víctimas de ASI con una media de 3,839 pts. en comparación con quienes sí lo fueron con una media de 3,84 pts.

Para el reconocimiento de la *Tristeza*, es posible establecer diferencias significativas entre ambos grupos (t=-2,647, p=,010), quienes no fueron víctimas abuso tienen una media de 2,68 pts. y quienes sí fueron víctimas tiene una media de 3,16 pts.

En relación a los puntajes total del TASIT, las diferencias entre quienes no tuvieron experiencias de ASI y quienes sí las tuvieron, 15,46 pts. la media del primer grupo y 15,41 pts. la media del segundo grupo, no se establecen como significativas (t=,098, p=,922).

Tabla 5. *Efecto moderador de variable Abuso Sexual Infantil sobre los puntajes obtenidos en cuestionario Ekman 60 versión abreviada*

Subescalas Ekman 60	Abuso sexual	Media	P	Desviación Estándar
ALEGRÍA	NO	4,944	,521	,4144
	SI	4,900		
SORPRESA	**NO**	**4,407**	**,036***	**,7437**
	SI	**4,700**		
NEUTRO	NO	4,667	1,000	,6723
	SI	4,667		
TRISTEZA	NO	3,593	,364	1,2159

	SI	3,833		
MIEDO	NO	2,685	,224	1,5469
	SI	2,267		
ASCO	NO	2,981	,444	1,3903
	SI	2,733		
ENOJO	NO	2,981	,176	1,1545
	SI	2,733		
TOTAL	NO	27,111	,809	3,5302
	SI	27,300		

*p<,05

En pruebas de reconocimiento facial, evaluadas con la prueba Ekman 60, se analizará de forma individual cada una de sus siete variables: *Alegría, Sorpresa, Neutro, Tristeza, Miedo, Asco y Enojo*. En relación al reconocimiento de la *Alegría*, la media de quienes no vivieron una experiencia de abuso es de 4,94 pts., mientras que entre quienes sí vivieron una experiencia de abuso es de 4,90 pts. Entre ambos grupos no se establecen diferencias significativas (t=,644; p=,521).

En relación al reconocimiento de la variable *Sorpresa*, la media de quienes no fueron víctimas de abuso sexual en su infancia es de 4,41 pts., mientras que la media de quienes sí fueron víctimas de ASI, es de 4,70 pts. Entre ambos grupos si se establece una diferencia significativa (t=-2,135; p= ,036).

En cuanto al reconocimiento de la variable *Neutro*, la media de quienes no fueron víctimas de abuso en la infancia es de 4,667 pts., mientras que quienes sí fueron víctimas de ASI, obtuvieron una media de 4,667 pts. Entre estos grupos no existe una diferencia significativa (t= ,000; p= 1,000).

Para el reconocimiento de la *Tristeza* no es posible establecer diferencias significativas (t=-,908; p= ,367). La media en relación a esta variable entre quienes no fueron víctimas de abuso sexual en la infancia es de 3,59 pts., mientras que la media entre quienes sí fueron víctimas de ASI es de 3,83 pts.

Para el reconocimiento del *Miedo*, no se establecen diferencias significativas (t=1,227; p=,224) entre el grupo de quienes no fueron víctimas de ASI, quienes presentaron una media de 2,69 pts., y quienes sí lo fueron, quienes presentaron una media de 2,27 pts.

En relación al reconocimiento del *Asco*, la media de quienes no fueron víctimas de abuso en la infancia fue de 2,98 pts., mientras que la media de quienes sí fueron víctimas de ASI fue de 2,73 pts. No se presentaron diferencias significativas entre estos grupos (t=,769; p=,444)

Para el reconocimiento del *Enojo*, la media de quienes no fueron víctimas de ASI fue de 3,83, mientras que la media entre quienes sí fueron víctimas de ASI fue de 4,20. Entre ambos grupos no se establecieron diferencias significativas (t=-1,364; p=,176).

En relación al puntaje total del Ekman 60, no se establecen diferencias significativas (t=-,243; p=,809) entre el grupo de quienes no vivieron una experiencia de abuso, cuya media fue de 27,11 pts., y entre quienes sí vivieron una experiencia de abuso, cuya media es de 27,30 pts.

