



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APEGO ANSIOSO Y EVITATIVO,
ALIANZA TERAPÉUTICA ASOCIADA A
LA SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES
CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE
SUSTANCIAS DE UN CENTRO DE
SALUD - MOQUEGUA.

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO

MARIA DEL CARMEN GONZALES
GUILLEN

LIMA- PERÚ

2019

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Carlos López Villavicencio

Presidente

Mg. Geraldine Salazar Vargas

Vocal

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Dr. Carlos López Villavicencio

Dedicado a:

Félix, quien nunca permitió que me olvidara de lo importante de seguir aprendiendo, él esperaba este momento, lamento que no puedas estar a mi lado ahora, pero siempre vivirás en mi corazón y mis logros también son los tuyos. No fuiste el padre perfecto pero siempre me hiciste sentir amada. Te amo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los directivos y encargados de la segunda especialidad de la Universidad Privada Cayetano Heredia por no permitir que la pandemia y los constantes cambios sociales obstaculicen o impidan alcanzar mi meta de obtener mi segunda especialidad.

Agradezco a mis asesores que a través de su guía e instrucciones pude culminar con la ejecución de mi investigación.

Agradezco a las usuarias del centro de salud en Moquegua que permitieron ser entrevistadas y evaluadas para esta investigación, que a través de experiencias y sufrimiento psicológico permitirán prevenir tempranamente la aparición de trastornos mentales en la población.

Agradezco a la licenciada Margot Chaparro por apoyarme en el proceso y permisos para la obtención de información para poder realizar la presente investigación.

Agradezco a mi familia que con su apoyo y motivación constante nunca permitieron que me alejara de mis metas.

APEGO ANSIOSO Y EVITATIVO, ALIANZA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS DE UN CENTRO DE SALUD - MOQUEGUA.

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	20%	6%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.tdx.cat Fuente de Internet	6%
2	www.tesis.uchile.cl Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	pt.slideshare.net Fuente de Internet	1%
6	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
7	textos.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	2
1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:	3
1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:	5
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES	7
A. Apego	7
B. Alianza Terapéutica	11
C. Sintomatología en mujeres con diagnóstico en sustancias	14
2.2 ANTECEDENTES:	16
2.3 HIPÓTESIS	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	19
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	19
3.3 VARIABLES	23
3.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS	27
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.6 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	31
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS A	
ANEXOS B	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra	22
Tabla 2 Definiciones Operacionales	23
Tabla 3 Estadístico chi cuadrado apego evitativo y Sintomatología	34
Tabla 4 Estadístico chi cuadrado apego ansioso y sintomatología	36
Tabla 5 Estadístico Chi cuadrado sintomatología y alianza terapéutica	37
Tabla 6 r Pearson tipo de apego o alianza terapéutica	39

RESUMEN

El presente estudio abarca como objeto mostrar la relación de las variables de tipos de apego ansioso – evitativo, alianza terapéutica y sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias de un centro de salud de Moquegua. La presente investigación No experimental de nivel de profundidad observacional, prospectivo transversal, presenta un diseño cuantitativo no experimental descriptivo correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), el que se realizó con una muestra de 20 mujeres con una edades entre los 18 y 32 años de edad diagnosticadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (CIE 10 F10-F19) por el profesional psicólogo de un centro de salud de Moquegua, la evaluación se realiza con los instrumentos: cuestionario de estilos de apego adulto (CEAA), WATOCI y CORE-OM, a través de visitas domiciliarias con previa firma del consentimiento informado. Los resultados demostraron que existe asociación y correlación entre las variables de estudio demostrando que los tipos de apego de la usuaria con diagnóstico de adicciones influyen en la formación de la alianza terapéutica con el profesional psicólogo lo que repercutirá en la mejora o no de la sintomatología afectiva que acompaña el diagnóstico de consumo de sustancias.

Palabras claves: apego ansioso – evitativo, alianza terapéutica, sintomatología y mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

ABSTRACT

The present research aims to demonstrate the relationship between the variables of types of anxious attachment – avoidant, therapeutic alliance and symptomatology of women, with a diagnosis of substance use in a health center in Moquegua.

This non - experimental research of an observational depth level, prospective transversal, presents a quantitative nonexperimental descriptive correlational design (Hernández, Fernandez and Baptista, 2010), which was conducted by the professional psychologist and performed with a sample of 20 women with ages between 18 and 32 years old diagnosed with mental and behavioral disorders due to the consumption of psychotropic substances (CIE 10 F10-F19).

This study has used the following data collection methods: Adult attachment styles questionnaire (AASQ), WATOCI and COR EOM, through home visits with a prior signature of informed consent. The results showed that there is an association and correlation between the study variables, demonstrating that the attachment types of the patient diagnosed with addictions, influence the formation of the therapeutic alliance with the psychologist, which would have repercussions on the improvement or not of the affective symptomatology that accompanies substance consumption diagnostic.

Keywords: anxious attachment – avoidant, therapeutic alliance, symptomatology and women diagnosed with substance use.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En la actualidad la “teoría del apego” se le considera una gran teoría o macro-teoría (Marrone 2014) para “el estudio de las relaciones humanas”, en el sentido de que su campo de estudio e influencia se ha ido extendiendo a múltiples disciplinas científicas que estudian a múltiples niveles el desarrollo humano normal o patológico. “El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores que proporciona la seguridad indispensable para un buen desarrollo de la personalidad”. En la presente investigación nos centramos en los tipos de apego ansioso y evitativo los que según la bibliografía pueden en el caso del primer tipo desarrollar psicopatologías afectivas y en el caso del segundo distanciamiento afectivo que en algunos estudios han encontrado la relación con el ingesta de drogas y conociendo que las mujeres por sus diferencias físicas neurológicas y rol en la sociedad presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar estos tipos de apego.

Hablando de vínculo y confianza, la alianza terapéutica es la relación de seguridad y colaboración que el paciente crea con el personal de salud que lo trata que asegura el éxito del tratamiento médico, farmacológico o psicológico, el cual depende del tipo de apego con el que cuente el paciente lo que podría obstaculizar la adherencia al tratamiento y futura deserción.

Cuando el consumo de sustancias se desarrolla como una conducta dependiente y evitativa que altera la vida de la mujer consumidora perdiendo funcionalidad de manera individual, familiar y social, es acompañada o/y originada por síntomas psicopatológicos, ansiedad, depresión, conductas de riesgo (ideación suicida o intento suicida), sintomatología que debe ser abordada y tratada a la par y en algunos casos de manera inicial cuando una mujer es diagnosticada con consumo de sustancias.

De lo expuesto deriva la tesina llevándose a cabo la presente investigación con mujeres diagnosticadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas con el objetivo de encontrar asociación y relación entre las variables tipo de apego ansioso - evitativo, alianza terapéutica y sintomatología comprendido como los síntomas psicológicos que acompañan y/o originan la dependencia a sustancias, dando inicio a generar estrategias que aseguren la mejora del paciente con la sostenibilidad del proceso terapéutica.

1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la región Moquegua, la cual ha tenido un aumento desde hace una década de la población estimada a causa de la migración, lo cual la ha hecho poseedora de una región con amplia gama de misturas culturales, ya que aquellos inmigrantes llegan con sus creencias y costumbres, siendo también sus prejuicios y estigmas parte del aporte cultural, ya que en su mayoría provienen de familias que han vivido y viven con violencia familiar, una de las implicancias de vivir fuera de su tierra natal es la falta de trabajo y por ende bajos ingresos económicos, orillando a los padres a que ofrezcan a sus hijos desde edades muy tempranas a trabajar como empleados en casa de familiares u otros desconocidos a cambio de la promesa ofrecida a los padres de brindarle estudios y alimento, creencias que en cuanto a las mujeres las hacen propensas a sufrir diversos tipos de abusos (violencia física, psicológica y abuso sexual), provocando la formación de un apego ansioso o evitativo el que determinara los modelos operativos internos que conforman la personalidad que sumado a sus costumbres (fiestas patronales y/o actividades recreativas conciertos de música folclórica, etc.) las hacen propensas a desarrollar dependencias a diferentes sustancias legales (bebidas alcohólicas y pastillas), estas perturbaciones emocionales que se presentan a temprana edad al pasar de los años cronifican desencadenando en trastornos mentales graves y en muchos casos se adhiere

el diagnóstico de adicciones, diagnósticos que quedan ocultos por los estigmas que presentan, al ser consideradas como la base de la familia y modelo de perfección, barreras (estructurales, sociales, intrapersonales e interpersonales) que impiden a las mujeres a identificar el problema y buscar la ayuda adecuada y creer o confiar en la intervención del profesional en sus problemas.

Por lo antes expuesto podemos formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre las variables de apego, alianza terapéutica y sintomatología en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias de un Centro de Salud – Moquegua?

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:

El uso de sustancias psicoactivas y el trastorno por abuso de sustancias (SUDES) continúan identificándose como la mayor preocupación de salud pública en toda la humanidad, englobando consecuencias en la salud alrededor del mundo y en el manejo de la sociedad y en la economía. “La oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito” (ONUDD) informó que, en el 2011, entre 167 y 315 millones de personas entre 15 y 64 años utilizaron una sustancia ilícita el año anterior. Esto corresponde a un 3,6 y 6,9 por ciento de la población adulta. La prevalencia de consumo de drogas ilícitas, el número de consumidores problemáticos de drogas y aquellos con trastornos por consumo de drogas o dependientes – permanecieron estables.

