



ESCUELA DE PSICOLOGÍA



AUTOCONCEPTO SEGÚN TIPOS DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS
HOSPITALIZADOS CON DEPRESIÓN EN QUITO



AUTOR

CLAUDIA ALEXANDRA GONZÁLEZ GARCÍA

AÑO

2020



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

AUTOCONCEPTO SEGÚN TIPOS DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS
HOSPITALIZADOS CON DEPRESIÓN EN QUITO

“Trabajo de Titulación, presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de psicóloga clínica”

Profesor Guía

Javier Ricardo Toro Merizalde

Autora

Claudia Alexandra González García

Año

2020

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, "Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito", a través de reuniones periódicas con la estudiante Claudia Alexandra González García, en el semestre 2020-10, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a vertical line, positioned above a horizontal line.


Javier Ricardo Toro Merizalde

Magister en Educación

C.I: 171263559-6

DECLARACIÓN DE PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado el trabajo, "Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito", de Claudia Alexandra González García, en el semestre 2020-10, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".



Byron Giovanni Toscano Amores

Médico Especialista en Psiquiatría

C. I: 1706555676-6



Jaime Alberto Terán Ochoa

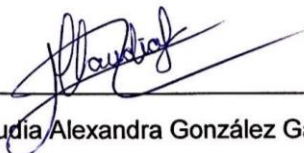
Magister en Gerencia de Salud

para el Desarrollo Local

C. I: 170799356-2

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA ESTUDIANTE

"Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes."



Claudia Alexandra González García

C. I: 1721544441

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por haber apoyado todos y cada uno de mis sueños; a mis amigos, por haber enriquecido mi camino académico; a mis profesores, por haber sembrado, en mí, conocimiento; a mi tutor, por la paciencia y la entrega mostrada a mi proyecto.

DEDICATORIA

A mi abuelo, Hugo, y a mi mamá,
Cecilia, ya que sin ellos no
estaría culminando esta etapa
de mi vida. A mi familia
por enseñarme el valor de la
responsabilidad y la constancia en
la lucha para cumplir mis metas.

RESUMEN

La depresión es una de las patologías más comunes en el área de la salud mental, por tal motivo, la presente investigación tiene como objetivo definir los tipos de apegos y las dimensiones del autoconcepto en pacientes adultos hospitalizados con una patología depresiva. Su finalidad consiste en analizar y comprender la relación entre las premisas propuestas, ya que se pretende aportar a la comprensión del trastorno depresivo desde una perspectiva alternativa, que aporte herramientas al trabajo de los profesionales en salud mental. El enfoque del estudio es cuantitativo, el alcance es descriptivo y el diseño es no experimental de tipo transversal. La muestra estará comprendida por 101 individuos adultos, hospitalizados con algún trastorno depresivo, y de nacionalidad ecuatoriana. El muestreo será no probabilístico. Se hará uso de instrumentos (Cuestionario de Apego Adulto y Autoconcepto Forma 5) que provean resultados de variables categóricas, las cuales serán analizadas por medio de estadística descriptiva. Para el análisis de la relación entre las variables categóricas, se hará uso de estadística inferencial de independencia, y para su verificación se usará el análisis de datos según Chi cuadrado. El programa virtual que se utilizará para el análisis de los datos será el STATA. Se analizan una serie de posibles riesgos que se podrían presentar con los resultados de la presente investigación; para contrarrestarlos, se propone una serie de estrategias. Además, también se propone una intervención que pueda aportar al trabajo del profesional en salud mental, tomando en cuenta el estilo de apego de los individuos con patologías depresivas y el autoconcepto de los mismos. Promoviendo un trabajo integral que aporte a la disminución de la sintomatología depresiva, mejorando la calidad de vida de los sujetos.

Palabras clave: depresión, apego, autoconcepto, adultos hospitalizados, análisis, relación, riesgos, estrategias.

ABSTRACT

Depression is one of the most common pathologies in the area of mental health, therefore, this research aims to define the types of attachments and dimensions of self-concept in adult patients hospitalized with a depressive pathology, in order to, analyze and understand the relationship between the proposed premises, it is intended to contribute to the understanding of depressive disorder from a different perspective that contributes to the work of mental health professionals. The focus of the study is quantitative, the scope is descriptive and the design is non-experimental of a transversal type. The sample will be comprised of 101 adult individuals, hospitalized with some depressive disorder, and of Ecuadorian nationality, the sampling will be non-probabilistic. The instruments that will be used (Adult Attachment Questionnaire and Form 5 Self-concept) provide results of categorical variables, which will be analyzed through descriptive statistics. For the analysis of the relationship between the categorical variables, will be used inferential statistics of independence and for the verification of the data analysis will be used Chi square. The virtual program that will be used for data analysis will be the STATA. A series of possible risks that could be presented with the possible results of the present investigation are analyzed, and to counteract them, a series of strategies are proposed. In addition, an intervention that can contribute to the work of the mental health professional is also proposed, taking into account the attachment style of individuals with depressive pathologies, and their self-concept, promoting an integral work that contributes to the decrease in depressive symptoms improving the quality of life of the subjects.

Keywords: depression, attachment, self-concept, hospitalized adults, analysis, relationship, risks, strategies.

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. Introducción..... | 1 |
| 2. Formulación del problema y justificación..... | 3 |
| 3. Pregunta de investigación..... | 8 |
| 4. Objetivos. | 8 |
| 4.1. Objetivo General. | 8 |
| 4.2. Objetivos Específicos. | 8 |
| 5. Marco teórico. | 9 |
| 5.1. Apego..... | 9 |
| 5.2. Autoconcepto. | 12 |
| 5.3. Depresión..... | 15 |
| 6. Hipótesis..... | 18 |
| 7. Metodología de estudio..... | 20 |
| 7.1. Enfoque, alcance y diseño. | 20 |
| 7.2. Muestreo. | 21 |
| 7.3. Herramientas..... | 22 |
| 7.4. Procedimiento. | 24 |
| 7.5. Análisis de datos. | 24 |
| 8. Viabilidad..... | 25 |
| 9. Aspectos éticos. | 26 |
| 9.1. Importancia de un consentimiento informado. | 26 |
| 9.2. Tratamiento de la información. | 27 |
| 9.3. Autorreflexividad..... | 27 |
| 9.4. Consecuencias de la investigación..... | 28 |
| 9.5. Devolución de resultados. | 29 |

| | |
|--|----|
| 9.6. Autorización para uso de los instrumentos. | 29 |
| 9.7. Derechos de autor. | 30 |
| 10. Análisis de estrategias de intervención. | 30 |
| 11. Cronograma. | 37 |
| 12. Referencias. | 43 |
| Anexos | 49 |

1. Introducción.

La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia a nivel global y una de las más comunes en las casas de salud mental. En 2015 hubo un aumento de un 18% en la tasa de personas diagnosticadas con tal trastorno a nivel mundial (Vos et al., 2016, p. 1578). En el mismo año, en Ecuador se registraron 2.088 sujetos atendidos en casas de salud por depresión y el 73.5% de la totalidad pertenecían a la edad adulta comprendida entre 19 a 59 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017, p. 1). Además, cabe mencionar que el suicidio, como una de las terribles consecuencias de los trastornos depresivos, no ha sido tomado en cuenta con la suficiente relevancia investigativa por parte de las autoridades. Ya que, de 1.073 suicidios ocurridos en el año 2015 en Ecuador, solo el 22.3% ha sido etiquetado como consecuencia de un “episodio depresivo”, sin embargo, el resto de casos, mayoritariamente, han sido etiquetados como causas desconocidas a falta de información correspondiente (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2015, p. 283).

El establecimiento del vínculo parental se encuentra íntimamente relacionado con el padecimiento de sintomatología depresiva. Estudios en población de adolescentes chilenos demostraron que existe una correlación positiva entre la “disponibilidad de los padres” y la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes (González y Méndez, 2006, p.13). Otros estudios han demostrado la relación del apego con la presencia de síntomas depresivos debido al desarrollo de esquemas poco adaptativos desde edad temprana (Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017, p. 290). Estos estudios y algunos más (Garrido, Guzmán, Santélices, Vitriol y Baeza, 2015, pp. 291-292; Garrido, 2006,

p. 496), han demostrado que la formación del apego en el individuo da como resultado la construcción de esquemas cognitivos que se relacionan con la presencia de sintomatología depresiva.

Por otro lado, se propone la relación entre el autoconcepto de los sujetos y la presencia de trastornos depresivos en los mismos. Un estudio realizado en niños demostró que la presencia de síntomas depresivos se relaciona con puntuaciones bajas en el autoconcepto de los mismos (Raffo, 1994, p. 231). Otro estudio realizado en estudiantes universitarios demostró que existe una correlación negativa entre el nivel de autoconcepto y los síntomas depresivos, a menor nivel de autoconcepto mayor presencia de sintomatología depresiva. Estos estudios, entre otros (Chávez et al., 2017, p. 511; Grace y Toukhsati, 2014, p. 16), han demostrado la relación que existe entre la presencia de depresión en los individuos y los bajos niveles de autoconcepto en los mismos.