Experiencias reparatorias en ASI

Quienes reportaron haber tenido alguna experiencia reparatoria, obtuvieron una puntuación promedio mayor en IRI en las escalas *Toma de Perspectiva* (Si= 23,500, No= 20,636), siendo esta no significativa (u=76,500 p= ,169), *Fantasía* (Si= 23,100, No= 21,000), no significativa (u= 92,000 p= ,476) y *Preocupación Empática* (Si= 28,000, No= 23,727) , la cual tampoco fue significativa (u= 53,000 p ,018), en cambio, en la escala *Malestar Personal*, quienes reportaron experiencias reparatorias obtuvieron una media de puntajes menor (Si= 19,800, No= 21,818), que quienes no tenían experiencias de reparación, sin embargo, no posee significancia estadística (u= 85,000 p= ,317).

Tabla 6. *Efecto moderador de variable reparación sobre media de puntajes obtenidos en cuestionario Interpersonal reactivity index.*

Subescala IRI	Reparación	Media	P
IRI PT	NO	20,636	,169
	SI	23,500	
IRI FS	NO	21,000	,476
	SI	23,100	

IRI EC	**NO**	**23,727**	**,018***
	SI	**28,000**	
IRI PD	NO	21,818	,317
	SI	19,800	

*p<,05

En la prueba Hinting Task, quienes no tuvieron experiencias reparatorias reportaron una puntuación promedio superior que quienes no reportaron reparación (Si= 16,350, No= 17,182), siendo no significativo (u= 95,500 p= ,555).

Tabla 7. *Efecto moderador de variable reparación en media de puntajes obtenidos en cuestionario Hinting Task.*

Hinting Task	Reparación	Media	p
Hinting task total	NO	16,350	,555
	SI	17,182	

*p<,05

En la prueba TASIT, el promedio total de los resultados entre quienes reportaron experiencias reparatorias y quienes no lo hicieron, no tuvo mayores diferencias (Si= 15,190, No= 15,818), y estas fueron no significativas (u= 111,500 p= ,876). En la escala *Asco*, quienes reportaron reparación obtuvieron un puntaje mayor que quienes no lo hicieron (Si= 2,250, No=

1,727), siendo no significativo (u= 76,000 p= ,169). En la escala *Enojo* quienes reportaron haber tenido experiencias reparatorias obtuvieron un puntaje menor en comparación con quienes no tuvieron reparación (Si= 3,850, No= 4,000), el cual no fue significativo (u= 99,000 p= ,670)

En la escala *Miedo* quienes reportaron reparación obtuvieron puntajes inferiores a quienes no tuvieron reparación (Si= 2,950, No= 3,000), pero estos no fueron significativos (u= 95,500 p= ,555).

En la escala *Sorpresa* quienes reportaron haber vivido alguna experiencia reparatoria obtuvieron puntajes menores que quienes no lo hicieron (Si= 3,700, No= 3,818), los cuales no fueron significativos (u= 101,500 p= ,730)

Finalmente, en la escala *Tristeza* los participantes que sí tuvieron reparación obtuvieron puntajes menores a quienes no tuvieron experiencias reparatorias (Si= 3,10, No= 3,27), pero esta puntuación no fue significativa (u= 97,500 p= ,611)

Tabla 8. *Efecto moderador de variable reparación en media de puntajes obtenidos en cuestionario The Awareness of Social Inferences Test.*

Subescalas TASIT	Reparación	Media	P
ASCO	NO	1,727	,169
	SI	2,250	
ENOJO	NO	4,000	,670
	SI	3,850	
MIEDO	NO	3,000	,555
	SI	2,950	
SORPRESA	NO	3,818	,730
	SI	3,700	
TRISTEZA	NO	3,270	,611
	SI	3,100	

TOTAL	NO	15,818	,876
	SI	15,190	

*p<,05

En la prueba Ekman 60, la media de los puntajes totales de quienes sí tuvieron reparación fue de 27,75 pts. en comparación con el grupo de participantes que no tuvieron experiencias reparatorias, que obtuvieron una media de puntajes de 26,40, la cual fue no significativa (u= 70,500 p= ,198). En la escala de A*legría* los participantes con reparación obtuvieron una media de puntajes mayor que quienes no tuvieron reparación (Si= 4,950, No= 4,800), siendo no significativa (u= 85,000 p= ,530).