En la Región Moquegua en el 2018 hasta el mes de julio se encuentran detectadas a 126 mujeres diagnosticadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (f10-F19) presentando dificultades en la adherencia al tratamiento y cumplimiento del mismo, basados en las investigaciones y estrategias utilizadas por el MINSA en la recuperación de los pacientes con adicciones, se ha obviado el aspecto de la relación y vínculo lo que respecta a la alianza terapéutica que

se crea durante la primera sesión y la continuidad del tratamiento entre el profesional tratante y la usuaria, elemento que desempeña una papel importante en el cumplimiento del objetivo general y meta de tratamiento.

Como es sabido en las carreras asistenciales no se prioriza un perfil psicológico para cada una de ellas, las que por su nivel de intervención (primaria, secundaria o terciaria) o el tipo de población al que está dirigido, el profesional debería contar y/o desarrollar a través de la formación de capacidades y habilidades que nos permite “ser capaz de...” “estar preparado para...” , se ha escuchado de poca empatía de los profesionales de salud con los pacientes, y en las evaluaciones que el MINSA realiza anualmente como parte de los macro procesos (usuario externo) se evidencia que los usuarios perciben el trato que se les brinda y la confianza que tienen hacia el profesional, siendo uno de los factores que se encuentran en rojo y se necesita mejorar, sin embargo pocos son los programas orientados a mejorar este aspecto y poco el interés de los profesionales en realizarlos.

Habiendo evidencias en investigaciones de otros países en las cuales la alianza terapéutica juega un factor importante en el proceso de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves (trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite), aunque aún no se han realizado investigaciones en la relación de la alianza terapéutica en el tratamiento de las adicciones, sin embargo a través del Programa GROW se ha determina la mutualidad como factor importante en la intervención de la drogodependencia, por lo cual se ve necesario determinar la alianza terapéutica que se establece en el inicio y durante el tratamiento, no es extraño que el reto más grande de la psicoterapia es el establecer la bastante determinación y una relación segura entre profesional en salud mental e usuario como para consentir que se permita una interacción psicoterapéutica de apego, puesto que el estudio psicoterapéutico

comprueba con frecuencia que la condición del vínculo y de la alianza entre terapeuta y cliente revela doblemente el cambio del triunfo de la psicoterapia que del procedimiento en sí (Bongar y Beutler, 1995; Derubeis, Brotman y Gibbons, 2005; Horvarth y luborsky, 1993; Lambert, 1992). Sin embargo es importante mencionar que para que la alianza terapéutica pueda lograrse se encuentra influenciada por el tipo de apego que presenta el adulto ya que al presentar un tipo de apego ansioso o evitativo lo hace propenso a ser inseguro y desconfiado siendo aquellos quienes no presenten la *intención de cambio* lo cual es el cimiento para establecer la alianza terapéutica.

Por lo expuesto se puede notar la importancia de la alianza terapéutica que el profesional tenga con la paciente, lo cual exigiría el desarrollo de competencias profesionales necesarias para lograr el grado de confianza necesario para poder ayudar a la paciente a cumplir los objetivos terapéuticos, perfil que debería tener los profesionales del sector salud, equipos interdisciplinarios que trabajan en la intervención interdisciplinaria de estos usuarios que en mayor de los escenarios desertan por sentir que son estigmatizados, juzgados y no comprendidos, ocasionando que la mujer con adicciones se hunda más en los síntomas y el pronóstico sea desfavorable; los profesionales en si no han superados pensamientos irracionales en torno a esta enfermedad formando parte de las barreras (intrapersonal, interpersonal, estructural y social, GROW 2017) que las mujeres con problemas de consumo presentan y las aleja de la atención en salud acorde a su problemática la cual crece en silencio.

1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

En lo que respecta a la validez externa, la cantidad de la muestra no es significativa por lo cual los resultados no pueden tomarse como apoyo para la confección y/o formulación de estrategias de participación en lo concerniente al

tratamiento de mujeres con adicciones, siendo necesario replicar la investigación siguiendo la misma línea y validar empíricamente las hipótesis.

La falta de datos en cuanto a epidemiología de consumo en mujeres e investigaciones en este aspecto y con enfoque de género impide poder conocer la creencia y la cultura en cuanto a consumo de sustancias en las diferentes regiones del Perú.

Los instrumentos utilizados no han sido estandarizados en nuestro país lo cual puede influir en la veracidad de los resultados y en su interpretación sobre la población de estudio.

A pesar que en España el apego y la alianza terapéutica son temas relevantes en la intervención terapéutica, no se cuentan con investigaciones a nivel de América Latina sobre estas variables lo cual impide contar con antecedentes de investigaciones que se asemeje a nuestra cultura y características en lo que respecta a población.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

Determinar la asociación de tipo de apego ansioso - evitativo, alianza terapéutica y sintomatología en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias de un Centro de Salud – Moquegua.

Objetivos Específicos:

- Determinar la asociación entre apego (ansioso – evitativo) y sintomatología en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.
- Determinar la asociación de la sintomatología con la alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.
- Determinar la asociación entre los tipos de apego adulto (ansioso y/o evitativo) y la alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES:

A. Apego

Para Bowlby (1986) en el actuar de apego es lo que ayuda a la persona a obtener y sostener la cercanía con otra persona diferente y regularmente mirado como resistente y/o erudito, pertenece al ser humano la motivación, la indagación de la cercanía del infante y sus padres o cuidadores. Se acentúa que las experiencias del menor con su cuidador sostiene una función importante de la facultad subsiguiente del infante en entablar vínculos afectivos y el labor principal de sus cuidadores sería brindar al infante un sentimiento de confianza y de ahí, alentarlos a sondear e investigar el entorno; es valioso que el infante alcance necesitar de sus modelos de apego y que estas consigan entrañar y defender al infante en el momento que le sea necesario.

El modo como interactúan el cuidador y el niño demostrará el tipo de vínculo, con lo que identificaba Bowlby (1980) como “modelos operativos internos”, que es la perspectiva que tiene el infante sobre uno y el resto de personas, y que le ayude a adelantar, entender y replicar a la conducta de sus modelos de apego, puesto que unen antecedentes actuales y anteriores en esquemas cognitivos y emocionales. Así en tener tempranamente las relaciones de apego poseerá un amplio dominio en la aptitud para regular la tensión, en el regulador de la atención y en la función cognitiva de las personas (Fonagy & Target, 2002). Crittenden (1990, 1995) también hablaba de “modelos internos”, que involucran de alguna manera de elaborar datos sobre la conducta de las figuras de apego y de la misma manera, más o menos incidencia a algunas clases de patología mental.

Distintos autores determinaron la división en cuanto a los tipos de apego de los que mencionaremos en los tres que más coinciden: seguro, ansioso, evitativo, las cuales tienen sus particularidades propias y que se desarrollan hasta el primer año de vida, que determinara la regulación emocional y tipo de relaciones personales del futuro adulto, sin descuidar el desarrollo de psicopatologías que también estará influenciado por el tipo de apego. Tomando en cuenta lo dicho por diversos autores, siendo factible entender qué vínculo se ha ido instaurando y aun cuando se halle un vasto de estudios del tema, se aprecia cierta conjunción de las que trataremos de exaltar.

Apego seguro

Para Ainsworth et al. (1978), señala que las emociones más presentes en los bebés con apego seguro en la experiencia desconocida, sentimiento de desesperación ante las separación de los cuidadores y la tranquilidad al momento que los cuidadores regresan; en el interactuar con sus cuidadores muestran la calidez, confianza y seguridad.

A si mismo Kerr, Melley, Travea y Pole (2003), exploraron la correlación entre apego adulto, experiencias y expresiones emocionales, y encontraron que los adultos con apego seguro muestran nivel más alto de afectos positivos, mayores cantidades de vigor y goce por la vida, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía. Al llegar a la ancianidad, Consedine y Magai (2003) expresan que “mayor seguridad en el apego se asocia con mayor alegría, interés, tristeza, rabia y miedo”; esto se entiende por presentar una lista de emociones balanceadas y abrirse a vivencias en el ámbito afectivo, implicando la destreza de distinguir y manifestar tensión afectiva; mas aun, este tipo de apego se relaciona sino también relacionándose con frecuencia y mayor familiaridad, contando con una interacción favorable en los tres niveles de las redes sociales, permitiendo a estas personas experimentar nuevos ámbitos a nivel afectivo.

Apego ansioso

Para Ainsworth et al. (1978), las emociones con frecuencia en los recién nacidos con apego ansioso y/o ambivalente ante situaciones desconocidas es la aflicción exagerada frente a la separación del cuidador y el impedimento para lograr calmarse cuando éste regresa; al interactuar con sus cuidadores reflejan la ambivalencia, enojo y preocupación.

Incluso Kobak y Sceery (1988), llaman “preocupado” a este tipo de apego; los rasgos más frecuentes son de ansiedad en la aplicación del instrumento de apego adulto; sus iguales manifiestan peculiaridades incidiendo en los índices de ansiedad, y las personas que cuentan con el perfil presentan más sintomatología que el estilo seguro. Magai et al. (2000), concuerda con el tipo “preocupado”, descubriendo que podrían relacionarse con la presencia de una lucha interior en cuanto al afecto, emociones como “rabia, enojo, estrés y afecto depresivo”. De la misma forma, Crittenden (1995), resalta “la presencia de rabia y ansiedad en este tipo de apego”. Enfatizando la rabia en específico, Mikulincer (1998) incide en señalar que las personas con apego ansioso tienden a la ira, en su particularidad presenta enojo tendiendo a la impulsividad y agresión. Kerr et al. (2003), explica que “sujetos pertenecientes al estilo ambivalente reportan los niveles más altos de afecto negativo; malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad”.