La conceptualización, en la cual se encuentra basada el presente estudio, trata de tomar las nociones de los autores principales de cada elemento propuesto. El apego, planteado por John Bowlby desde el enfoque evolutivo, es la tendencia que tienen los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con otros, con los cuales se ha mantenido cercanía y, además, han suplido sus necesidades básicas, como hambre, sueño, protección, calor y afecto (Bowlby, 2014, p. 126). El autoconcepto, propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton desde la perspectiva del aprendizaje, es concebido como la percepción y el conocimiento que el individuo construye de sí mismo y de los demás en su entorno, a partir del cual tiende a sentir, pensar y comportarse en base a modelos establecidos por él mismo (Shavelson et al., 1976, p. 411). Y, por último, la depresión, tras la evolución histórica de su concepto, es concebida hoy en día como, un trastorno que afecta el estado de ánimo del individuo, causando tristeza, irritabilidad,

sensación de vacío constante, pérdida de interés para realizar actividades cotidianas, fatiga, alteraciones del sueño, sentimientos de desesperanza y/o culpa, y disminución de la concentración (American Psychiatric Association, 2014, p. 155).

Como se ha podido evidenciar, las variables propuestas, depresión, apego y autoconcepto, se encuentran relacionadas entre sí; sin embargo, no se ha encontrado estudios que hagan referencia a tal relación. Lo que se propone en la presente investigación es realizar un análisis que haga hincapié en la relación intrínseca entre las variables, además, de hacer uso de población clínica adulta, la cual tampoco ha sido tomada en cuenta en estudios previos.

El objetivo principal de la investigación es demostrar que existe una relación entre las variables propuestas mediante un estudio cuantitativo que ponga en cuestión tales elementos, y por medio de procesos estadísticos demostrar la veracidad de la propuesta realizada, lo cual puede contribuir, con información importante, al logro de objetivos secundarios como, aportar al conocimiento de la patología depresiva en cuanto a la identificación de factores involucrados en su padecimiento y aportar al trabajo terapéutico de los profesionales con individuos diagnosticados con trastornos depresivos.

2. Formulación del problema y justificación.

La depresión es uno de los trastornos más comunes dentro de las instituciones de salud mental en épocas donde se celebran festividades familiares, ya que suelen detonarse varios síntomas cuya evolución puede necesitar intervención profesional, es ahí donde es requerido estabilizar al individuo para que pueda

reinsertarse a su vida cotidiana. En cuanto al apego, hay varios estudios que lo relacionan con la depresión como un factor predisponente a desarrollar su sintomatología, sin embargo, el papel del autoconcepto dentro de ésta relación ha sido poco identificado, tomando en cuenta que es uno de los elementos identitarios más fundamentales a la hora de establecer constructos personales en el individuo. El autoconcepto debería ser un factor primordial en el proceso de exploración de la salud mental del individuo, ya que es a partir de éste que puede denotarse el estilo de apego mediante el cual el sujeto puede relacionarse en su entorno y dar pistas de la etiopatogenia depresiva.

El último estudio de Carga Global de Enfermedades menciona que en 2015 existió un aumento del 18% del total de personas diagnosticadas con depresión a nivel mundial, comparado con las cifras recolectadas en 2005 e inicios del 2015 (Vos et al., 2016, p. 1578). En 2015 en Ecuador, se registraron 2.088 individuos atendidos por depresión en establecimientos de salud, de los cuales, la población con mayor número de incidencia resultó comprendida por edades entre los 19 a 59 años, es decir, población adulta, que representa el 73,5% de la totalidad de casos, además, cabe mencionar que el 64% de la totalidad de pacientes pertenecieron a población femenina. En la actualidad no existen cifras de población específica proveniente de Quito, se hará uso de estadísticas a nivel Nacional y cifras provenientes de la provincia de Pichincha (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017, p. 1).

La depresión es una patología mental relevante y de gran impacto a nivel mundial, sin embargo, en Ecuador a pesar de ser un tema de especial relevancia en los últimos años, los datos estadísticos que aportan información al respecto son pocos, se reportan registros de 1.073 casos de suicidios en 2015, de los cuales el 22,3% se encuentran registrados con el tipo de certificación “episodio depresivo”

como causa de muerte, sin embargo, el resto de casos cuenta con el tipo de certificación “otras causas externas tipificadas por falta de certificación médica” lo que significa que fueron casos de suicidio sin investigar (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2015, p. 283). Por lo tanto, la realización de la presente investigación resulta importante ya que se pretende contribuir con información que ayude al mejor entendimiento de la patología depresiva y sus consecuencias en el contexto ecuatoriano.

Algunos datos indican que existe relación entre el tipo de apego de un individuo y la presencia de depresión en el mismo. Según el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” de México, se observó que la depresión en mujeres mexicanas embarazadas incrementó 3,97 veces el riesgo de presentar apego inseguro o ansioso en sus hijos, los cuales como consecuencia a la edad adulta tendrían dificultades en sus relaciones interpersonales 5 veces más que adultos con un adecuado apego (Lara, Patiño, Navarrete y Nieto, 2016, p. 19). En la Encuesta Nacional de Salud en Chile realizada en el 2016, se demostró que el 15,8% de habitantes adultos padecen depresión, de los cuales el 56,8% presentan influencia de factores del medio ambiente de crianza en su patología (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018, p. 47). En el informe de resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia, se hace hincapié a la importancia de las figuras paternas en el desenvolvimiento del ser humano, se evidenció que el 28,8% de adultos mencionaban la negligencia parental (asignación de tareas peligrosas, privación de elementos indispensables, sin supervisión parental, hambre, carencia de afecto, etc.) como un factor relevante de su vida, de los cuales el 14,7% aceptaron haber presentado síntomas depresivos al menos una vez (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2015, pp. 101-103).

Se han realizado estudios en población adolescente chilena en cuanto la influencia que tiene el apego, “disponibilidad de padres”, sobre la autoestima de los mismos y su relación con episodios depresivos. Los resultados demostraron que existe una correlación positiva entre la disponibilidad de padres y la autoestima, y también una correlación positiva entre la ausencia de padres y la sintomatología depresiva (González y Méndez, 2006, p.13). Existen estudios sobre la relación del apego, “estilos parentales”, y la presencia de síntomas depresivos según esquemas desadaptativos desarrollados a temprana edad (Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017, p. 290). Estudios sobre apego adulto en mujeres con y sin depresión (Garrido, Guzmán, Santélices, Vitriol y Baeza, 2015, pp. 291-292), entre otros. Un estudio sobre apego y regulación emocional menciona la relación que existe entre el estilo de apego y la predisposición a padecer algún tipo de psicopatología, especialmente la depresión (Garrido, 2006, p. 496). El factor en común que se encontró entre todos los estudios ya mencionados es, que los tipos de apego en los individuos influyen o se encuentran íntimamente relacionados con el apareamiento de sintomatología depresiva.

Otro factor asociado a la presencia de depresión en un individuo es el autoconcepto. Estudios realizados en adultos mayores sobre autoconcepto y depresión, y su impacto sobre las funciones psicosociales, indican que existe una correlación negativa entre autoconcepto y depresión, mientras más puntuación se obtenga en depresión, menor puntuación se obtiene en autoconcepto, especialmente en aquellos ancianos que viven en casas particulares y no comunales, es decir, que no comparten con sus pares (Grace y Toukhsati, 2014, p. 16). Existen estudios realizados sobre la relación entre autoconcepto y depresión en niños, demostrando el incremento de la tasa de depresión infantil relacionado con puntuaciones bajas en escalas de autoconcepto (Raffo, 1994, p. 231). Estudios realizados sobre la sintomatología depresiva con ideación suicida y su relación con el autoconcepto en población infantil (Chávez et al., 2017, p. 511).

Un estudio que se realizó en una comunidad de estudiantes universitarios de educación privada se registró una relación inversa entre autoconcepto y síntomas depresivos, lo que demostró que el aspecto emocional influye sobre la autoperspectiva (Bartra, Guerra y Carranza, 2016, p. 66). La conclusión en común entre dichos estudios fue, que el autoconcepto está asociado de manera intrínseca con la manifestación de sintomatología depresiva y sus consecuencias en varios estatutos poblacionales.