La escala *Sorpresa* la media de los puntajes de quienes sí tuvieron experiencias de reparación fue mayor que quienes no la reportaron (Si= 4,800 No= 4,500). La escala *Neutro* la media de los puntajes de quienes no tuvieron experiencias de reparatorias fue mayor que quienes sí la tuvieron (Si= 4,550, No= 4,900), siendo este puntaje no significativo (u=74,000 p=,267). En la escala *Tristeza* la media de los puntajes de los participantes con reparación fue mayor que el grupo sin reparación (Si= 3,900, No= 3,700), y no posee significancia estadística (u= 92,500 p= ,746). La escala *Miedo*, reportó una media de puntajes mayor en el grupo con experiencia de reparación, en comparación con los participantes sin experiencias reparatorias (Si= 2,400 No= 2,000), siendo este puntaje no significativo (u= 86,500 p= ,559). En la escala *Asco* los participantes con reparación obtuvieron una media de 2,90 pts., en comparación con el grupo sin reparación que obtuvo un puntaje promedio de 2,40 pts., siendo no significativos (u= 83,000 p= ,475). Finalmente, la escala Enojo no se presenta como significativa (u=100,000 p=1,000), arrojó una media de los puntajes mayor en el grupo con experiencias reparatorias, que en el grupo sin reparación (Si= 4,250, No= 4,100).

Tabla 9. *Efecto moderador de variable reparación en media de puntajes obtenidos en cuestionario Ekman 60 versión abreviada.*

Subescalas Ekman 60	Reparación	Media	P
ALEGRÍA	NO	4,800	,530
	SI	4,950	
SORPRESA	NO	4,500	,198
	SI	4,800	
NEUTRO	NO	4,900	,267
	SI	4,550	
TRISTEZA	NO	3,700	,746
	SI	3,900	
MIEDO	NO	2,000	,559
	SI	2,400	
ASCO	NO	2,400	,475
	SI	2,900	
ENOJO	NO	4,100	1,000
	SI	4,250	
TOTAL	NO	26,400	,198
	SI	27,750	

*p<,05

Discusión

En cuanto a la relación entre la variable abuso sexual infantil y cognición social en pacientes con Trastorno Bipolar I, los resultados obtenidos indican que no existen relaciones directas entre la variable de trauma, abuso sexual infantil y el desempeño en pruebas que miden cognición social, ya que no se establecen diferencias estadísticamente significativas entre quienes fueron víctimas de abuso en relación a quienes no lo fueron.

En la primera de las pruebas, Interpersonal Reactivity Index (IRI), no se establecen diferencias significativas entre ambos grupos, por lo cual se puede decir que quienes han sufrido situaciones de abuso y quienes no, puntúan de forma similar en pruebas de empatía. Tales resultados pueden estar influenciados por la baja potencia estadística presentada por todas las variables que evalúa la prueba IRI, donde el tamaño del efecto se establece en un rango bajo para cada una de ellas (PT d=0,39, FS d=0,23, EC d=0.06, PD d=0,15)

Lo mismo sucede con la prueba Hinting Task que evalúa ToM, ambos grupos puntúan de forma similar, por lo que no es posible establecer un rol moderador del abuso sexual infantil sobre la cognición social. Por ello, es posible decir que en ambas pruebas se refuta la hipótesis alternativa, la cual propone que no existe una asociación significativa entre la presencia de abuso sexual y el desempeño en las pruebas de cognición social en pacientes con trastorno bipolar tipo I en eutimia, sin embargo el tamaño del efecto encontrado en la muestra es de 0.11, por lo que de haber efecto es poco probable que éste sea detectado con el tamaño de la muestra evaluada.