Apego evitativo

Señaló Ainsworth et al. (1978), que las emociones presentes del infante con apego evitativo en una situaciones extrañas “es la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones del cuidador, y la indiferencia cuando vuelve; en la interacción relevan distancia y evitación”. Mikulincer (2003), resalta “que en el estilo evitativo no hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva y existe primacía por

el distanciamiento emocional de los demás”. Aun cuando, se ha comprobado en infantes con este tipo de apego que, aun cuando se muestran desentendidos por el distanciamiento con su cuidador, presentan sintomatología física que demuestra un estado ansioso y permaneciendo activado por un mayor espacio de tiempo a comparación con el infante seguro (ByngHall, 1995).

Mikulincer (1998) señaló que el tipo evitativo “tiende a la ira pero, aunque presenten intensos episodios de enojo con alta hostilidad, propenden a esconder su ira a través de la negación de su emoción o expresando positivismo”. En el adulto mayor, este tipo se relaciona con menor alegría y más interés, menos vergüenza y miedo; siendo conceptualizado por los investigadores como “una señal de la tendencia de este estilo a la minimización del afecto” (Consedine & Magai, 2003).

Lo cual nos hace concluir que las personas que desarrollaron un estilo de apego seguro, mantienen su imagen personal optimista (Siegel, 1999), mostrando seguridad y la habilidad para afrontar las dificultades con un repertorio conductual organizado. Personas adultas con un estilo de apego ansioso percibe al rechazo y a la ansiedad, por esto inciden en desarrollar “trastornos de la personalidad: histriónico, límite, por evitación y por dependencia”. Acerca de, “la hiperactivación del sistema de apego exhibido por individuos con un estilo evitativo explica la asociación con trastornos de la personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide” (Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdiere, y Gunderson, 2009; Fossati et al., 2003; McGauley, Yakeley, Williams, y Bateman, 2011; Westen et al., 2006).

La condición permanente de los tipos de apego demuestra el desarrollo de técnicas estables para el correcto manejo del plano afectivo y de las relaciones sociales. Personas que presentan apego seguro se fían de sus modelos de apego y captan el entorno sin

amenazas probables, de tal manera, estas personas son los que es poco probable que desarrollen trastornos de la personalidad. Estas personas siguen en la búsqueda e interacciones con apego efectivas durante el transcurso de la vida (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes y Luyten, 2011). Personas evitativas, que no han contado a lo largo de su vida de la presencia activa de figuras de apego, tienden a rechazar o despreciar la amenaza del exterior (Bennett, 2005). Debido a esto, “cuentan con un umbral más alto en cuanto a emociones negativas o frente a las necesidades de apego”. Pacientes con apego ansioso, después de presentar antecedentes de soporte emocional endeble por parte de sus figuras de apego primarias, manifiestan un umbral más bajo para la captación de los peligros del entorno y por lo que, desarrollan estrés. Explicando cómo se activa con frecuencia el sistema de apego, provocando angustia e ira. Por tal razón estas personas manifiestan búsqueda compulsiva de atención y sobre dependencia. Nuestras experiencias de apego prematuro con nuestros cuidadores principales contribuyen en el adulto que actualmente somos. Estos antecedentes forman “nuestros patrones de comunicación, experiencia emocional, relaciones íntimas, y el modo de vivir en el mundo” afirma Bennett. Si en un inicio sentimos seguridad en el entorno, desarrollamos accesibilidad y comunicación sobre nuestros sentimientos adaptativos, pensamientos y comportamientos. En caso opuesto, si experimentamos hechos iniciales de apego inseguro, lograremos enfrentar, emociones desadaptativas desregulados y presentan problemas en la interacción personal que nos llevaran a “la ansiedad, la depresión y la ira intensa”, habilidades sociales inadecuadas.

B. Alianza Terapéutica

En psicoterapia es fundamental brindar los instrumentos de análisis y auto-observación necesarios que permitirán al usuario reestructurar paulatino de su vivencia individual, y la interacción psicoterapéutica es precisamente el ambiente

esencial en el que podemos acceder a un repertorio conductuales de cambio guiando el mencionado proceso de reestructuración (Guidano, 1994).

Abundantes investigaciones demuestran la importancia de la “teoría del apego” en distintas áreas de los estudios en la terapia psicológica, como las cualidades del psicoterapeuta y los distintos detalles de la “alianza terapéutica”. Así, tomando como inicio la interacción entre las personas a lo largo durante del accionar terapéutico, es más que seguro que la formación del apego con el psicoterapeuta contribuye en el accionar de la terapia psicológica (Leiper y Casares, 2000), aunque se encuentren algunos estudios que han demostrado lo opuesto (Ligiéro y Gelso, 2002). Holmes (1997) se ha concentrado en investigar la teoría del apego como un elemento importante en la actividad psicoterapéutica, llegando a la conclusión que la experiencia de apego logra a interiorizarse como un prólogo personal a la edad de “entre 3 y 5 años, y que esta es la base de una función auto-reflexiva y de una capacidad autobiográfica de la propia vida posteriormente, lo que lleva a plantear como objetivos psicoterapéuticos la búsqueda de la intimidad y de la autonomía”. Por tal motivo, un modelo de apego seguro será el inicio en la búsqueda de la intimidad, y también la facultad de manejar de forma adecuada el distanciamiento y posterior independencia.

Últimamente, los estudios se centran en investigar la correlación entre “el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica”. Asimismo de guardar correlación con los beneficios sintomatológicos, el apego guarda relación con el abandono del proceso terapéutico. Las investigaciones muestran que los adultos con apego seguro establecen una alianza terapéutica con características de elevados niveles de alianza global, y forjan específicamente elevados niveles de alianza emocional y relacional, llegando a acuerdos en objetivos y la finalidad de la psicoterapia. De la misma forma, los adultos con apego temeroso presentan contratiempos en entablar una alianza, específicamente

en forjar el vínculo emocional y relacional con el psicoterapeuta (Hietanem y Punamäki, 2006).

Muran (2002) formuló una perspectiva correlacional para entender el self y la transformación, asentado en una coincidencia de posiciones y desarrollos teóricos en relación a la ruptura de la alianza y los impases. Safran y Muran (2000) expresan una comprensión en la que detallan la posible ruptura de la alianza terapéutica y de la forma de recuperarla. A raíz de su estudio se divide la posible ruptura en dos: por distanciamiento y por confrontación. La primera sucede en el momento en que el paciente se desvincula de la psicoterapia y da muestras de desinterés, falta de motivación y pasivo. El segundo sucede cuando el paciente se enfrenta de una forma activa a su psicoterapeuta cuestionando con frecuencia sus intervenciones o su competencia profesional. Corbella y Botella (2005), exponen un acercamiento a “los efectos de la relación terapeuta-paciente, más concretamente de la alianza terapéutica”, desde el entendimiento de las investigaciones modernas en lo que respecta al dominio de las relaciones de apego en la neurobiología de la autorregulación afectiva. Es notorio que la calidad de las relaciones de apego influye en la facultad de autorregularse afectivamente.

Conciben las relaciones psicoterapeuta-cliente, enfatizando, la alianza terapéutica, “como un elemento esencial en el proceso psicoterapéutico, no solo como facilitador de aplicación de técnicas sino como ingrediente activo en la promoción del cambio en el paciente” (Corbella y Botella, 2005, p.86). Comprenden el concepto de “alianza terapéutica” como el elemento adivinador del logro en el proceso terapéutico y se explica que no tan solo se tiene solo una variante del psicoterapeuta o del cliente que individualmente e independientes de las demás, será decisiva en la alianza (Corbella y

Botella, 2004a). Se entiende la proximidad psicoterapéutica como una “relación de apego” propensa a reorganizar “la memoria implícita de los patrones de apego”.

En el desarrollo terapéutico los psicoterapeutas han de tener la conciencia del desarrollo de cambio de los usuarios. Terapeutas se muestran como modelos de apego que sustituyen la de los pacientes que están en la búsqueda de amparo en relación a una situación de peligro advertida por el self. Esto desencadena en una situación de modificación, en la que el psicoterapeuta brinda un apoyo confiable en la que los clientes podrán examinar los hábitos con los que contaban. Crittenden (2000) expuso su concepto del cliente y del psicoterapeuta como dos selfs nacientes que en el transcurso se moldean, y la definición de psicoterapia a manera de interrelación en la que los dos operan la autoprotección del paciente, una actual forma de abordar el concepto de alianza terapéutica.

La investigación de Diener y Monroe (2011) estudió a través de un meta análisis, la correlación entre el tipo de apego adulto y la alianza terapéutica en la terapia psicológica por paciente en una muestra extensa de usuarios de los servicios de salud mental. Los datos expresaron que una superior solidez en el apego se relaciona con alianzas terapéuticas más resistentes, a lo opuesto una mayor inestabilidad en el apego se relaciona con alianzas terapéuticas más endebles.

En una investigación actual (Navia y Arias, 2012) fue estructurado con la finalidad de decretar la variabilidad de la alianza terapéutica en el transcurso de la psicoterapia e instaurar la correlación con el apego del usuario y del psicoterapeuta. El apego se valoró mediante la AAS y la alianza terapéutica a través del Inventario de Alianza Terapéutica realizado en la 1ª, la 3ª y la 10ª o última sesión. Los datos indican que el apego seguro aporta con el incremento de la alianza terapéutica examinada por el psicoterapeuta, en

específico en la 1ª sesión. Posterior a ello, comienza a ingresar a la intimidad con el usuario y la confianza en el método psicoterapéutico contribuye a la alianza terapéutica.