La mayoría de temas revisados toman en cuenta a dos de las tres variables que se han propuesto en ésta investigación, es decir, apego, autoconcepto y depresión. Los estudios mayoritariamente toman en cuenta a la población adolescente e infantil (González y Méndez, 2006, p.13; Raffo, 1994, p. 231; Chávez et al., 2017, p. 511) y en los pocos estudios que toman en cuenta a la población adulta se han dedicado a la investigación de población femenina particularmente, varios dedican sus estudios a mujeres que han atravesado un episodio depresivo durante el embarazo o después del mismo y cómo éste ha influido en el estilo de apego de sus hijos (Garrido et al., 2015, pp. 291-292; Quezada y Santelices, 2009, p. 54; Olhaberry et al., 2013, p. 257). También se ha podido evidenciar la falta de estudios realizados en población adulta en condiciones de hospitalización, por lo tanto, el aporte de la investigación propuesta tomará en cuenta este tipo de población particularmente y se pretende profundizar en el tema, tomando en cuenta la importancia del estilo de apego en los individuos cuya influencia sobre el autoconcepto de los mismos puede establecer una relación intrínseca con el apareamiento de sintomatología depresiva.

Con la realización de la siguiente investigación se propone ayudar al personal de la salud mental a la comprensión de la influencia del vínculo parental y su relevancia sobre la autoperspectiva en individuos diagnosticados con alguna

patología depresiva. A su vez, el estudio brinda la oportunidad de profundizar en el tema de la etiopatogenia de los trastornos depresivos ya que trabaja con población específica, contribuyendo a su mejor entendimiento. Además, se pretende fomentar el uso de medidas terapéuticas psicológicas más adecuadas para los individuos diagnosticados con trastornos depresivos, como, por ejemplo, el uso de terapia dialéctico-conductual, acompañado de psicometría, para fomentar el reconocimiento adecuado del tipo de apego del individuo, lo cual contribuiría a la decisión terapéutica, ya que se demostraría que es un factor importante dentro de la patología depresiva y en la construcción del autoconcepto del individuo hospitalizado, por lo tanto, debería tomarse en cuenta en el procedimiento terapéutico.

3. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre las dimensiones del autoconcepto y los tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión?

4. Objetivos.

4.1. Objetivo General.

Analizar las dimensiones del autoconcepto según los tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

4.2. Objetivos Específicos.

4.2.1. Definir los tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

4.2.2. Definir las dimensiones del autoconcepto en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

4.2.3. Comparar las dimensiones del autoconcepto según el tipo de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

5. Marco teórico.

5.1. Apego.

Evidentemente, el apego es uno de los elementos más importantes a la hora de hablar del desarrollo humano. En los años cincuenta la corriente psicoanalítica se refirió al apego como aquel vínculo entre individuos necesario para reducir ciertos impulsos, como por ejemplo el hambre y el sexo, refiriéndose así a los impulsos primarios, y a los secundarios, hacía referencia a las relaciones personales de dependencia (Bowlby, 2014, p.127). En la misma época la etología también aportó a la conceptualización del apego, ya que, por medio de métodos de observación, se identificó que las aves al nacer tenían fuertes vínculos con la figura materna por el hecho de que se encontraban expuestos constantemente a la misma y se familiarizaban con ella, concepto que iba más allá del aspecto de supervivencia propuesto por el psicoanálisis (Bowlby, 2014, p.127).

En función de lo planteado, Bowlby, desde la perspectiva evolutiva, definió al apego como, una tendencia que tienen los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con otro individuo con el cual se mantiene cercanía y es considerado como una figura más sabia y más fuerte (Bowlby, 2014, p. 126). El rol de la figura de apego consiste en responder adecuadamente a las necesidades del niño prestando atención a sus cuidados de forma eficiente, y también, consiste en intervenir en la vida del sujeto vinculante cuando éste

presente conductas poco estables o desadaptativas, es decir, tiene una función correctora y protectora (Bowlby, 2014, p. 130).

Además, se identificaron varias características a las que obedece el apego en los individuos antes, durante y después de su establecimiento (Bowlby, 2014, p. 128). Éstas son: “especificidad”, apego dirigido hacia uno o algunos sujetos determinados, normalmente son elegidos por orden de preferencia del niño; “duración”, es persistente en gran parte del ciclo vital del sujeto; “emociones”, se derivan fuertes e intensas emociones durante el establecimiento del vínculo parental; “ontogenia”, el apego desarrolla patrones comportamentales durante los primeros nueve meses de vida del individuo; “aprendizaje”, el desarrollo del apego contribuye a la identificación de lo familiar y lo extraño; y, por último, “organización”, los patrones comportamentales de apego se basan en respuestas organizadas y sencillas con la figura vinculante (Bowlby, 2014, pp. 128-130).

En consecuencia, también se identificaron tres tipos de apego, cada uno depende de la relación vincular establecida con la figura materna.

- Apego seguro: hace referencia a esa figura materna presente en la vida del individuo, la cual se la percibe como cariñosa y presta a solventar las necesidades, proporcionándole de esa manera una base segura al niño en la cual refugiarse donde pueda volver cada vez que la necesite (Bowlby, 2014, p. 130).
- Apego ansioso: hace referencia a una madre que presenta conductas de rechazo, continuas amenazas de abandono supuestamente con fines disciplinarios, autoritaria, no responde adecuadamente a las necesidades del niño provocando en él constante angustia (Bowlby, 2014, p. 134).

- Apego inseguro-evitativo: hace referencia a una figura materna que ejerce presión sobre el niño estimulando un sentimiento de responsabilidad hacia otros (Bowlby, 2014, p. 135). Como consecuencia, se convierte en un individuo que experimenta ira, sentimientos de culpa y resentimiento inconsciente ya que, aunque es originado por la figura de apego es proyectado sobre otro individuo en la vida adulta, como esposa/o, hijos/as, etc., (Bowlby, 2014, p. 135). Sujetos con apego inseguro-evitativo suelen ser individuos desconfiados, por lo tanto, rechazan constantemente y evitan el relacionamiento estrecho con otros, en situaciones bajo presión y estrés tienden a desarrollar herramientas de afrontamiento desadaptativas (Bowlby, 2014, p. 135).

En igual forma, Bowlby junto con los científicos partidarios del apego mencionaron que a partir de la teoría propuesta se podría atribuir cierto origen a las patologías mentales debido a las desviaciones del desarrollo de la vinculación del apego con la figura parental (Bowlby, 2014, p. 126). Del mismo modo, Bowlby se dio cuenta que a pesar de que los estilos de apego podían ser universales, el comportamiento de los individuos era diferente, por lo tanto, identificó la existencia de esquemas creados a partir de las relaciones con los otros que permiten crear una concepción del sí mismo propio del individuo (Bowlby, 1998, p. 336). A partir de tal concepción, actualmente existen varios estudios que apoyan la relación entre el apego y el autoconcepto de los individuos, ya que la representación que tiene cada niño respecto a su figura de apego influye en las características psicosociales del mismo y, a su vez, permiten pronosticar efectos en el bienestar psíquico (Torres y Rodrigo, 2014, pp. 274-276).

5.2. Autoconcepto.

En lo que se refiere a autoconcepto, la literatura menciona que es un término discutido por varios autores, razón por la cual no se establece un origen claro. La fenomenología hace referencia al autoconcepto como las conductas influenciadas por el pasado del individuo y también por sus experiencias, además de la existencia de significantes personales que cada uno le atribuye a las mismas (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976, p. 420). Actualmente el autoconcepto, desde la perspectiva del aprendizaje, es concebido como, el conocimiento y la percepción que tiene el individuo de sí mismo y de los demás en su entorno, a partir del cual tiende a sentir, pensar y comportarse (Shavelson et al., 1976, p. 411).

En la actualidad, el modelo más aceptado respecto al autoconcepto, es aquel que lo concibe como un modelo jerárquico y multidimensional, ya que se menciona que existe un autoconcepto general y dentro del cual se ubican otros tipos de autoconcepto más específicos, lo divide en dos tipos, el autoconcepto académico y el autoconcepto no académico (Shavelson et al., 1976, p. 410).

- Autoconcepto Académico: está constituido inicialmente por los aspectos relacionados a la educación del sujeto, como el rendimiento escolar, las responsabilidades en cuanto a tareas y cumplimiento de obligaciones, es decir, el sentimiento de capacidad propia de autorrealización (Shavelson et al., 1976, p. 412). Sin embargo, en la vida adulta el autoconcepto académico hace referencia al grado de percepción de estima social, el ajuste psicosocial, la responsabilidad y el liderazgo (Shavelson et al., 1976, p. 412).

- Autoconcepto No Académico: hace referencia a todas las cualidades que son percibidas y construidas por el sujeto a través de sus propias

experiencias transitadas fuera del aspecto académico (Shavelson et al., 1976, p. 413). Éste, a su vez, se encuentra dividido en:

- Autoconcepto Social y Familiar: éste se forma desde los primeros meses de vida particularmente con los individuos más cercanos al niño, el desarrollo óptimo de ésta dimensión del autoconcepto está vinculado al afecto de sus seres queridos inmediatos, hace referencia a la autopercepción de las habilidades sociales en el campo social y familiar (Shavelson, et al., 1976, p. 413).
- Autoconcepto físico: hace referencia a la autopercepción de los componentes físicos del propio sujeto, como los atributos físicos positivamente o negativamente valorados por sí mismo y por los que lo rodean (Shavelson, et al., 1976, p. 413).
- Autoconcepto emocional: hace referencia a la autopercepción de la autonomía, las cualidades personales, los valores, las emociones propias y la autorrealización (Shavelson, et al., 1976, p. 413).