Sin embargo, en la batería que evalúa reconocimiento facial de emociones, The Awareness of Social Inference Test (TASIT), se establecen diferencias entre ambos grupos en una de las cinco variables evaluadas por la prueba. La variable tristeza, presenta diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos por cada uno de los grupos, lo cual

sugiere una nueva hipótesis, debido a que el grupo con antecedentes de trauma infantil no sólo puntúa diferente que el grupo sin trauma, sino que obtiene mejores resultados, por lo tanto, los resultados sugieren que quienes han sufrido alguna experiencia de abuso sexual, en este estudio, obtienen mejores puntajes en el reconocimiento facial de la tristeza, posiblemente a raíz de la experiencia vivida, y por lo tanto, el propio conocimiento de dicha emoción. El tamaño del efecto de esta prueba, se encontró en un rango bajo para las escalas asco, enojo, miedo y sorpresa, y para la escala tristeza, tuvo un tamaño del efecto medio, lo que podría explicar que, el hecho de que el grupo con abuso sexual haya puntuado mejor en el reconocimiento de la emoción tristeza, no significa necesariamente que estas diferencias en los puntajes sean relevantes (Asco d=0,21; Enojo d=0,55; Miedo d=0,03; Sorpresa d=0,21; Tristeza d=0,60; Total d= 0,02).

Tal información se corresponde con lo planteado por Catalán et al (2017), quienes mencionan que el reconocimiento de expresiones faciales se encuentra alterado tanto en los pacientes con un trastorno mental grave, como es en este caso el TB I, como en quienes padecen antecedentes de trauma infantil, en este caso el abuso sexual infantil. Esto puede estar relacionado con las consecuencias que genera el ASI a largo plazo en las víctimas, como señala Plaza et al., (2014), las dinámicas abusivas, contribuyen a un procesamiento atribucional de incontrolabilidad de eventos que pudiesen presentarse como potencialmente dañinos (indefensión), por lo cual, se realizaría un despliegue de estrategias de afrontamiento más activas por parte de las víctimas, mediante la hipervigilancia a emociones negativas como miedo, ansiedad y tristeza, entre otras, presentando posiblemente una mayor capacidad para reconocer este tipo de emociones, con el fin de evitar dichas interacciones, lo cual estaría relacionado directamente al aislamiento experimentado como consecuencia de la experiencia abusiva. De lo

anterior se desprende la hipervigilancia a este tipo de emociones como una conducta funcionalmente adaptativa, en estos casos. Este punto forma parte de las llamadas “Dinámicas Traumatogénicas”, específicamente de la estigmatización (Finkelhor & Browne, 1985 en Pool., 2006). Éstas, “alteran la orientación cognitiva y emocional del niño hacia el mundo creando una distorsión en su capacidad afectiva, autoconcepto y visión de mundo” (Plaza et al., 2014). Además, se debe considerar que las emociones básicas están biológicamente determinadas y ligadas a conductas fundamentales para la supervivencia; su comienzo es abrupto y su duración limitada (Taberno, et al., 2016).

Otra hipótesis que podría explicar una mejor puntuación en el reconocimiento de la tristeza, tiene relación con los episodios depresivos con los cuales oscila el TB I, ya que, como se ha mencionado con anterioridad, este se caracteriza por una fluctuación entre dos polos: la manía y la depresión (MINSAL, 2013), lo que explicaría que las personas estén más familiarizadas con un estado de ánimo bajo y tristeza.

Además, debido a que la emoción de tristeza está centrada en el "yo" y tiende a persistir en el tiempo en forma de aislamiento y pasividad, por lo que resulta sencilla de distinguir ante otras emociones más fugaces e intensas como la ira (Álvarez, et al., 2014). A ello se suman estudios que demuestran que las víctimas de ASI presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como la depresión, siendo ésta uno de los síntomas más frecuentes en adultos abusados sexualmente durante la infancia (Berliner y Elliot, 2002; Guerricae-chevarría y Echeburúa, 2005 en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Dicha información sugiere que quienes han vivido episodios depresivos, o los viven actualmente, tienen una mayor capacidad para reconocer en otros expresiones faciales como la tristeza, ya que han vivido esta emoción personalmente, durante mucho tiempo y en distintas intensidades, lo que eventualmente, permitiría a este grupo

de personas una mayor comprensión y reconocimiento de expresiones emocionales a esta. Por otra parte, Ciertos datos sugieren que existe una actividad aumentada en respuesta a caras tristes en pacientes que cursaron episodios depresivos (Grant, et al., 2011) y a caras negativas como miedo, enfado, tristeza en individuos sanos con historia de maltrato infantil (Dawnnloski, et al., 2013).