C. Sintomatología en mujeres con diagnóstico en sustancias

Cuando mencionamos esta variable hacemos referencia a lo enseñado por el proyecto GROW en el módulo de intervenciones para el tratamiento por abuso de sustancias para mujeres con trastornos concurrentes, refiriéndose a la existencia simultánea o concurrente del consumo de sustancias y los trastornos mentales, también se explica que no hay una causa simple de trastornos concurrentes, siendo causas posibles: la automedicación, problemas con alcohol/uso de drogas causan enfermedades mentales, predisposición genética y vulnerabilidad/estrés, el modelo de vulnerabilidad-estrés implica enfermedad mental comprensión como causada por una combinación de la “naturaleza”, como los genes, la herencia, etc., y la “crianza”, tales como la educación familiar, acontecimientos de la vida, el entorno social, etc. (Butler centro de investigación, fundación Hazelden, abril de 2000), se tiene que tener presente que el trastorno por uso de sustancias es marcado por un grupo de síntomas cognitivos, de comportamiento y psicológicos que apuntan a que la persona continúe la ingesta de alcohol, tabaco, y/o otras sustancias psicotropicas a pesar de los problemas significativos relatados. Parece que hay un predominio de trastornos mentales en mujeres adictas incluyendo: trastorno de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, graves trastornos mentales, trastorno de personalidad, trastornos alimenticios y trastornos de hiperactividad y déficit de atención. Investigaciones han proporcionado informaciones sobre el predominio de estos trastornos entre mujeres u los diferentes tipos de relaciones entre varios trastornos de uso de sustancias y enfermedades mentales específicas, por ejemplo, depresión/alcohol, trastorno de pánico/alcohol, o bulimia/alcohol. En la presente investigación nos centraremos en los síntomas psicológicos que acompañan o

dan origen al consumo de sustancias el que se evalúa a través de la prueba CORE-OM ya que esta prueba se utilizó en varios países para valorar la variación originada a lo largo del desarrollo de la psicoterapia que a la vez se puede utilizar como retroalimentación para el psicoterapeuta, dicho instrumento brinda la facilidad de abordar una colección de extensiones conceptualizadas como: “bienestar subjetivo, problemas/síntomas (ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), funcionamiento general y riesgo”, lo que no se puede identificar con pruebas específicas.

2.2 ANTECEDENTES:

- *Terapia Dialéctica Conductual grupal en el Trastorno Límite de la personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática.* Lydia Lossa Chacon 2015. analizaron las diferentes variables mencionadas (estilos de apego, alianza terapéutica y mejora sintomática) y determina si los tipos de apego de los pacientes con TLP y las características de la alianza terapéutica se correlacionan con la mejora del paciente y con el seguimiento del proceso terapéutico en un formato de terapia grupal. Universidad Ramón Llull. Barcelona.

- *Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego y del consultante.* Carmen Elvira Navia, Erika Margarita Arias agosto 22 de 2011. Determina la variación de la alianza terapéutica (AT) en el transcurso de la terapia y determina la relación con el apego del paciente y del terapeuta. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Aceptado.

- *Transacciones Interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: un estudio de caso de un abandono de terapia.* Joana Coutinho, Eugenia Ribeiro y Jeremy Safran, 2010. Analiza intensivamente un caso de abandono de terapia en el que se encontraron distintos eventos de ruptura sin solucionar. Fundación AIGLE-argentina.

- *Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas*. Magister Teresa de Lucas Taracena; Francisco Montañes Rada, 2006. El objetivo es determinar la existencia en general de apegos no seguros entre los sujetos con TCDs.

- *Trastorno de comportamiento de los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional*. S. Girón García, R. Rodríguez Ballesteros, D. Sánchez Ariza 2003, los trastornos de conducta de los adolescentes pueden estar sustentados en fenómeno de la órbita familiar. Diputación provincial de Cádiz.

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis General:

Existe asociación entre apego ansioso - evitativo, alianza terapéutica y sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias en un Centro de Salud Moquegua.

Hipótesis Alternativa 1 (H1)

Existe una asociación fuerte entre el apego evitativo y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis Nula (H0)

No existe una asociación entre apego evitativo y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de adicciones.

Hipótesis Alternativa 2 (H2)

Existe una asociación fuerte entre el apego ansioso y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis Nula (H0)

No existe una asociación entre apego ansioso y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis Alternativa 3 (H3)

Existe asociación entre sintomatología y la alianza terapéutica de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis Nula (H0)

No existe asociación sintomatología y la alianza terapéutica de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis alternativa 4 (H4)

Existe correlación entre el apego ansioso y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis nula (H0)

Existe correlación entre apego ansioso y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis alternativa 5 (H5)

Existe correlación entre el apego evitativo y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis nula (H0)

Existe correlación entre apego evitativo y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio a continuación es No experimental de nivel de profundidad observacional, prospectivo transversal. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

El estudio presenta un diseño cuantitativo no experimental descriptivo correlacional. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La Región Moquegua cuenta con una población de 172, 995 habitantes (fuente INEI 2011) distribuidos en tres provincias de Mariscal Nieto con 78,040, General Sánchez Cerro 26,927 e Ilo con 68,028, siendo la población de estudio la que pertenece Provincia Mariscal Nieto seleccionando a mujeres diagnosticadas en el presente año por consumo de sustancias (F10-F19) en un EE.SS del primer nivel de atención Moquegua, en los presentes años las familias se han ido modificando y de lo que en años anteriores era una familia nuclear(madre, padres e hijos) ahora en su mayoría son familia monoparentales (hijos y uno de los progenitores), siendo la madre quien en su frecuencia se hace cargo de las obligaciones en la protección de los hijos, sin embargo la causa de este cambio de familias se esté presentando en su mayoría de los casos la violencia familiar y de género en los residentes del área urbana (65,8%), la incidencia de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero a nivel nacional es de 10.6% y en la Región Moquegua es del 8.9%, total de casos atendidos en la Región Moquegua en mujeres curso de vida es de 605 siendo en la etapa adulta la que presenta mayor incidencia con 180 casos, las mujeres expuestas a este tipo de situación estresante a lo largo de la convivencia y con la presencia de vulnerabilidad

en la infancia son factores que pueden provocar trastornos mentales, como estrés postraumático, ansiedad y depresión lo que podría conllevar a desarrollar consumo perjudicial y dependencia de sustancias adictivas.

Muestra

La provincia de Mariscal Nieto, cuenta con 4 distritos, siendo el distrito de Samegua de donde se tomara la muestra que según el censo Nacional 2007 por el INEI tiene una población de 6,515 habitantes donde 3299 son varones y 3216 son mujeres, presentando 3 tentativas de suicidio, 5 casos denunciados de abuso sexual, 109 casos de violencia familiar (maltrato físico 69 y psicológico 40) datos tomados de la comisaria de Samegua, siendo “la zona roja” un punto crítico en cuanto a violencia e inseguridad en donde se ejerce la prostitución y la venta ilícita de drogas atentando contra la vida, el cuerpo y la salud, en lo concerniente a la estadística en cuanto a enfermedades mentales 2016 CLAS Samegua: violencia familia 86, trastorno depresivo 116, trastorno por consumo de alcohol 108, trastorno por consumo de otras drogas 10, ansiedad 236, trastorno psicótico 40 y trastorno de comportamiento 85 casos detectados. La región Moquegua es considerada una de las regiones con mayor comercio y producción minera, por lo cual la migración ha sido desde hace años una de las fuentes de incremento de la población estimada en los últimos años, quienes en su mayoría son del sur del país (Puno, Tacna y Arequipa, la parte alta de Moquegua), quienes llegan con sus costumbres y creencias propias de sus regiones de origen (fiestas patronales, actividades recreativas y modelos operativos internos).

La presente investigación se realizó con 16 mujeres con una edades entre los 18 y 32 años de edad diagnosticadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (CIE 10 F10-F19) diagnósticas en un centro de salud de la provincia de Mariscal Nieto de la Región Moquegua, las cuales se encuentran en

tratamiento y otras han desertado del mismo, con el consentimiento y apoyo de los psicólogos tratantes y de aquellos pacientes que ya discontinuaron el tratamiento a través de visitas domiciliarias para su evaluación con previa firma del consentimiento informado. La muestra es no probabilística ya que los casos detectados de adicciones en mujeres son mínimos y no significativos.

Las características de la muestra Tabla n°1, en la primera columna se encuentra la codificación de los usuarios, la segunda el sexo en el cual todas son mujeres, la tercera es el motivo por el cual fueron detectadas y diagnosticadas que en su mayoría son por iniciativa de familiares que preocupados por su consumo perjudicial de drogas legales e ilegales lo cual muestra la ausencia de conciencia de enfermedad, cuarta es la edad la que fluctúa entre jóvenes y adultos, la quinta el estado civil que en su mayoría es soltera y con hijos menores de 8 años, la sexta informa en el número de sesión antes de abandonar el tratamiento, séptimo es el diagnóstico con el que cuentan y octavo el tipo de sustancia a la cual presentan dependencia.