Por su parte, el autoconcepto de forma general es identificado como el factor que facilita la adaptación personal y social, además, es considerado como el elemento indispensable en la madurez psicológica y en el bienestar personal, por lo tanto, es un factor elemental en los sujetos y su peso recae en su adecuada construcción (Goñi, Esnaola, Rodríguez y Camino, 2015, p. 53). El bienestar psicológico es un aspecto muy importante en el desarrollo de los individuos y ha sido tomado en cuenta en varios estudios de las últimas décadas ya que se encuentra relacionado con la satisfacción personal, la calidad de vida y la autorrealización (Goñi, Esnaola, Rodríguez y Camino, 2015, p. 53). La satisfacción personal es un indicador del bienestar psicológico, refleja la valoración positiva que le damos a la vida y los logros alcanzados, el peso del autoconcepto recae sobre el reconocimiento de la capacidad propia

de llegar a alcanzar tales elementos del bienestar psicológico (Goñi, Esnaola, Rodríguez y Camino, 2015, p. 56).

Como se afirma, el autoconcepto se refiere a la autopercepción del individuo, lo cual permite comprender su entorno y actuar en el mismo de manera adecuada, por lo tanto, influye en la capacidad adaptativa, el bienestar, y las relaciones sociales (Chávez et al., 2017, p. 504). Estudios demuestran que existe una relación entre el autoconcepto, calidad de vida y bienestar emocional, por lo tanto, un autoconcepto positivo tiende a proteger a los individuos de la presencia de sintomatología depresiva y sus consecuencias, ya que la autopercepción positiva permite que el individuo enfrente situaciones negativas de manera más adaptativa (Grace y Toukhsati, 2014, p. 13).

En lo concerniente a la depresión, en la antigua Grecia era concebida como la presencia de melancolía en los individuos, caracterizada por tristeza, abatimiento, pesadez y deseos de morir, y se encontraba rondando en el individuo como una especie de bilis negra en exceso, ya que, gracias a Hipócrates, se concebía que los humores del individuo se encontraban en desequilibrio (Benavidez, 2017, p. 177). En la Época Medieval la melancolía era vista como un elemento incapacitante que bloqueaba al individuo de su racionalidad, incluso se aseguraba que era producto de una posesión demoníaca como consecuencia o castigo de un acto pecaminoso previamente realizado (Benavidez, 2017, p. 177). Durante el renacimiento, se le atribuye un aspecto más médico al término, dándole un origen orgánico a la sintomatología depresiva, un siglo después, se da paso a la utilización de la clasificación según la psicopatología depresiva, por lo tanto, se hace uso de un criterio categorial, el cual es empleado actualmente tanto en el ámbito psiquiátrico como en el psicológico (Benavidez, 2017, p. 179).

5.3. Depresión.

Actualmente, la depresión es concebida como un trastorno que afecta el ánimo del individuo; causando tristeza, irritabilidad, sensación de vacío constante, pérdida de interés para realizar actividades cotidianas, fatiga, alteraciones del sueño, sentimientos de culpa o de desesperanza y disminución en la concentración (American Psychiatric Association, 2014, p. 155). Los trastornos depresivos actualmente son, el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, trastorno de depresión mayor, distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a una afección médica y trastornos depresivos no especificados (American Psychiatric Association, 2014, p. 155).

Además, existen dos calificativos predominantes para identificar a la depresión debido a los factores detonantes de la misma, los cuales pueden aportar a tomar mejores decisiones terapéuticas una vez que hayan sido identificados (Benavidez, 2017, p. 179). Cuando se adhiere el calificativo endógeno a la patología depresiva, se hace referencia a aquellos factores genéticos relacionados a la predisposición de padecerla, y, cuando se adhiere el calificativo exógeno, hace referencia a aquellos factores del contexto del sujeto que desencadenaron la patología, sin embargo, actualmente se conoce que ambas perspectivas son válidas y se complementan entre sí (Benavidez, 2017, p. 179).

Cabe mencionar que, uno de los investigadores más asiduos sobre depresión ha sido el psiquiatra Aaron Beck; el cual, desde la perspectiva cognitiva, da una explicación al funcionamiento psicológico cognitivo de los individuos que padecen el trastorno depresivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010, p. 18). Beck propone un modelo cognitivo constituido por una triada

cognitiva conformada por: visión negativa de sí mismo, del futuro y del entorno, esquemas y errores cognitivos (Beck et al., 2010, p. 19).

En tal sentido, la triada cognitiva hace referencia a tres patrones cognitivos elementales. El primer patrón se relaciona con la consideración que tiene el sujeto sobre sí mismo. Tiende a crear un sesgo autodesvalorizante, tanto en aspectos psíquicos, físicos e incluso morales; lo cual trae como consecuencia la identificación del sujeto con la incapacidad de experimentar felicidad (Beck et al., 2010, p. 20). El segundo elemento, se refiere a la manera en la que el individuo considera su futuro, tiene una visión catastrófica de sus planes, ya que suele interpretarlos como un inminente fracaso (Beck et al., 2010, p. 20). Y, por último, el tercer elemento hace referencia a la inclinación del sujeto a interpretar sus experiencias como negativas, ya que califica a las demandas de su contexto, como inalcanzables e insuperables (Beck et al., 2010, p. 20).

Por otro lado, los esquemas hacen referencia a la organización de la estructura del pensamiento depresivo; es decir, aquellos pensamientos que mantienen las actitudes depresivas y contraproducentes en el individuo, incluso ante la evidencia de la existencia de aspectos positivos en su vida (Beck et al., p. 21). Los esquemas modulan como una persona interpreta las experiencias y las convierte en cogniciones, éstos pueden estar inactivos durante largo tiempo, sin embargo, basta de un elemento disparador para que sean activados nuevamente, ya sean factores exógenos o endógenos. Los mismos pueden activar conceptualizaciones distorsionadas de la situación experimentada, que se vuelven cada vez más activos en el pensamiento del sujeto cada vez que son evocados. Es decir, se activan pensamientos rumiativos que fortalecen los esquemas que tienden a mantener el estado del sujeto (Beck et al., 2010, pp. 21-22).

Así mismo, en cuanto a los errores en el procesamiento de la información, se refieren a aquellos pensamientos que tienden a mantener la creencia de la validez de sus conceptualizaciones negativas (Beck et al., 2010, p. 22). Los elementos de los errores cognitivos son: “inferencia arbitraria”, hace referencia al hecho de sacar conclusiones predeterminadas a pesar de la ausencia de evidencia; “abstracción selectiva”, basar toda la experiencia en un detalle extraído fuera de contexto; “generalización excesiva”, creación de una regla general con contenido negativo aplicada a toda situación; “maximización y minimización”, distorsiones cognitivas que son elaboradas a partir de la interpretación del hecho; “personalización”, tendencia que tiene el sujeto de atribuirse la culpa de varias situaciones incluso inconexas; y, por último, “pensamiento absolutista dicotómico”, tendencia a clasificar todo aspecto como negativo o positivo, es decir, pensamiento polarizado (Beck et al., 2010, pp. 22-23).

No obstante, en el presente estudio, se hará hincapié sobre los esquemas ya que son aquellas actitudes y pensamientos que tienden a mantener la visión negativa en el sujeto, una característica fundamental es la autocomparación negativa con los demás que mantiene la visión negativa hacia sí mismo, dando como resultado un autoconcepto negativo, es decir, una perspectiva del sí mismo desvalorizante (Beck et al., 2010, p. 315). La autocomparación negativa puede ser un factor evidenciado en terapia como un elemento contraproducente o beneficioso, si se pretende realizar una intervención grupal, los participantes tienden a autocompararse negativamente con los demás, esto puede interpretarse de forma positiva ya que es una gran oportunidad para que el profesional identifique patrones cognitivos idiosincráticos inadecuados que en un proceso individual no hubiesen emergido, sin embargo, puede interpretarse de forma negativa, ya que los sujetos pueden presentar un retroceso en su proceso terapéutico calificándose como menos capaces que los demás para mejorar (Beck et al., 2010, p. 316).

Ahora bien, actualmente el origen de la sintomatología depresiva en los individuos es un tema muy discutido mundialmente, ya que existen varios factores que podrían desencadenar su presencia, sin embargo, una de las hipótesis hace referencia a la influencia del apego como predisponente de la depresión (González y Méndez, 2006, p. 8). La relación de apego constituiría la base para la construcción de esquemas representacionales de las relaciones interpersonales y de sí mismo, los cuales se mantendrán a lo largo de la vida del individuo, por lo tanto, cuando el apego del sujeto no es el adecuado tiende a tener una visión negativa de sí mismo y de cómo es percibido por los demás, lo cual puede predisponer la presencia de sintomatología depresiva en el mismo (Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017, p. 286).