En cuanto a la segunda prueba utilizada para evaluar el reconocimiento facial de emociones, Ekman 60 abreviado, de las siete variables presentadas en ella, seis no presentan diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que tanto las personas que vivieron abuso como quienes no, tienen rendimientos similares en el reconocimiento de emociones como la alegría, enojo, tristeza, miedo, asco y neutro. Sin embargo, los resultados muestran diferencias sobre el reconocimiento de la expresión facial de sorpresa, debido a que el grupo con antecedente de abuso sexual infantil, obtuvo puntajes superiores en comparación con el grupo que no lo vivió, estableciéndose un rol moderador del abuso sexual infantil sobre el reconocimiento de dicha emoción (Alegría d= 0,14; Sorpresa d= 0,44; Neutro d= 0; Tristeza d= 0,2; Miedo d=0,26; Asco d=0,17; Enojo d= 0,32; Total d= 0,05) . No se han encontrado resultados similares en otras investigaciones revisadas, por lo tanto, los resultados en la variable sorpresa, podrían ser explicados por otros factores no evaluados en esta prueba de reconocimiento facial de emociones, como plantea Adolphs (2002), “Datos sugieren que el rendimiento en la prueba de discriminación de emociones depende de factores no evaluados, como la percepción visual temprana o el procesamiento emocional, que ocurren en varias zonas del cerebro”. Por lo tanto, en futuros estudios sería necesario considerar otros factores en la evaluación para atribuir una explicación certera a los resultados obtenidos.

En cuanto al rol moderador de la reparación de eventos traumáticos y la cognición social en pacientes con TB I, los resultados obtenidos indican que no existe una relación directa entre la reparación de experiencias traumáticas y las puntuaciones en pruebas de cognición social, por tanto, no se presenta un mejor rendimiento en pruebas de cognición social en quienes tuvieron algún tipo de reparación posterior a una vivencia de trauma, en comparación a quienes no tuvieron dicho evento reparatorio. Sin embargo, en la prueba IRI, en la escala de Preocupación Empática (EC), es posible apreciar diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de quienes tuvieron experiencias reparatorias (apoyo de familiares, pares y profesionales, entre otros) y quienes no, lo que permite decir que este grupo posee la capacidad de dar una mejor respuesta emocional frente a las experiencias negativas de los otros, es decir, tienen una mayor expresión de sentimientos como el cariño, preocupación y compasión orientada a un otro. Esto puede estar relacionado al proceso reparatorio experimentado, en el cual existió una figura significativa que actúo como modelo, ayudando a establecer un patrón para relacionarse con los demás, entregando calma y esperanza. Richaud de Minzi, Lemos y Mesurado (2011) en investigaciones relativas a conductas prosociales en niños, refieren que la percepción de empatía parental se asocia positivamente con la prosocialidad de los hijos, lo que refuerza la idea de que al tener un tercero que pueda modelar las conductas empáticas, hay una mayor probabilidad que estas sean replicadas.

En las demás escalas de esta prueba, Toma de Perspectiva, Fantasía y Malestar Personal, no se logró establecer diferencias significativas en los puntajes obtenidos por ambos grupos, por lo que no hay un grupo que califique mejor que el otro en empatía, lo cual se puede deber a la baja potencia estadística que presenta el estudio en relación a ésta variable, datos que podrían cambiar al considerar un número mayor de personas.

Por su parte, las pruebas Hinting Task, TASIT y Ekman 60 en todas sus escalas, no establecen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, lo que quiere decir, que tanto quienes tuvieron eventos reparatorios como quienes no los tuvieron, presentan puntajes similares en las diferentes pruebas de cognición social.