Tabla 1*Características de la muestra de estudio*

Código	Sexo	Referencia	Edad	Estado civil	Nº sesión	Diagnóstico	Sustancia
1	F	Iniciativa propia	29	Soltera	3	F10.1	Alcohol
2	F	Familiares	18	Soltera	2	F12.1	Marihuana
3	F	Familiares	22	Conviviente	3	F10.1	Alcohol
4	F	Interconsulta	18	Soltera	4	F10.1	Alcohol
5	F	Familiares	18	Soltera	4	F10.1	Alcohol
6	F	Interconsulta	18	Soltera	4	F10.1	Alcohol
7	F	Interconsulta	23	Soltera	4	F10.1	Alcohol
8	F	Familiares	18	Soltera	3	F12.1	Marihuana
9	F	Familiares	18	Soltera	4	F10.1	Alcohol
10	F	Familiares	18	Soltera	2	F10.1	Alcohol
11	F	Familiares	18	Soltera	3	F10.1	Alcohol
12	F	Familiares	18	Soltera	Tto.	F12.1	Marihuana
13	F	Interconsulta	31	Soltera	3	F10.1	Alcohol
14	F	Interconsulta	32	Soltera	3	F10.1	Alcohol
15	F	Familiares	18	Soltera	3	F10.1	Alcohol
16	F	Interconsulta	18	Soltera	3	F10.1	Alcohol

Nota. Información al 07 de diciembre del 2019. Información HIS - MINSA

3.3 VARIABLES

Tabla 2
Definiciones operacionales

Variable	Definición Conceptual	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
		Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento de medición
Apego	Bowlby (1980/1993), mediante la Teoría del Apego, fórmula que al inicio de la vida y en el transcurso de la misma, los seres humanos buscan formar vínculos afectivos específicos y estables que en ausencia de éste impactara de forma negativa el desarrollo intrapersonal e interpersonal.	Evitación	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56.	Ordinal	Cuestionario de estilos de Apego Adulto (CEAA). Cuestionario de auto-reporte. (ECR; Brennan, Clark y Shaver, 1998) que se fundamenta en la idea que hay dos dimensiones ortogonales: ansiedad y evitación. En teoría, comprende la diferencia individual comenzando de la variabilidad en la estructuración del “sistema de apego conductual”. Los coeficientes de confiabilidad a través de alfa de Cronbach a más de 0.90 en estudios anglosajones y en estudios test-retest promedia 0.60 (Mikulincer y Shaver, 2007)
		Ansiedad	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 47, 51, 52.	Ordinal	

Alianza Terapéutica	Greenson cree que el crecimiento de una alianza terapéutica necesita de las competencias del cliente y el psicoterapeuta para acrecentar una participación efectiva y no falsa entre ambos, sobre los pilares de verdaderos sentimientos de simpatía, confianza y respeto.	Vínculo	3, 5, 7, 9	Ordinal	WATO CI Duncan y Miller, 1999, La adaptación de España del WAI-S fue formulada y verificada por Corbella y Botella (2004) “de una muestra de 102 clientes no psicóticos que tomaban terapia en un contexto ambulatorio. La fiabilidad del inventario se evaluó a partir de su consistencia interna mediante la α de Cronbach y resultó ser adecuada (0,93.)”
		Metas	4, 6, 10, 11	Ordinal	
		Tareas	1, 2, 8, 12	Ordinal	
		Teoría de Cambio	13, 14, 15, 16, 17	Ordinal	

Mejoría sintomatol ógica	La evaluación del cambio producido durante la psicoterapia se considera fundamental no solo para el estudio de la eficacia (Bados, Garcia-Grau y Fuste, 2002; Botella y Feixas, 194; Corbella y Botella, 2004) sino también como motivación que sirve para el psicoterapeuta (y para el paciente). Analizar el avance de la psicoterapia no por tan solo la entrevista sino también mediante los gestos y señas, a su vez de un cuestionario de auto informe, pueden aportar un recurso más el cual es una información importante.	Bienestar subjetivo (W)	4, 14, 17, 31.	Ordinal	Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) (Guillem Feixas, Chris Evans, Adriana Trujillo. Luis Angel Saul, Lluís Botella, Sergi Corbella, Esther Gonzalez, Arturo Bados, Eugeni Garcia-Grau y M. Angeles Lopez-Gonzalez Lo explican Evans et al. (2002) y Lyne, Barrett, Evans y Barkham (2006), Evans et al. (2002) “en su investigación de verificación con una muestra clínica de 890 clientes y una muestra no clínica de 1.106 sujetos demostraron que la fiabilidad del CORE-OM, evaluada a partir del cálculo de la consistencia interna del test mediante la α de Cronbach, era adecuada en ambas muestras y oscilaba entre 0,75 y 0,95 en todas Las subescalas del cuestionario”.
		Síntomas (P)	2, 5, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 23, 27, 28, 30.	Ordinal	
		Funcionamien to general (F)	1, 3, 7, 10, 12, 19, 21, 25, 26, 29, 32, 33.	Ordinal	
		Riesgo (R)	6, 9, 16, 22, 24, 34.	Ordinal	

3.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Instrumentos

Cuestionario De Estilos De Apego Adulto (Cea):

Cuestionario de auto reporte conformado por 56 ítems; 36 de las que pertenecen a una adecuación del “Experience in Close Relationships” (Brennan, Clark y Shaver, 1998); 10 siendo adecuado del “Adult Attachment Scale” (Collins y Read, 1990); los otros 10 ítems son propios. Los ítems han sido interpretados para referirse a los vínculos en global, sin centrarse de forma específica a algún compañero(a) en principal. El modelo de empleo es tipo Likert de 7 puntos. El instrumento es la 24 medio primario de análisis en lo que respecta al tipo de apego adulto de las personas integrantes del estudio. La magnitud del cuestionario se corresponde con el “Experience in Close Relationships” (ECR), manteniéndose en su elaboración las dimensiones de ansiedad y evitación.

El “Experience in Close Relationships” (ECR; Brennan, Clark y Shaver, 1998) el instrumento se centra en la idea de que hay dos dimensiones ortogonales: ansiedad y evitación.

En teoría, comprende la disimilitud individual iniciando en los cambios de la estructura del “sistema de apego conductual”. Los coeficientes de confiabilidad mediante de alfa de Cronbach está por encima de los 0.90 en investigaciones anglosajones y en experimentos test-retest promedia 0.60 (Mikulincer y Shaver, 2007). La validación del instrumento ha probado la hipótesis sobre que serían dimensiones ortogonales, puesto a la adecuación de las dos esta próxima a cero (Brennan, Clark y Shaver, 1998). La interpretación de España del ECR (ECR-S; Alonso-Arbiol, Balluerka y Shaver, 2007) descubrió indicadores de fiabilidad muy parecidos a la interpretación de Estados Unidos (α : 0.85) y relaciones de rango cero en las 2 dimensiones, de modo que asimismo se

descubrieron adecuados índices de validación de los constructos. La validación coincidente se pudo obtener al cotejar las ordenaciones realizadas con el ECR-S y otro instrumento de apego (RQ) no se encontró diferencia significativa entre “las dimensiones de ansiedad y evitación del ECR-S y el RQ”. El “Adult Attachment Scale” (AAS; Collins y Read, 1990) está compuesto por ítems relacionados a: “(1) creencias sobre si una pareja relacional estará disponible y responsiva en momentos de necesidad y (2) cómo se reacciona frente a la separación”.

Es producto de 18 ítems, distribuidos en una escala tipo Likert de 6 puntos, que se fraccionan en tres factores: “disconformidad con la cercanía, disconformidad con la dependencia a otros y ansiedad frente al abandono”. Los coeficientes de confiabilidad a través de alfa de Cronbach están entre 0.78 y 0.85 en las últimas revisiones del cuestionario en EUA

(Mikulincer y Shaver, 2007)

Watoci

La “alianza terapéutica” es una de las variables de la presente investigación, por lo que se aplicó el instrumento WATOCI y consta 4 sub escalas: “a) vínculo: lazo emocional y de confianza entre psicólogo y paciente”. Analiza la condición del vínculo entre cliente y psicoterapeuta; “b) metas: acuerdo en referencia a los objetivos de la terapia psicológica”. Estableciendo un pacto comprometiéndose al psicoterapeuta y cliente en lo que respecta a definir las metas a llegar a través de la terapia, como también brindarse entre ambos seguridad y comprensión, son factores fundamentales para una adecuada alianza; “c) tareas: acuerdo en las tareas necesarias para alcanzar los objetivos establecidos”. Las “tareas” consiste en la acción y pensamiento que resultan y se llevan a cabo en la psicoterapia, de tal forma que la impresión de este trabajo o tareas siendo

esenciales para la recuperación es importante para la instauración de la alianza; “d) teoría del cambio: acuerdo acerca del proceso de cambio”.

En un inicio se configuró el WAI (Working Alliance Inventory de Horvath y Greenberg, 1989) a raíz del concepto de Bordin (1979) de la alianza terapéutica. Duncan y Miller (1999) incorporaron 5 ítems sobre “la teoría del cambio”, fabricando el Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). Está compuesto por 17 ítems, 12 de los cuales determinan las 3 subescalas del WAI y los otros 5 determinan la sub escala de la “teoría del cambio”. Los 17 ítems han sido elaborados para ser respondidos por el cliente en una escala tipo Likert de 7 puntos. La traducción de España del WATOCI presenta unas peculiaridades psicométricas favorables (Corbella y Botella, 2004b).

Se estudia los datos fiables de la escala global de WATOCI en la muestra se obtiene que la consistencia interna es alta: WATOCI pre $\alpha=,838$ y WATOCI post $\alpha=,811$.

En las distintas subescalas la consistencia interna es en algunas moderadamente alta, en otras media y en otras baja: en la escala de tareas pre $\alpha =,618$ y post $\alpha =,858$; en escala de vínculos pre $\alpha =,682$ y post $\alpha =,819$; en escala metas pre $\alpha =,407$ y post $\alpha =,831$; en teoría del cambio pre $\alpha =,539$ y post $\alpha =,451$. Estos rendimiento va en la misma línea que los expuestos por Corbella y Botella (2004b) ellos mismos opinan tener en cuenta la alianza terapéutica en su globalidad.