6. Hipótesis.

El tipo de investigación a realizar es de tipo cuantitativo, por lo tanto, resulta importante la elaboración de hipótesis que sirvan como guías de estudio, ya que son posibles explicaciones del fenómeno en cuestión. Es importante mencionar que las hipótesis que se formularán a continuación, pueden ser o no verdaderas, ya que se pondrán a prueba sus afirmaciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 103).

Primer objetivo específico:

Definir los tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

- **Hipótesis 1:**

El tipo de apego de pacientes adultos hospitalizados con depresión mayoritariamente es el tipo de apego ansioso y el tipo de apego inseguro-evitativo,

ya que existen estudios previos que demuestran la incidencia de tales tipos de apego en los individuos mencionados (Rizos, 2017, p. 34).

Variable categórica: Apego.

Segundo objetivo específico:

Definir las dimensiones del autoconcepto en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

- **Hipótesis 2:**

Las dimensiones del autoconcepto presentan puntuaciones bajas en individuos adultos hospitalizados con depresión.

Es común que los sujetos con sintomatología depresiva no se sientan valorados adecuadamente por los individuos en su entorno lo que causa y/o empeora su estado emocional y su autovaloración física personal, y a su vez, tiene influencia en su desempeño laboral.

Variable categórica: Dimensiones del autoconcepto.

Tercer objetivo específico:

Comparar las dimensiones del autoconcepto según el tipo de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión.

- **Hipótesis 3:**

Los pacientes adultos hospitalizados con depresión presentan tipos de apego ansioso o inseguro-evitativo, lo cual guarda relación con puntuaciones bajas en las dimensiones del autoconcepto (social, familiar, académico/laboral, física y emocional).

Se toma en cuenta que a medida que se cataloga un estilo de apego entre más funcional o menos funcional se registra un nivel de autoconcepto bajo o más bajo. Se asume que la variable dependiente son las dimensiones del autoconcepto y la variable independiente son los tipos de apego en los individuos ya mencionados.

Variables categóricas: Apego y dimensiones del autoconcepto.

7. Metodología de estudio.

7.1. Enfoque, alcance y diseño.

El enfoque de la investigación es cuantitativo, el objetivo es medir las variables y comprobar hipótesis (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 4). Es pertinente, ya que se pretende encontrar una relación entre las variables, autoconcepto y apego, y comprobar las premisas planteadas. El alcance será descriptivo, pretende obtener información de las variables sin relacionarlas, es pertinente porque se propone describir los tipos de apego y las dimensiones del autoconcepto de los individuos; también es correlacional, cuyo objetivo es entender la relación entre dos o más variables, es pertinente porque se pretende establecer una relación entre los tipos de apego y las dimensiones del autoconcepto (Hernández et al., 2014, pp. 92-93). El diseño se refiere a la estrategia de recolección de datos, se hará uso de un diseño no experimental, ya que no se manipularán variables (Hernández et al., 2014, p. 152). Es pertinente, se pretende medir las variables de autoconcepto y apego de manera natural. Se utilizará el diseño no experimental de tipo transversal, ya que se recolectará información en un solo momento dado (Hernández et al., 2014, p. 154). El autoconcepto y el apego se medirán en etapa adulta donde su proceso de construcción está completo.

7.2. Muestreo.

La población estará compuesta por todos los pacientes adultos ecuatorianos hospitalizados en Quito con un trastorno depresivo. Según el “Anuario de egresos hospitalarios del año 2017”, existieron 136 individuos de la población descrita en la provincia de Pichincha (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017, p. 1). El número exacto del tamaño de la muestra no se definirá con antelación para la realización de esta investigación, ya que se tomará en cuenta el número de casos disponibles que cumplan con los criterios de inclusión en cada institución mental. Se usará el tipo de muestreo no probabilístico, la elección dependerá del investigador, el muestreo será por conveniencia, se elegirán individuos a los cuales se tendrá fácil acceso (Hernández et al., 2014, p. 390). Es pertinente, ya que la muestra se encuentra en varios hospitales psiquiátricos donde el investigador tomará en cuenta la unidad de análisis disponible por conveniencia.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de posibles participantes para el estudio.

| Criterios de inclusión. | Criterios de exclusión. |
|--------------------------------|--|
| Individuos entre 18 a 65 años. | Diagnóstico de patología dual. (*Los hábitos de consumo patológicos no son una variable tomada en cuenta para el estudio actual, por lo tanto, se descartarán los individuos que posean algún tipo de adicción más un trastorno depresivo. Hábitos de consumo se verificarán según historia clínica). |

| | |
|---|---|
| Internados en un hospital de salud mental en Quito. | Diagnosticados en episodio depresivo de un trastorno afectivo bipolar. (*Trastorno bipolar no pertenece a la investigación). |
| Diagnosticados con un trastorno depresivo. | Diagnosticados de algún trastorno depresivo causado por alguna afección orgánica. |
| Nacionalidad ecuatoriana. | (*Una causa orgánica es un factor externo que determina la condición, no es natural, por tanto, puede causar interferencia con las variables) |

Nota. * = Razón por la cual se excluyen los sujetos.

7.3. Herramientas.

Es importante entregar un consentimiento informado al participante para dejar constancia de su colaboración voluntaria, se informa sobre el objetivo de investigación, procedimiento, riesgos, confidencialidad, derechos como participante e información de contacto del investigador. Se utilizará un cuestionario sociodemográfico cuyos datos serán: fecha de aplicación, fecha de nacimiento, edad, fecha y diagnóstico del primer internamiento, fecha y diagnóstico del internamiento actual, número de internamientos previos, escala tipo Likert de hábitos de consumo según frecuencia, para descartar una patología dual, antecedentes de traumatismo craneoencefálico y otras enfermedades médicas diagnosticadas, para descartar una afección orgánica. Se utilizará una hoja de variables clínicas para poder confirmar la información que el paciente ha brindado en el cuestionario sociodemográfico, confirmar edad, fechas y diagnósticos de internamientos previos, fecha y diagnóstico de internamiento actual e historia clínica de antecedentes médicos.

El apego se medirá de acuerdo al “Cuestionario de apego adulto” creado en 2008 por Remedios Melero y María José Cantero, cuyo estudio tomó en cuenta población adulta española (Melero y Cantero, 2008, p. 99). El objetivo del test ya mencionado es establecer el tipo de apego según las características del sujeto, mide 3 tipos de apego divididos en 4 categorías: apego temeroso/ hostil y apego alejado, que da lugar al apego inseguro-evitativo; apego preocupado, que da lugar al apego ansioso; y apego seguro. La validez del test por análisis de varianza resultó en un 40% de varianza total, resultado satisfactorio, y la confiabilidad del test según alfas de Cronbach oscila entre 0,68 a 0,86, bastante confiable (Melero y Cantero, 2008, pp. 88-97). Variable cuantitativa categórica. Cabe mencionar que al ser un cuestionario que hace uso de baremos de población española para su interpretación, lo que se propone es realizar una adaptación lingüística del cuestionario, bajo comité de expertos, aplicarlo en un proyecto piloto y someter los resultados a un análisis de propiedades psicométricas para corroborar que la validez y confiabilidad sean fieles al cuestionario original (detalles en el informe de pre-validación de los instrumentos en el apartado de anexos).

El autoconcepto se medirá con la escala “Autoconcepto Forma 5” creado en 1999 por García y Musitu, la escala ha sido validada en varios tipos de población, sin embargo, se tomará en cuenta para esta investigación un estudio que hace uso de población adulta peruana (Bustos, Oliver y Galiana, 2015, p. 691). El objetivo del test es medir las dimensiones del autoconcepto (social, emocional, físico, académico/laboral y familiar), los resultados se interpretarán de acuerdo a la puntuación directa que ubicará en categorías al autoconcepto, bajo, medio o alto (Salum, Marín y Reyes, 2011, p. 260). La fiabilidad del test oscila entre alfas de Cronbach de 0,73 a 0,82, bastante confiable, y la validez oscila entre 0,21 a 0,84, satisfactorio (Bustos et al., 2015, pp. 693-694). Variable cuantitativa categórica.

7.4. Procedimiento.

Escoger los hospitales de salud mental de los cuales obtener la muestra, contactar a sus directores y pactar una reunión introductoria, obtener permisos correspondientes de las autoridades del hospital, pedir una lista actualizada de pacientes con su respectivo diagnóstico y edad, solicitar cronograma de actividades de los pacientes para poder evaluar en tiempos libres, preparar baterías de pruebas de acuerdo al posible número de evaluaciones a realizar, dirigirse a las instituciones y localizar al paciente, informar al paciente sobre la investigación y tiempo estimado de evaluación (10 minutos), firmar consentimiento informado en caso de aceptar participación y entregar una copia del mismo, llenar hoja de datos sociodemográficos para verificar si entra a la muestra, entregar la batería ya que es un plan de aplicación individual, corroborar información en la hoja de variables clínicas con el sistema de la institución, tabular resultados, realizar análisis y reporte de datos.