Respondiendo a la pregunta de investigación sobre ¿Qué diferencias existen en la cognición social de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I que vivieron experiencias de abuso sexual infantil, con quienes no lo vivieron?, es posible establecer mediante los resultados obtenidos por la muestra evaluada, que las diferencias existentes se concentran únicamente en el reconocimiento facial de emociones, donde destacan el reconocimiento de las expresiones faciales de tristeza y sorpresa, resultados que se condicen con investigaciones como la de Venn (2004) en la cual se observan resultados similares a estos, también con resultados pocos significativos en la sensibilidad a las demás emociones con excepción de la tristeza y la sorpresa que fueron más elevadas.

Conclusiones

El objetivo principal de éste estudio fue conocer las diferencias en la cognición social entre pacientes con trastorno bipolar tipo I que hayan vivido una experiencia de abuso sexual con quienes no hayan vivido abuso, sobre los resultados en pruebas de cognición social.

Respecto a lo anterior, en base a los resultados obtenidos de la muestra evaluada, estas diferencias estuvieron relacionadas principalmente con un mejor rendimiento en el reconocimiento de la emoción tristeza en la prueba TASIT y de la sorpresa en la prueba Ekman 60 por parte del grupo con antecedente de ASI. En relación con la Teoría de la mente y la empatía, ambos grupos puntuaron de manera similar, o sea, los resultados indicarían que no

existirían diferencias estadísticamente significativas entre los que vivieron abuso sexual y quienes no. Los objetivos del estudio, tanto general como específicos, se cumplieron al poder conocer y comparar las diferencias en el rendimiento en las pruebas de cognición social entre los grupos (IRI, Hinting Task, Ekman 60 y TASIT). Por lo tanto, al conocer los resultados del estudio, se prosiguió a no aceptar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, ya que, planteaban una asociación entre la presencia del abuso sexual infantil y las respuestas en las pruebas de cognición social, y que esta asociación estaría relacionada por un rendimiento más bajo en pruebas de cognición social por parte del grupo con abuso sexual en comparación con el grupo sin abuso.

Respecto a algunas debilidades en la investigación, es posible señalar el no haber considerado una prueba de cognición no social, dejando de lado con ello el rol mediador que ésta pudiese haber tenido sobre los resultados obtenidos por los participantes, ya que todas las pruebas de la batería aplicada requerían de una u otra forma algún tipo de habilidad contenida en la cognición no social, como son la atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, entre otras.

Otro aspecto a contemplar para futuras investigaciones dice relación con considerar otro tipo de pruebas con las cuales evaluar el reconocimiento facial de emociones, ya que fue este componente de la cognición social el único donde se encontraron resultados estadísticamente significativos, por lo que sería interesante agregar más pruebas para evaluar esta variable, con el fin de obtener resultados que pudiesen entregar información más concluyente.

Es importante mencionar también la importancia del tamaño del efecto en la presente investigación y como sugerencia para utilizar en futuros estudios, debido a que este fue importante para comprender que se pueden tomar conclusiones precipitadas en relación a los

resultados estadísticamente significativos que arroja la investigación, ya que, interpretar una prueba sin acompañarla del tamaño del efecto, puede llevarnos a conclusiones erróneas acerca de nuestros resultados.

Una variable fundamental a considerar en investigaciones posteriores, sería el número de participantes de la muestra, esto en función de la baja potencia estadística encontrada en ésta investigación, y con ellos las altas probabilidades de que, de haber efectos estadísticamente significativos, estos no sean detectados. Por lo que una muestra conformada por un mayor número de personas podría entregarnos resultados más concluyentes respecto al rol moderador del ASI.

Además, otro elemento importante a considerar para futuras investigaciones, corresponde a los tratamientos farmacológicos respectivos de los participantes. Esto se encuentra ligado principalmente con la variable de Cognición Social, debido a que a pesar de no estar ampliamente estudiada la relación entre los efectos del consumo de ciertos fármacos y el reconocimiento de emociones, se ha reportado que en sujetos sanos, medicamentos como las benzodiazepinas, el propanolol y el citalopram, afectan el reconocimiento de la ira, el tiempo de reacción ante el reconocimiento de la tristeza y la percepción de expresiones negativas, respectivamente (Blaire & Curran, 1999; Harmer, Perrett, Cowen & Goodwin, 2001; Harmer, Shelley, McTavish, Cowen & Goodwin, 2002 en Venn, et al., 2004).