CORE-OM

Es un auto-reporte que se accede libremente (www.coreims.co.uk) que puede utilizar con la sola cláusula de no cambiar su estructura como tampoco el formulario presentado. Es elaborado por el *Core System Group* (1998) conformado por una guía de intervención psicológica. Elaborado en la Universidad de Leeds en conjunto con otras instituciones del reino unido, el CORE-OM es un instrumento de auto informe que consiste de 34 ítems que entran en una hoja Din A4 en doble cara, es corto y fácil de

responder, facilitando su empleo, (Beutler, 2001). En la actualidad es la herramienta más utilizada en el Reino Unido, específicamente en el servicio público.

Evans et al. (2002) y Lyne, Barrett, Evans y Barkham (2006), explican que el CORE-OM analiza la situación emocional del usuario a raíz de una lista de dimensiones conceptualizadas de la siguiente manera:

- “Bienestar subjetivo, compuesta de 4 ítems”
- “Problemas sintomáticos, con 12 ítems que valoran ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos”.
- “Funcionamiento general, que incluye 12 ítems que evalúan relaciones íntimas, sociales y otros aspectos del funcionamiento cotidiano”.
- “Riesgo, escala compuesta por 6 ítems que son utilizados como indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros”.

La estimación de los ítems se encuentra entre 0-4 y se logra calificar a mano o ser corregido a través de lectora óptica. En lo que se refiere al formulario, se turnan los renglones en fondo claro y oscuro para que uno de los ítems, pretendiendo con ello disminuir el riesgo de perder la línea de respuesta al responder el formulario (Evans et al. 2000).

El CORE-OM incorpora ítems de alta y baja intensidad con la finalidad de acrecentar el nivel de discernimiento, también el 25% de los ítems se encuentran enunciados “positivamente”, por esto; muestran respuestas positivas del usuario (“ítems 4 y 17 de la dimensión de bienestar subjetivo, ítems 3, 7, 12, 19,21 y 32 de la dimensión de funcionamiento cotidiano”). El cuestionario es elaborado de manera que a mayor puntuación mayor nivel de problemas o síntomas. Basándonos en ello, la calificación de la escala “*bienestar subjetivo*” es consecuente de cierta manera opuesta (ya que a mayor puntuación indica mayor malestar), sin embargo los investigadores decidieron no

cambiar el nombre de la escala, aun cuando la calificación que se resulte se encuentra invertida, por normas de consistencia con las otras puntuaciones. De todas formas, se considera esencial comprender y tomar en cuenta para analizar la escala aparte (Evans et al 1998)

El CORE-OM trata de percibir lo primordial del “malestar psicológico” de los pacientes, por ello es conveniente como instrumento para aplicar al inicio y como medición de resultados. Del mismo modo que gran parte de las pruebas de auto-informe no se deben aplicar para conseguir un diagnóstico de un trastorno preciso. Sus autores especificaron en un inicio la aplicación del instrumento en un comienzo de la psicoterapia o en la entrevista pre terapia, pudiendo brindar datos en lo que refiere al peligro de la sintomatología, en el final como también en momentos intermedios en caso de psicoterapia extensa. Piensan que es un procedimiento eficaz para ejecutar el rastreo de la psicoterapia y que podría aplicarse de forma rutinaria en modelos cortos.

“La fiabilidad interna fue identificada mediante el coeficiente de alfa (cronbach, 1951), el cual es la proporción de varianza que es resultado de la co-variación de los ítems. Todas las dimensiones mostraron un alfa de entre 0,75 y 0,90, lo que implica que la fiabilidad interna es apropiada. La dimensión de problemas/síntomas mostró una menor fiabilidad en la muestra clínica con respecto a la no clínica. Aun así, esta diferencia del 2% (88% vs. 0%) en la proporción de la covarianza no se consideró problemática” así lo especificó Evans et al. 2002.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la coordinación a través de la solicitud con jefe del centro de salud de primer nivel de atención de la provincia Mariscal Nieto, se coordinó con psicólogo encargado de la estrategia de salud mental, quien brindo los datos en cuanto nombre dirección y diagnóstico de mujeres diagnosticadas con trastornos mentales y del

comportamiento debido al consumo de sustancias en el 2018, se informó sobre la finalidad de la investigación y las medidas a tomar para asegurar la confidencialidad de la información a través de los consentimientos informados, a nivel de la provincia se cuenta con 40 mujeres con diagnóstico por consumo de sustancias, de las cuales solo se tomaran 20 siendo una muestra no probabilística ya que por la cantidad de pacientes diagnosticados es mínima, se descartan 4 mujeres quienes por trabajar como meretrices se niegan a participar de la investigación, contando con solo una muestra de 16 personas, quienes fueron evaluadas a través de visitas domiciliarias brindándoles la información previa y haciendo firmar el consentimiento informado.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS:

Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva para la presentación de resultados en cuadros la estadística inferencial para la comprobación de la hipótesis general y específicas, se realizó el estadístico chi cuadrado para contrastar frecuencias observadas con las frecuencias esperadas de acuerdo con la hipótesis nula y r de Pearson para proporcionar una medida numérica de la correlación entre dos variables.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El compromiso ético para la presente investigación en cuanto al trabajo de campo, se asumieron las siguientes responsabilidades éticas: “respecto a la muestra viven, trabajan y se encuentran en situaciones que comprometen conflicto social, integridad personal o la salud, no incluyeron a menores de edad, personas con discapacidad mental e iletradas”, por lo que la encargada de la investigación realizó las acciones de sostener la información a los representantes de cada sector de la sociedad,

comunal, vecinal o doméstica estudiada, y a cada uno de los individuos que participan en la investigación sobre:

“El propósito de la investigación, el uso que se va dar a la información recabada y los eventuales riesgos personales vinculados a la participación. Información que se dará por entregada al participante mediante: "Firma de consentimiento informado”.

“Se tomaron las medidas de confidencialidad de la información obtenida, mediante acuerdo mutuo sobre el anonimato”.

“Se tomó en cuenta los valores e intereses de los participantes al realizar un acercamiento, ingresar a zonas o viviendas y entablar comunicación, de forma que ello ocurra en el momento pertinente y de manera respetuosa de las costumbres y situaciones personales o comunitarias”.

“Se presentó a los participantes los resultados, se prestó asistencia inmediata en caso de urgencia dentro de sus posibilidades logísticas, consultar a colegas en casos difíciles, y se procuró que la investigación tenga un impacto positivo en la calidad de vida de los participantes o les aporte algún beneficio a fin de generar una reciprocidad entre los participantes y el investigador”.

“Compromiso de integridad y rigurosidad del proceso”.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La formulación de los datos los cuales son descriptivos teniendo como fin establecer la asociación entre las variables, se utiliza el programa de datos CHI-Cuadrada, Coeficiente de correlación de Pearson, utilizando la estadística inferencial no paramétrica, con la finalidad de que a pesar de no contar con una muestra significativa, la presente investigación puede ser el inicio de futuras investigaciones avocándose en la importancia de la determinación del tipo de apego y el vínculo que se forja entre el cliente y profesional de la salud mental (alianza terapéutica) asegurando la continuidad del tratamiento y mejoría en la sintomatología y posible rehabilitación de las mujeres con adicciones.

Primera Hipótesis (H1)

Mediante la prueba de validación de hipótesis utilizando el estadístico Chi cuadrado se ha de probar la asociación entre las variables apego evitativo y sintomatología.

Tabla 3

Estadístico chi cuadrado apego evitativo y Sintomatología

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	153.33	140	0.208
Razón de verosimilitud	71.041	140	1.000
Asociación lineal	7.985	1	0.005
N de casos válidos	16		

Nota. 165 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Chi calculada	153.33
Chi tablas	7.26

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadística:

(H1): Existe una asociación fuerte entre el apego evitativo y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

(H0): No existe una asociación entre apego evitativo y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de adicciones.

Nivel de significancia de 0.05 valor calculado de 153.33

Se puede observar que la chi calculada es mayor que la chi tablas, cayendo en la zona de rechazo, por tal motivo se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Lo que significa que existe asociación entre el apego evitativo y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Segunda Hipótesis (H2)

Mediante la prueba de validación de hipótesis utilizando el estadístico Chi cuadrado se ha de probar la asociación entre las variables apego ansioso y sintomatología.

Tabla 4*Estadístico chi cuadrado apego ansioso y sintomatología*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	16.000	130	0.342
Razón de verosimilitud	68.268	130	1.000
Asociación lineal	0.163	1	0.687
N de casos válidos	16		

Nota. 154 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Chi calculada	136.00
Chi tablas	7.26

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadística 2:

(H2): Existe una asociación fuerte entre el apego ansioso y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

(H0): No existe una asociación entre apego ansioso y la sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Nivel de significancia de 0.05 valor calculado de 136.00

Se puede observar que la chi calculada es mayor que la chi tablas, lo que le hace caer en la zona de rechazo, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

Lo que significa que existe asociación entre apego evitativo y la sintomatología en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Hipótesis Alternativa 3 (H3)

Mediante la prueba de validación de hipótesis utilizando el estadístico Chi cuadrado se ha de probar la asociación entre las variables sintomatología y alianza terapéutica.