7.5. Análisis de datos.

La ciencia no solo se dedica a la recolección de datos tangibles, va mucho más allá, el análisis e interpretación de tales datos permite ofrecer un entendimiento más profundo que permite establecer modelos probabilísticos que puedan predecir un resultado (Galindo, 2015, p. 1). La primera hipótesis afirma que los pacientes adultos hospitalizados con depresión tienen apego ansioso o apego inseguro-avoidante, la medición de variables es categórica, por lo tanto, se usará estadística descriptiva, ya que se pretende describir los datos sin inferir más allá de ellos, según distribución de frecuencias ya que el objetivo es ordenar las puntuaciones según la categoría del tipo de apego (Galindo,

2015, pp. 1-2). El programa para analizar los datos será el STATA (StataCorp, 2017). La segunda hipótesis afirma que los pacientes adultos hospitalizados con depresión tienen puntuaciones bajas en las dimensiones del autoconcepto, la medición es categórica, también se utilizaría estadística descriptiva, ya que se pretende de igual manera describir los datos sin factores adicionales, según distribución de frecuencias, ya que el objetivo es ordenar las puntuaciones según categoría del autoconcepto y su dimensión (Galindo, 2015, pp. 1-2). Se utilizará el STATA para análisis de datos (StataCorp, 2017). La tercera hipótesis afirma que existe una relación entre el tipo de apego y las dimensiones del autoconcepto en tales individuos, se utilizará estadística inferencial de independencia, ya que se pretende establecer una hipótesis nula que caiga en zona de rechazo, lo cual demostraría lo contrario, es decir, la existencia de dependencia entre las variables y para verificarla se usará análisis de datos según Chi cuadrado, el cual es la demostración de resultados a partir de tablas de contingencia, ya que son tablas de frecuencias de doble ingreso donde los resultados del cruce de filas y columnas representaran los elementos contenidos en ambas variantes (Galindo, 2015, pp. 284-285). El programa para analizar los datos será el STATA (StataCorp, 2017).

8. Viabilidad.

La presente investigación puede llevarse a cabo ya que al ser un estudio no probabilístico por conveniencia se puede recoger la muestra poblacional en el menor tiempo posible, ya que el número adecuado de la muestra será especificada a criterio del experto investigador, de acuerdo a la disponibilidad de casos, que cumplan con los criterios de inclusión, en las instituciones de salud mental elegidas. En cuanto a recursos financieros, el monto de financiamiento del proyecto es muy poco significativo ya que solo se necesitaría cubrir gastos de impresión y transporte; en cuanto a recursos

humanos, no se necesitan varios evaluadores ni personal para base de datos, basta con uno, ya que el tiempo de evaluación es muy corto y su transcripción igual, y, en cuanto a recursos materiales, las baterías, esferos, sobres y ordenador, son artículos fáciles de conseguir.

El acceso al grupo de estudio es factible ya que el proyecto propone un modelo de evaluación nada invasivo e incluso con una temporalidad muy corta, por lo tanto, no representa un perjuicio para los pacientes, además, los resultados esperados representan beneficios para la propia institución de salud mental donde se encontrarían internos los pacientes, ya que se socializarán los resultados en un informe final, lo cual enriquecerá el trabajo en el área de psicología de la institución. La Universidad de las Américas cuenta con una amplia gama de profesionales en salud mental aptos para guiar la realización del proyecto, por lo tanto, si existe la disponibilidad de un tutor académico.

Se podría recomendar trabajar con al menos tres instituciones de salud mental, o más de ser posible. También se recomienda tomar en cuenta el estilo de apego desorganizado para futuras investigaciones ya que podría enriquecer el proceso investigativo y sus resultados. Se recomienda tomar en cuenta la temporalidad del trastorno depresivo en el sujeto, ya sea crónico, recurrente o se haya presentado solo un episodio para corroborar si los resultados reflejan diferencias. Finalmente, se sugiere que, para poder ampliar la muestra poblacional, se tome en cuenta también a sujetos con patología depresiva que asisten a consulta de forma ambulatoria.

9. Aspectos éticos.

9.1. Importancia de un consentimiento informado.

La investigación propuesta hará uso de un documento denominado “consentimiento informado”, debido al hecho de que se recolectará información personal de cada participante, además, se debe dejar constancia de que su participación es completamente voluntaria. Se adjunta como anexo 1 el modelo de consentimiento informado.

9.2. Tratamiento de la información.

Se asignará un código a cada participante, para evitar el uso de nombres y apellidos y facilitar el anonimato. Cada batería de pruebas tendrá un código, tanto en el sobre que las contiene como en cada hoja, para evitar la confusión de información, los resultados de cada batería serán digitalizados en una base de datos encriptada que utilizará un programa para ocultar archivos en el ordenador y solo podrán ser visualizados bajo una clave de seguridad que será de absoluto conocimiento solo para el investigador a cargo. En cuanto al manejo de baterías llenadas a mano por los participantes, se procederá a separar el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y la hoja de variables clínicas de las demás pruebas que conforman la batería en su totalidad, y serán almacenadas y guardadas bajo llave en un archivero en la oficina del departamento de investigación. Cabe recalcar que los resultados de la investigación no serán analizados de forma individual, sino que serán analizados de manera general, conservando así la confidencialidad, ésta puede romperse en estos tres únicos casos: cuando se determina que el individuo es peligroso para sí mismo, para otros o en caso de que un juez solicite la información.

9.3. Autorreflexividad.

El tema que se ha propuesto a estudiar surgió a partir de una duda que se tuvo al momento de realizar las prácticas pre-profesionales, donde se tuvo la oportunidad de trabajar con varios pacientes con depresión, a los cuales se debía siempre realizar una exploración profunda para elaborar su historia clínica y evaluar su estado mental, lo que arrojó cierta coincidencia entre casos y llamó mucho la atención, y es que, ninguno de los pacientes mencionaban haber tenido una relación satisfactoria con sus padres, incluso varios mencionaban que, de hecho, los causantes de su patología eran ellos. Razón por la cual la curiosidad científica de los investigadores elaboró una hipótesis explicativa al respecto, la cual fue plasmada en la presente investigación.

9.4. Consecuencias de la investigación.

Los riesgos de mi investigación para los participantes, primeramente, puede ser que los resultados de mi investigación reconozcan que existe cierta influencia parental en la patología de los individuos, por lo tanto, dicha información puede tener una carga emocional significativa para el paciente causando perjuicio psicológico; para contrarrestarlo, se podría alertar previamente a los profesionales para que puedan abordar el tema de mejor manera. Otra consecuencia con el manejo de información pueda ser que la privacidad de los participantes sea violada, debido a un error y como consecuencia sus datos personales sean difundidos abiertamente; para contrarrestarlo, se propone encriptar todo archivo confidencial de manera que la clave de seguridad sea conocida por una sola persona (investigador a cargo).

Los riesgos para la comunidad científica pueden ser, que los resultados de la investigación fuesen manipulados para dar con las hipótesis planteadas, de manera que la información presentada fuese falsa y su trabajo con la misma

también, por lo tanto, se produzca desconfianza en el campo de la investigación en salud mental; para contrarrestarlo, se podría someter los resultados de la investigación a un análisis previo realizado por un comité de ética. Como consecuencia en la sociedad, los resultados tergiversados pueden dar lugar a tratamientos erróneos con pacientes con depresión empeorando el curso de la patología y obteniendo consecuencias dolorosas; para contrarrestarlo, se propone el análisis previo tanto en la recolección de datos, es decir, en las baterías, como en el análisis de datos final para obtener resultados verídicos.

9.5. Devolución de resultados.

La devolución de resultados consiste en la realización de un informe con los resultados finales recabados del análisis total de las baterías recolectadas. El informe mencionado será socializado con las instituciones de salud mental a las que se recurrió para la recolección de la muestra, y también, se pretende socializar el informe final con la Escuela de Psicología para su beneficio.

9.6. Autorización para uso de los instrumentos.

La autorización para el uso de los test se realizaría por medio del envío de una carta a los autores. Para el uso del “Cuestionario de apego adulto” se envió una carta a las autoras Remedios Melero y María José Cantero solicitando permiso para el uso de su cuestionario, para lo cual, respondieron con una afirmación positiva al respecto (revisar anexos). Para el uso de la escala “Autoconcepto Forma 5” se envió una carta a los autores Fernando García y Gonzalo Musitu, y a la Editorial TEA Ediciones, ya que es la compañía que posee los derechos la propiedad intelectual de los autores mencionados.

9.7. Derechos de autor.

Según el Reglamento de titulación de la Universidad de las Américas en el literal Nro. 13, sobre propiedad intelectual, se especifica que los derechos de autor de los trabajos de titulación pertenecerán a la Universidad. En el caso de que él o la estudiante necesite solicitar la propiedad intelectual de su trabajo de titulación debe realizarlo directamente con el Decano o Decana de su facultad o escuela, el cual dirigirá la solicitud a las autoridades correspondientes.