Referencias

Acuña, P. V., Sánchez, O. M., Ríos, D. U. & Cavieres, F. A. (2015). Discriminación de emociones faciales en personas con esquizofrenia y trastorno bipolar en remisión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53(3), 205-207.

Adimark. (2000). El nivel socioeconómico ESOMAR manual de aplicación. Recuperado de http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf

Adolphs, R. (2002). Recognizing Emotion from Facial Expressions: Psychological and Neurological Mechanisms. Behavioral and Cognitive Neuroscience reviews, 1 (1), 21-62

Almonte, C, Insunza, C, & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *40*(1), 22-30. Recuperado de https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000100003

Álvarez-Martínez, M. A. (2014). RECONOCIMIENTO Y COMPRENSIÓN DE EMOCIONES EN EDUCACIÓN INFANTIL: Diseño de una Unidad Didáctica para Educación Infantil.

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Barudy, J., Dantagnan, A. (2005). Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona

Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., & Goldberg, T. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. American Journal of Psychiatry, 165(2), 203-213.

Bora, E., Vahip, S., Gonul, A. S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M., & Eryavuz, A. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(2), 110-116.

Butman, J. (2007). Evaluación de la cognición social. En D. Burin, M. Drake & P. Harris (Comps.), Evaluación neuropsicológica en adultos. (pp. 331-344). Buenos Aires: Paidós.

Carrasco, M., Delgado, B.,Barbero, M., Holgado, F., y del Barrio, M. (2012). Propiedades psicométricas del Interpersonal Reactivity Index (IRI) en población infantil y adolescente española. Psicothema 2011. Vol. 23, nº 4, pp. 824-831.

Dannlowki, U., Kugel, H., Huber, F., Stuhrmann, A., Radlich, R., Grotegerd, D., & Arolt, V. (2013). Childhood maltreatment is associated with an automatic negative emotion processing bias in the amygdala. *Human brian mapping*, 34(11), 2899-2909.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. Psicología conductual, 19(2), 469.

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.

Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de psiquiatría y salud mental*, *5*(2), 79-88.

Grant, M. M., Cannistraci, C., Hollon, S. D., Gore, J., & Shelton, R. (2011). Childhood trauma history differentiates amygdala response to sad faces within MDD. *Journal of psychiatric research*, *45*(7), 886-895.

Hernández, M., Salmerón, O., Amaya, F., Castillo, A., Solórzano, B., y Loza, V. (2015). Análisis de datos cuantitativos. Universidad de Oriente, El Salvador.

Hernández et al (2013). Initial validation of the spanish Childhood Trauma Questionnaire – Short form: factor structure, reliability and association with parenting. Journal of interpersonal violence 28 (7) 1498-1518

Ibaceta Watson, F. (2007). Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta. *Terapia psicológica*, *25*(2), 189-198. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200010

Johnson, S., & Leahy, R. (2004). Psychological Treatment of bipolar disorder. *New York, The Guilford Press.*

Lee, J., Altshuler, L., Glahn, D. C., Miklowitz, D. J., Ochsner, K., & Green, M. F. (2013). Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*, *170*(3), 334-341.

Leyton, A. F., & Barrera, A. (2010). El diagnóstico diferencial entre la Depresión Bipolar y la Depresión Monopolar en la práctica clínica. *Revista médica de Chile*, *138*(6), 773-779. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000600017

Llanos, T., & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación para víctimas de Abuso Sexual, aspectos fundamentales. Revista Psykhé, 10(2), 53-70.

López, C. (2015). Psicoterapia del trauma: intervenciones con víctimas de situaciones extremas. (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Montevideo. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/7777

Maguire, C., McCusker, C. G., Meenagh, C., Mulholland, C. & Shannon, C. (2008). Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. Bipolar Disorder, 10(2), 293–302.

Martín-Cotero MC, Secades-Villa R, Aparicio-Mingueza A, Tirapu-Ustárroz J. (2016). Empatía en el trastorno mental grave. Rev Neurol 2017; 64: 145-52.

Martínez, I. N., & Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo Integrated approach to complex trauma clinic.