Tabla 5

Estadístico Chi cuadrado sintomatología y alianza terapéutica

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	105.333*	110	0.608
Razón de verosimilitud	61.677	110	1.000
Asociación lineal	1.890	1	0.169
N de casos válidos	16		

Nota. 154 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Chi calculada	105.33
Chi tablas	7.26

Interpretación y análisis:

Hipótesis Estadística 3:

H3: Existe asociación entre sintomatología y la alianza terapéutica de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

H0: No existe una asociación entre sintomatología y la alianza terapéutica de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Se puede observar que la chi calculada es mayor que la chi tabla y cae en la zona de rechazo, por tal motivo se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Lo que significa que la sintomatología está asociada a la alianza terapéutica.

Hipótesis alternativa 4 y 5

En esta hipótesis se utilizó el coeficiente correlacional de Pearson para analizar la relación entre las variables de apego ansioso - evitativo y alianza terapéutica y establecer el grado de asociación entre el tipo de apego y el establecer alianzas terapéuticas más fuertes o débiles.

Tabla 6

r Pearson tipo de apego o alianza terapéutica

Tipos de Apego	Alianza Terapéutica
Ansioso	$R_{xy}=0.87$
Evitativo	$R_{xy}=0.18$

Significancia menor 0.05

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadística

(H4) Existe relación entre el apego ansioso y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

(Ho) No existe relación entre apego ansioso y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

(H5) Existe relación entre el apego evitativo y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

(Ho) No existe relación entre apego evitativo y alianza terapéutica en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias.

Se puede observar en la tabla n° que el apego ansioso tiene una correlación positiva muy fuerte con la alianza terapéutica, lo que significa que a presencia de apego ansioso se establece una alianza terapéutica fuerte, siendo lo contrario en lo que respecta al apego evitativo que tiene una correlación positiva débil con la variable alianza terapéutica, lo que significa que a presencia de apego evitativo la alianza terapéutica será débil.

Hipótesis General:

Una vez analizados los resultados de las hipótesis alternativas se confirma la hipótesis general.

Existe asociación entre apego ansioso - evitativo, alianza terapéutica y sintomatología de mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias en un Centro de Salud Moquegua.

DISCUSIÓN

Lo que respecta a las características de la población evaluada y los datos obtenidos del análisis exploratorio, se puede observar que existe asociación entre el tipo de apego, alianza terapéutica y la sintomatología en mujeres con diagnóstico de consumo de sustancias, que se entiende como los síntomas psicológicos y/o signos de alarma que se encuentran presente en las mujeres que presentan adicciones y cómo estos se relacionan o se encuentran presenten en aquellas mujeres que tienen apego ansioso y evitativo, siguiendo esta línea nos podemos apoyar en el estudio realizado por (Lossa, Corbella y Botella, 2012) en el cual se centró en profundizar la relación entre el estilo de apego del paciente y la creación de la alianza terapéutica resultando que el establecer un vínculo de confianza y familiaridad con el usuario influyen en la alianza terapéutica así como el temor e inseguridad actúan negativamente a la alianza.

En las conclusiones del estudio de Sauer, Lopez y Gormley (2003) “muestran diferencias en la calidad de alianza terapéutica según el tipo de apego del paciente”, es decir que la alianza correlaciona negativamente con el tipo de apego ansioso contradiciendo los datos obtenidos en este estudio, sin embargo puede deberse a que la asociación en la presente tesina se hizo con puntajes totales en cuanto alianza terapéutica y tipos de apego ansioso – evitativo y en la investigación de Sauer, Lopez y Gormley fue el tipo de apego y la relación con las escalas de alianza terapéutica por lo que se ve necesario tomar en cuenta este detalle en futuras investigaciones.

Al haber demostrado que existe relación y asociación entre las variables de estudio es respaldado por la revisión del Magister Taracena, T.,& M.F. (2006) en donde muestra que la presencia de un tipo de apego evitativo tiene relevancia en lo que refiere a la alianza terapéutica siendo el factor crucial en el tratamiento de los drogodependientes, sin embargo en un estudio de metaanálisis desde 1995 hasta 2013 sobre el estilo de

apego del paciente y el establecimiento de la alianza terapéutica, mostrando que el tipo de apego evitativo correlaciona negativamente con la alianza terapéutica (Mallinckrodt y Jeong, 2015) por tal motivo será necesario tener una muestra significativa y correlación con las subescalas de alianza terapéutica para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

- El consumo de sustancias en mujeres cuando constituye una conducta persistente y no simplemente exploratoria, viene a formar parte de una estrategia desactivadora y evitativa de las relaciones de apego formadas a edades tempranas. (Apego evitativo)
- Los profesionales psicólogos que trabajan con mujeres diagnosticadas por consumo de sustancias deben entender que se vuelven figuras de apego momentáneas para ellas y necesarios para que así pueda entablarse una fuerte alianza terapéutica que ayudará a la adherencia del tratamiento y evitará la deserción en el mismo.
- Las experiencias tempranas de abandono y negligencia contribuyen en la formación de apego ansioso o evitativo, lo que se replicará e influenciará en las relaciones afectivas y sociales en la etapa adulta que dependiendo del tipo de apego podrían desencadenar en trastornos de la personalidad.
- Parte de tener una fuerte alianza terapéutica es el tener claras las metas a llegar en el trabajo terapéutico y hacer partícipe al paciente en la formulación de las mismas, contribuyendo a la mejoría de la sintomatología de la mujer con adicciones.
- Los resultados sugieren que el proceso de reconocimiento y abordaje de la debilidad o ruptura de la alianza terapéutica es un elemento de importancia asegurando la efectividad de la psicoterapia.

RECOMENDACIONES

- Por lo antes expuesto se ve necesario a través de esta tesina formular investigaciones que con muestras significativas ayuden a dar interés al estudio y detección temprana del tipo de apego que estaría formando un menor y el que presenta un adulto antes de iniciar un proceso terapéutico, pudiendo establecer estrategias previas para contrarrestar las posibles barreras psicológicas que podrían ser utilizadas para evadir y desertar del tratamiento.
- Incorporar en las capacitaciones brindadas por el estado en lo que respecta al tratamiento con enfoque de género los temas de apego y alianza terapéutica y sus beneficios en la reducción y control de los síntomas psicológicos presentes en las mujeres con adicciones, desarrollando en los profesionales habilidades necesarias para ser la figura de apego requiere el paciente en ese momento específico de su vida.
- Concientizar a la población sobre la importancia de entablar un apego seguro con sus hijos asegurando así futuros ciudadanos con la capacidad de regularse emocionalmente, con la seguridad necesaria para seguir creciendo y desarrollándose como persona.
- Tener presente que las mujeres por su individualidad y características propias de su género son vulnerables y el desarrollo del apego será diferente al varón, siendo necesario formulación de investigaciones que puedan determinar qué tipo de apego son más frecuentes a desarrollar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arredondo, M. & Salina, P. (2005). Alianza Terapéutica En Psicoterapia: Concepción e Importancia Atribuida Por Psicoterapeutas con Distintas Orientaciones Teóricas que Trabajan en el Centro De Psicología Aplicada De La Universidad De Chile (Caps). (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile. Recuperado de: <https://studylib.es › doc › alianza-terapéutica-en-psicoterapia---tesis>
- Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP (2009) Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos y Animales-REGLAMENTO Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS [versión electrónica]. *Pontificia Universidad Católica del Perú.*, <https://textos.pucp.edu.pe/pdf/4332.pdf>
- Corbella,S., y Botella, L., (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/40219901_La_Alianza_Terapeutica_historia_investigacion_y_evaluacion
- Coutinho, J., Ribeiro, E., y Safran, J., (2010). Transacciones Interpersonales en Episodios de Ruptura de la Alianza: Un estudio de caso de un abandono de Terapia. *REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX*. 101-115. Recuperado de www.clinicapsicologica.org.ar/download_file.php?id=87&hax=01QNCF00QY
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, Ll., Corbella, S.,...Lopez, G. A. (2012). La versión Española del CORE-OM. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. Recuperado de diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32884/5/637380.pdf
- Fernández, A. M., Paz, G. M., y Pérez, M. N., Cruz, Q. F., (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida.

anales de psicología, 29(1), 1-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16725574001.pdf>

Fossa, A. P., (2012). Obstáculos del proceso Terapéutico: Una Revisión del Concepto de Vínculo y sus Alteraciones. Revista Psicología GEPU, 3(1), 101-126. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3982367.pdf>

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional tienen implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de psicología, 38(3), 493-507.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) Metodología de la investigación. México D.F. McGraw-Hill/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Lossa, CH. L., (2015). Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y mejora Sintomática. (Tesis Doctoral). Universidad Ramón Llull, Barcelona, España.

Navia, C. E., y Arias, E. M., (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. Universitas Psychologica. 11(3), 885-894. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=64724634017

Pinedo, J & Santelices, M. (noviembre 2006). Apego adulto: los modelos operativos internos y la teoría de la mente. Terapia psicológica 24(2), 201-210.