10. Análisis de estrategias de intervención.

La salud mental en el Ecuador ha sido relegada a segundo plano, por diversos temas de interés político, los cuales no se profundizarán, sin embargo, las consecuencias de las decisiones de los gobiernos ecuatorianos han sido sumamente significativas para la salud mental en el Ecuador, ya que mucha información relevante, correspondiente a la realidad de las enfermedades mentales, su prevalencia e intervención, es casi inexistente. Según un manual de atención primaria en salud mental en el Ecuador, se ha identificado a la depresión como la pandemia del siglo XX, ya que ocupa el segundo lugar en la tabla de demandas de atención en salud mental en los centros de atención pública del Ministerio de Salud (Chávez, Samaniego y Aguilar, 2015, p. 13).

En Ecuador, la depresión suele ser tratada sobre la base de un abordaje psicoterapéutico conjunto con la aplicación de un esquema farmacológico, se menciona el hecho de que se debe conocer el contexto en el cual el individuo se desarrolla para poder realizar un acompañamiento adecuado, ya que se considera a la familia como un elemento relevante; por lo tanto, también se realiza un trabajo psicoterapéutico familiar, en algunos casos (Chávez, Samaniego y Aguilar, 2015, p. 29). Para el diagnóstico se recomienda realizar

una exploración profunda para la realización de la anamnesis correspondiente, establecer signos y síntomas, realizar un diagnóstico diferencial, realizar comparación de acuerdo a los criterios CIE-10, escoger el diagnóstico adecuado y su esquema farmacológico (Chávez, Samaniego y Aguilar, 2015, pp. 38-40).

En el aspecto psicológico, según el Manual de Atención Primaria en Salud Mental en el Ecuador, el abordaje terapéutico se puede realizar movilizando los recursos psicológicos y recursos sociales (Chávez, Samaniego y Aguilar, 2015, p. 50). Se hace mención al uso de psicoterapia específicamente de corte cognitivo-conductual, ya que modifica las distorsiones cognitivas del sujeto con el fin de lograr comportamientos más adaptativos. También menciona la importancia de la psicoterapia de pareja, cuando se identifica que la pareja es un elemento significativo en la patología, y, por último, psicoterapia familiar, ya que el ámbito familiar puede contener algunos factores desencadenantes (Chávez, Samaniego y Aguilar, 2015, p. 55).

La intervención psicoterapéutica en cuanto al apego no está diseminada en el contexto ecuatoriano, por lo tanto, se tomará en cuenta intervenciones en contextos latinoamericanos, el proceso hace hincapié a la importancia del estilo de apego, ya que éste tiende a establecer modelos mentales que construyen y mantienen la percepción del individuo sobre la interpretación de las relaciones sociales a su alrededor; es decir, cuan querido es, cuan valorado es y cuan seguro se siente el sujeto al respecto (Dávila, 2015, p. 123). Así, los tipos de apego darían como resultado lo siguiente: sujetos con apego seguro tendrían relacionamiento con sus pares de forma autónoma; sujetos con apego ansioso tendrían relacionamiento basado en una constante preocupación por abandono; y, sujetos con apego inseguro-evitativo tendrían relacionamiento rechazante con sus pares (Dávila, 2015, p. 124). Se considera al contexto familiar como el aspecto más importante para el desarrollo del apego, a su vez,

éste influye en la construcción de las conductas de relacionamiento con los pares, ya que la dinámica familiar establece las bases del desarrollo social de los individuos (Dávila, 2015, pp. 125-126).

La intervención psicoterapéutica en cuanto al autoconcepto, en contextos latinoamericanos, se centra en la mejoría del mismo, basándose en la premisa de que poseer un autoconcepto positivo fomenta la creencia de las capacidades y competencias personales, favorece el establecimiento de bienestar psíquico en el sujeto y fomenta la realización de actividades conductuales más adaptativas (Ramos, Axpe, Fernández y Jiménez, 2018, p. 2). La perspectiva más aceptada en cuanto al trabajo del autoconcepto es la psicoterapia cognitivo-conductual, ya que se basa en técnicas de reestructuración cognitiva y auto-observación, se entrena la capacidad de resolución de problemas y el desarrollo de habilidades sociales más adaptativas (Ramos et al., 2018, p. 6).

El trabajo de un psicólogo se rige por su especialización, es decir, las técnicas que considera pertinentes a ser usadas en un proceso terapéutico dependiendo el caso que se presente, dependen de la rama de conocimiento psicológico en la cual el profesional ha centrado sus estudios. A partir de ello, se propone el análisis de una estrategia de intervención, tomando en cuenta los enfoques y objetivos de las intervenciones presentadas anteriormente para cada parámetro.

La patología depresiva al ser tratada desde el enfoque cognitivo-conductual ha demostrado resultados muy favorecedores para los individuos, por lo tanto, será tal enfoque el cual se tomará como base de la intervención. Como se ha discutido anteriormente, la construcción del apego tiene un papel relevante en el desarrollo de los individuos; a su vez, éste permite el establecimiento de modelos cognitivos que construirán el autoconcepto de los mismos en base a

las percepciones en su contexto, lo cual podría significar la explicación de la predisposición a padecer una patología depresiva, éstos elementos se encuentran interrelacionados, por lo tanto, se podrían trabajar desde la misma perspectiva.

Se propone hacer uso de una estrategia de intervención psicoterapéutica con base cognitivo-conductual de la siguiente manera: exploración, consiste en evidenciar la experiencia temprana del sujeto, es decir, las experiencias significativas vividas a lo largo de su desarrollo; identificar las creencias centrales en las cuales basa su discurso y, por lo tanto, su proceder; identificar las reglas en las cuales basa su comportamiento; identificar las situaciones desencadenantes que hayan provocado el desenlace de la patología (Ramos et al., 2018, p. 5). A partir de la identificación de las creencias centrales y las reglas de vida, se propone trabajar con los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas que se develen, evidenciando las emociones negativas y reemplazando los comportamientos desadaptativos (Ramos et al., 2018, p. 5).

Para lo consiguiente, se propone hacer uso de técnicas de escritura en el proceso psicoterapéutico cognitivo, ya que, como bien se sabe, la escritura desde el psicoanálisis ha sido considerada como una herramienta importante a la hora de develar sucesos significativos para el sujeto (Roll, 2015, p. 32). La psicoterapia contemporánea hace uso de las técnicas de escritura con el objetivo de analizar los significantes personales del sujeto y sus procesos mentales, tomando en cuenta que la escritura es considerada como un “sistema no automático de expresión”, lo que significa que la expresión escrita protege al sujeto de la impulsividad de la expresión oral (Roll, 2015, pp. 35-36). Las experiencias de la infancia del sujeto contribuyen a la creación de cogniciones automáticas de la percepción de su entorno, de sí mismo y del futuro, por lo tanto, se podría decir que es partir de tales construcciones que

los modelos aprendidos a partir del apego pueden dar lugar a la patología depresiva (Dávila, 2015, p. 127). Las técnicas de escritura actuarían como un canal que facilite la expresión emocional y experiencial, ya que el elemento de la autoconfrontación permite dilucidar con mayor claridad situaciones significativas en la vida del sujeto, lo cual contribuiría a dar paso al reconocimiento de elementos fundamentales en el trabajo psicoterapéutico cognitivo-conductual (Roll, 2015, p. 36).

Además, la intervención cognitivo-conductual puede contribuir al mismo tiempo al trabajo del autoconcepto del individuo ya que a partir del reconocimiento de las creencias centrales y los pensamientos automáticos se puede trabajar en la autopercepción y la influencia del estado emocional en la misma, se puede fomentar la autoaceptación mediante el reconocimiento de fortalezas y debilidades del individuo, modificación de reglas, y, aprendizaje de destrezas sociales más adaptativas (Ramos et al., 2018, p. 6). El trabajo terapéutico individual propuesto tiene un papel relevante a la hora de modificar las cogniciones propias del sujeto, por lo tanto, se trata de un trabajo bastante amplio y específico en cuanto a los parámetros que deben ser tomados en cuenta en el proceso psicoterapéutico (Ramos et al., 2018, pp. 6-8).

Sin embargo, no podemos dejar de lado el contexto en el cual el individuo se ha desarrollado, es decir, el contexto familiar, por lo tanto, el enfoque sistémico es tomado en cuenta para la realización de la intervención psicoterapéutica familiar en conjunto con la individual para mejores resultados. La intervención familiar sistémica se basa en promover la sensibilización conductual de los padres hacia el individuo; identificar los modelos operativos parentales; y, estimular el apoyo social en el contexto familiar (Gómez, Muñoz y Santelices, 2008, p. 244). La intervención sistémica de interacción guiada propone analizar las interacciones de la familia con el “paciente identificado” por medio de la interacción libre, se identifican las secuencias interaccionales

positivas y negativas, se socializan, se modifican patrones poco adaptativos y se fomenta la mejora del vínculo de apego que ha formado el individuo con su familia (Gómez, Muñoz y Santelices, 2008, p. 248).