Martino, D. J., Strejilevich, S. A., Fassi, G., Marengo, E., & Igoa, A. (2011). Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Research*, *189*(3), 379-384.

Ministerio de Salud (2013). Guía clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más. Santiago.

Ministerio de Salud. (2011). *Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso seual.* Santiago: Andros.

Mousalli-Kayat, G. (2015). Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa. Mérida.

ONG PAICABÍ. (2015). Caracterización de la intervención desarrollada en casos de abuso sexual infantil perpetrados por figuras adultas femeninas. Recuperado de http://paicabi.cl/web/wp-content/uploads/2012/11/intervenci%C3%B3n_asi_femenino_ong_paicabi_2015.pdf

Muñoz-Neira, C., Henríquez, F., Ihnen, J., Sánchez, M., Flores, P., y Slachevsky, A. (2012). Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) en una muestra de ancianos chilenos. Rev Med Chile 140, 1006-1013.

Plaza,H., Beraud, &, y Valenzuela, C. (2014). Procesamiento traumatogénico del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. SUMMA PSICOLÓGICA UST, 11 (2), 35-44

Pool, A. (2006). Análisis Desde el Modelo Traumatogénico de los Indicadores Gráficos Asociados a Agresiones Sexuales Infantiles en la Prueba Persona Bajo la Lluvia. *Psykhe (Santiago)*, *15*(1), 45-55. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100004

Pousada, A. (2010). Estudio sobre la planificación y resolución de problemas y memoria de trabajo en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica. *Universidad Complutense de Madrid.*

Quemada, J., Rusu, O. & Fonseca, P. (2017). La cognición social y su contribución a la rehabilitación de los trastornos de la conducta por traumatismo craneal. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*

Richaud de Minzi, M., Lemos, V., & Mesurado, B. (2011). Relaciones entre la percepción que tienen los niños de los estilos de relación y de la empatía de los padres y la conducta prosocial en la niñez media y tardía. *Avances en Psicología Latinoamericana, 29*(2), 330 - 343. Recuperado de https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1363

Ríos, U. (2018). Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con trastorno bipolar en eutimia: asociación entre trauma infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos (Tesis doctoral sin publicar). Universidad de Chile y Universidad Católica de Chile, Chile.

Rosentreter, J. (2013). Terapia de reparación. Un acercamiento desde la praxis institucional pública en Chile (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos Línea Sistémica). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115627/Tesis%20Jeannette%20Rosentreter.pdf?sequence=1

Ruiz-Murugarren, S., García-Ramos, P. & Lahera, G. (2011). Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: Relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (1), pp. 99-114.

Samamé C. (2013) Social cognition throughout the three phases of bipolar disorder: A state-of-the-art overview. Psychiatry Research 210. 1275-1286.

Samamé, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(4), 266-280.

Sarasua, Belén, Zubizarreta, Irene, Corral, Paz de, & Echeburúa, Enrique. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, *29*(1), 29-37. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281

Servicio Nacional de Menores, SENAME. (2016). Primer informe sobre abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile. Recuperado de http://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2016/12/informe_sename_digital_116_pagabuso_sexual_en_chilepdf.pdf

Tabernero, M. E., & Politis, D. G. (2016). Reconocimiento facial de emociones básicas y su relación con la teoría de la mente en la variante conductual de la demencia frontotemporal.

Universidad Autónoma de Madrid. (sf). Introducción al SPSS, manejo y procesamiento básico de datos básicos en SPSS. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/economicas/eva/pdf/introspss.pdf

Universidad de Valencia. (sf). Diseño y tipos de estudio. Recuperado de https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm

Van Rheenen et al. (2014) Pathways between neurocognition, social cognition and emotion regulation in bipolar disorder. 2014 Acta Psychiatr Scand.

Venn, H. R., Gray, J. M., Montagne, B., Murray, L. K., Michael Burt, D., Frigerio, E., ... & Young, A. H. (2004). Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder. Bipolar Disorders, 6(4), 286-293.

Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R., (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, *22*(1), 51-61. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006

Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista médica de Chile*, *132*(12), 1499-1504.

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological medicine*, *36*(11), 1523-1533.