ANEXOS

Anexo A

INSTRUMENTOS

A. Cuestionario de Estilos de Apego Adulto (CEAA)

Cuestionario de Estilos de Apego Adulto

A continuación encontrarás un conjunto de afirmaciones respecto al sentimiento involucrado en las relaciones interpersonales. Indica en qué medida cada una de estas afirmaciones describe tus propios sentimientos en tus relaciones con los demás. A contestar, ten en cuenta que nos interesa como generalmente experimentas tus relaciones, y no solamente como sientes hacia una persona en particular. Indica tu respuesta en el casillero vacío al lado de cada afirmación, llenando con un número del 1 al 7 de acuerdo con la siguiente escala:

7 = Esta afirmación describe **exactamente** mis sentimientos

6 = Esta afirmación describe **muy bien** mis sentimientos

5 = Esta afirmación describe **bien** mis sentimientos

4 = Esta afirmación describe **más o menos** mis sentimientos

3 = Esta afirmación describe **bastante poco** mis sentimientos

2 = Esta afirmación describe **casi nada** mis sentimientos

1 = Esta afirmación **no describe para nada** mis sentimientos

No describe para nada	Casi nada	Bastante poco	Más o menos	Bien	Muy bien	Exactamente
1	2	3	4	5	6	7

1. Prefiero no mostrarle a los demás como me siento interiormente.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Me angustia la posibilidad de que me vayan a abandonar.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Mis relaciones con los demás me inquietan mucho.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Basta que alguien desee meterse en mi mundo privado, para que me den ganas de alejarme de el/ella.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Me preocupa no importarle tanto a los demás como ellos me importan a mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Me incomoda cuando alguien desea establecer una relación muy cercana conmigo.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. La sola idea de perder a alguien cercano me angustia mucho.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. Me incomoda abrirme a los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Me gustaría que los demás me quisieran tanto como yo los quiero a ellos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Cuando he considerado tener una relación cercana con los demás, termino echándome para atrás y no haciendo nada al respecto.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Mi deseo de “convertirme en un solo ser” con la persona que quiero, a veces ha terminado por ahuyentarla.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Me pongo nervioso(a) cuando los demás estrechan demasiado la relación conmigo.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Me preocupa estar sólo/a.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Me siento a gusto compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17. Evito tener una relación afectiva demasiado cercana con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

18. Necesito mucho que quienes me rodean me aseguren y confirmen que de verdad me quieren.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19. Me resulta fácil establecer vínculos estrechos con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20. A veces siento que fuerzo a los demás a mostrar más su afecto y compromiso hacia mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21. Me molesta depender afectivamente de los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

22. No me preocupa a menudo la idea de ser abandonado/a.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

23. Prefiero no tener una relación demasiado cercana con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

24. Si no consigo que los demás me tomen en cuenta, me siento mal.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

25. A las personas más cercanas a mí, les cuento prácticamente todo lo que me pasa.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

26. Creo que las personas no quiere tener tanta intimidad afectiva conmigo como a mí me gustaría.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

27. Usualmente comento mis problemas y preocupaciones con alguien más.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

28. Cuando no tengo una relación, me siento un poco ansioso/a e inseguro/a.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

29. No me incomoda depender afectivamente de los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

30. Me siento frustrado/a cuando las personas no están conmigo tanto como yo quisiera.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

31. No me importa pedir consuelo, consejo, o ayuda a los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

32. Me siento frustrado/a cuando las personas que quiero no están disponibles cuando las necesito.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

33. Es bueno recurrir a los demás en los momentos de aflicción.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

34. Cuando las personas que quiero me desapruaban, me siento realmente mal conmigo mismo(a).

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

35. Recorro a los demás para muchas cosas, tales como consuelo y seguridad.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

36. Me duele cuando las personas que quiero ocupan su tiempo sin incluirme a mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

37. Las personas nunca están ahí cuando se las necesita.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

38. A menudo me preocupa que quienes me rodean no me quieran en realidad.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

39. Encuentro difícil confiar plenamente en los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

40. Mi deseo de unirme completamente con un otro a veces lo asusta y aleja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

41. Generalmente no me molesta que alguien se me acerque mucho.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

42. A menudo me preocupa que los demás no deseen estar conmigo.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

43. No estoy convencido de poder contar con los demás cada vez que los necesite.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

44. No me incomoda que haya personas que dependan afectivamente de mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

45. Yo sé que los demás estarán ahí cuando los necesite.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

46. A menudo los demás quieren una relación de mayor intimidad conmigo de la que a mí me gustaría.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

47. No me importa que existan personas que no me acepten.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

48. No siento la necesidad de tener relaciones interpersonales estrechas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

49. Prefiero no tener que depender de los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

50. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

51. Me interesa que exista alguien que me proteja y cuide de mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

52. A veces soy demasiado obediente y complaciente con los demás para así evitar que me rechacen.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

53. Si tengo un problema lo resuelvo solo.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

54. Prefiero hacer las cosas por mí mismo a que alguien me ayude.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

55. A menudo no necesito del apoyo de los demás para salir de mis problemas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

56. No dependo emocionalmente de nadie.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCD)

(C) 1999 Barry Duncan and Scott D. Miller

Cliente:

Terapeuta:

Sesión n°:

Fecha de sesión:

Por favor, evalúe la sesión de hoy según estas afirmaciones. Rodee con un círculo la puntuación que mejor describa su opinión usando el sistema siguiente:

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Caigo bien a mi terapeuta.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Siento que mi terapeuta me aprecia.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Cliente: Terapeuta: Sesión n°: Fecha de la sesión:

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Mi terapeuta y yo coincidimos en cuanto a mis metas en la terapia.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Creo que lo que mi terapeuta y yo hacemos en terapia es irrelevante para mis preocupaciones.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Creo que las cosas que hago en terapia me ayudarán a conseguir los cambios que deseo.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

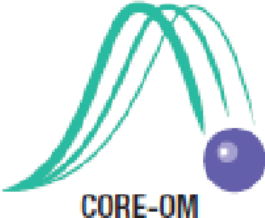
16. Las cosas que mi terapeuta me pide que haga son intrascendentes o incomprensibles para mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17. Las sesiones se centran en mis ideas sobre lo que ha de pasar para que se produzca un cambio.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

CORE-OM



Código del centro:

Código del cliente:

Nombre o código del psicoterapeuta:

Fecha:

A A A A M M D D

Edad:

Mujer:

Hombre:

Fase actual

Selección

Derivación

Continuación

Primera sesión de terapia

Pre-terapia

Durante terapia

Última sesión de terapia

Seguimiento 1

Seguimiento 2

Fase:

Estadio de terapia:

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días.
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...

		<i>Nunca</i>	<i>Muy pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>						
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	W

Por favor continúe en la página siguiente

428 (3)
© CORE System Trust: <http://www.core-om.co.uk/copyright.pdf>
Página: 1

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	Invertido
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total → →

Puntuaciones medias
(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

(W) (P) (F) (F) Todos los ítems Todos menos R

Anexos B

CONSIDERACIONES ÉTICAS – DECLARACIÓN JURADA

COMPROMISO ÉTICO PARA TRABAJOS DE CAMPO CON
POBLACIONES DIFERENTES - DECLARACIÓN JURADA

Yo, MARÍA DEL CARMEN GONZALES GUILLÉN
investigador/a responsable del proyecto, en relación al compromiso de responsabilidad
ética que asumo para realizar la investigación APEGO ANSIOSO Y EVITATIVO,
ALIANZA TERAPEUTICA Y SINTOMATOLÓGIA, EN MUJERES CON
DIAGNOSTICO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS DE UN CENTRO DE SALUD -
MOQUEGUA. Declaro que los y las participantes:

<input checked="" type="checkbox"/>	NO
-------------------------------------	----

Viven, trabajan o se encuentran en circunstancias que implican conflicto social.

<input checked="" type="checkbox"/>	NO
-------------------------------------	----

Viven o trabajan en circunstancias que implican riesgos para la integridad personal o la salud.

SI	<input checked="" type="checkbox"/>
----	-------------------------------------

Incluyen menores de edad, personas con discapacidad mental, iletrados.

En caso afirmativo de una o varias de estas alternativas, me comprometo a realizar las siguientes acciones:

1. Compromiso de obtención de consentimiento informado

Mantener informadas a las autoridades de cada unidad social, comunal, vecinal o doméstica estudiada, y a cada uno de los individuos que participan en la investigación sobre:

- 1.1. El propósito de la investigación
- 1.2. El uso que se va dar a la información recabada
- 1.3. Los eventuales riesgos personales vinculados a la participación

Información que se dará por entregada al participante mediante:

- Firma de consentimiento informado
- Autorización escrita del padre o tutor
- Documentación audiovisual de participación en taller

2. Compromiso de garantía de confidencialidad (privacidad)

Tomar las medidas de confidencialidad de la información obtenida, mediante acuerdo mutuo sobre una o varias de estas opciones:

- Anonimato
- Código de identidad del participante
- Custodia de los datos a lo largo de la cadena de su transmisión y depósito
- Reserva pertinente de la información general sobre el proyecto

3. Compromiso de respeto a circunstancias especiales y formas de vida particulares

Tomar en cuenta los valores e intereses de los participantes al realizar un acercamiento, ingresar a zonas o viviendas y entablar comunicación, de forma que ello ocurra en el momento pertinente y de manera respetuosa de las costumbres y situaciones personales o comunitarias.

4. Compromiso de devolución de resultados

Presentar a los participantes los resultados, prestar asistencia inmediata en caso de urgencia dentro de sus posibilidades logísticas, consultar a colegas en casos difíciles, y procurar que la investigación tenga un impacto positivo en la calidad de vida de los participantes o les aporte algún beneficio a fin de generar una reciprocidad entre los participantes y el investigador.

5. Compromiso de integridad y rigurosidad del proceso

Arequipa, 07 de agosto 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por PSIC. MARÍA DEL CARMEN GONZALES GUILLÉN (nombre del investigador/a a cargo) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La meta de este estudio es determinar la relevancia del vínculo que se establece entre el terapeuta y paciente para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una entrevista (encuesta o lo que fuera pertinente), lo que le tomará minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas por usted serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con

Al correo

o al teléfono .

Nombre completo del (de la) participante:

Firma

Lima,

2019

Nombre del investigador/a responsable

Firma

Lima,

2019