El rol del psicólogo dentro de ésta intervención consiste en hacer hincapié en la exploración del vínculo de apego del sujeto, de tal manera podrá identificar el tipo de apego establecido, incluso puede hacer uso de herramientas psicométricas como apoyo. Una vez identificado el estilo de apego se debe trabajar con la identificación de las características del autoconcepto del sujeto, igualmente, a más de la exploración correspondiente se puede hacer uso de herramientas psicométricas para conocer el estado de las dimensiones del autoconcepto del sujeto. Desde las intervenciones tempranas se aconseja al profesional que establezca una sólida alianza terapéutica con el sujeto ya que la intervención requiere soporte emocional y sobre todo confianza (Rivadeneira, Minici y Dahab, 2017, p. 2). En el proceso terapéutico el papel del psicólogo se basa en favorecer la elaboración del sujeto con el fin de que éste tenga un papel autónomo dentro de su propio cambio (Rivadeneira, Minici y Dahab, 2017, p. 7). El rol del psicólogo con los padres consiste en promover el rol activo de los mismos en la vida del sujeto, promover el cambio en la dinámica familiar ayuda a develar probablemente factores desencadenantes y mantenedores de la patología (Apesteguy, 2015, p.30).

La aplicabilidad de la intervención analizada anteriormente en el contexto ecuatoriano podría arrojar resultados favorecedores. Una encuesta realizada a los pacientes del centro de psicología aplicada perteneciente a la Universidad Central del Ecuador ubicado en Quito-Ecuador, cuyo enfoque de trabajo es cognitivo conductual, demostró que, casi el 60% de pacientes han presenciado resultados favorables en un proceso terapéutico (Calvopiña, 2011, p. 92). El 96% de los usuarios que han notado mejoría en su tratamiento mencionaron

que el enfoque terapéutico cumple con las expectativas planteadas desde el principio del proceso (Calvopiña, 2011, p. 101). En cuanto al enfoque sistémico, el mismo estudio demuestra que en el Centro Psicológico Salesiano “Emilio Gambirasio” de la Universidad Politécnica Salesiana ubicado en Quito el 71% de usuarios no presentaron quejas con respecto al método de trabajo en su proceso terapéutico, el 89% del total de usuarios sin quejas menciona que ha evidenciado resultados positivos con el enfoque utilizado en su tratamiento (Calvopiña, 2011, pp. 93-100). Esto demuestra que los enfoques analizados en la estrategia de intervención, cognitivo-conductual y sistémico, pueden ser acogidos positivamente en los tratamientos psicológicos de los individuos ya que se auguran resultados positivos.

Las técnicas de escritura son tomadas en cuenta como un puente para la facilitación de identificación de elementos fundamentales para el trabajo cognitivo-conductual, ya que la evidencia científica ha demostrado que la expresión emocional por medio de la escritura produce un efecto positivo en la reelaboración de hechos traumáticos o significativos en el proceso psicoterapéutico (Rolo, 2015, p.34). En el contexto ecuatoriano la capacidad de expresión de sentimientos y emociones de forma directa, clara y concisa se encuentra inhibida, ya que según un estudio la cultura ecuatoriana y sus constructos limitan y privan a los ecuatorianos de la expresión de sentimientos, debido al hecho de que se goza de una cultura masculina, bajo nivel de reconocimiento y alta presencia de colectivismo (Fernández, Zubieta y Páez, 2014, p. 18). Por lo tanto, se propone la utilización de técnicas narrativas que faciliten la exploración y expresión de sentimientos y emociones de los sujetos ya que debido a la carga cultural ecuatoriana éste proceso puede representar un obstáculo para el avance del proceso terapéutico, tomando en cuenta que la estrategia de intervención se basa en la expresión y reconocimiento del sí mismo desde la infancia en su contexto familiar y social.

11.Cronograma.

| Plan tentativo. | | | | | |
|--|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Mes 1. | | | | | |
| Actividades. | Descripción. | Semana 1. | Semana 2. | Semana 3. | Semana 4. |
| Inscripción del plan de tesis. | Inscribir el plan tentativo de tesis a las autoridades. | ✓ | | | |
| Revisión bibliográfica. | Revisión de fuentes de bibliografía con el tutor guía. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Revisión teórico y justificación. | Revisión de la Justificación y Marco Teórico actual en la investigación. | ✓ | | | |
| Ampliación y corrección Justificación. | Tras la revisión se procedería a decidir los aspectos a ampliar del contenido de la justificación, y después se procederá a corregir los errores. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Ampliación teórico. | Tras la revisión se procederá a decidir los aspectos a ampliar del contenido del marco teórico. | | | ✓ | |

| | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Pre-validación de instrumentos cuantitativos. | Se procede a presentar los instrumentos cuantitativos a los tutores guía para que sean validados por los mismos. | | | | ✓ |
| Adaptación lingüística del CAA. | Se procede a realizar la adaptación idiomática del “Cuestionario de Apego Adulto” (CAA) bajo comité de expertos. | | | ✓ | ✓ |
| Aplicación proyecto piloto de CAA. | Se aplicará el CAA adaptado en un muestra poblacional corta para someter resultados a análisis psicométrico. | | | | ✓ |
| Tutorías. | En el primer mes se programarán 3 sesiones con el tutor guía, donde se revisaran las ampliaciones de la justificación y el avance de la ampliación del marco teórico. | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Mes 2. | | | | | |
| | | Semana 1. | Semana 2. | Semana 3. | Semana 4. |
| Revisión | Revisión de fuentes de | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| bibliográfica. | bibliografía con el tutor guía. | | | | |
| Ampliación y corrección MC. | Se procederá a investigar e implementar la ampliación de los aspectos del contenido del marco teórico previamente revisados. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Revisión Metodología. | Se procede a la revisión del contenido de la metodología actual de la investigación. | ✓ | | | |
| Ampliación y corrección metodología. | Tras la revisión, se deciden los aspectos a corregir y ampliar del contenido de la metodología. | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Análisis de propiedades psicométricas de la adaptación del CAA. | Análisis de propiedades psicométricas asesorado por un tutor estadísta metodólogo. | ✓ | | | |
| Aplicación de test sobre apego adaptado (CAA) y escala de autoconcepto (AF5). | Se procede a aplicar los test previamente validados. | | ✓ | ✓ | ✓ |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|---|
| Análisis de contenido (CA y AF5). | Se procede a analizar los resultados del contenido de los test previamente aplicados. | | | | | ✓ |
| Tutorías. | En el segundo mes se programarán 4 sesiones con el tutor guía, en las cuales se supervizarán los resultados y su análisis de las baterías aplicadas, además de revizar la ampliación de la metodología y el avance del marco teórico. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Mes 3. | | | | | | |
| | | Semana 1. | Semana 2. | Semana 3. | Semana 4. | |
| Revisión bibliográfica. | Revisión de fuentes de bibliografía con el tutor guía. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Ampliación y corrección MC. | Se realizan correcciones en cuanto a la ampliación realizada del contenido del marco teórico. | ✓ | | | | |
| Revisión aportes éticos. | Se procederá a revisar el contenido de aportes éticos de la | ✓ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|
| | investigación. | | | | |
| Ampliación y corrección aportes éticos. | Tras la revisión, se deciden los aspectos a ampliar y corregir del contenido de los aportes éticos. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Análisis de contenido (CA y AF5). | Se procede a analizar el contenido de los resultados de los test previamente aplicados. | ✓ | ✓ | | |
| Conclusiones y recomendaciones. | Se procede a realizar las conclusiones y recomendaciones de la investigación. | | | ✓ | ✓ |
| Tutorías. | En el tercer mes se programarán 3 sesiones con el tutor guía, en las cuales se supervizarán los resultados y su análisis de las baterías aplicadas, además de, revisar la ampliación de los aspectos éticos y la culminación de la ampliación de marco teórico. | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Mes 4. | | | | | |
| | | Semana | Semana | Semana | Semana |
| | | 1. | 2. | 3. | 4. |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| Revisión de conclusiones y recomendaciones. | de Se proceden a revisar las conclusiones y recomendaciones realizadas. | ✓ | | | |
| Correcciones finales. | Junto con el tutor guía se revisa en su totalidad la investigación para corregir aspectos finales. | ✓ | ✓ | | |
| Entrega final. | Se procede a realizar la entrega final de la investigación. | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Tutorías. | En el tercer mes se programarán 2 sesiones con el tutor guía para revisar y corregir el contenido final de la investigación. | ✓ | ✓ | | |

12. Referencias.

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Apesteguy, M. (2015). La teoría de apego y su vinculación con la discapacidad. (tesis de pregrado). Universidad de la República, Uruguay.
- Bartra, A., Guerra, E., Carranza, R. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 6(2), 53-68. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467647511004.pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.^a ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Benavidez, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, 105(2), 171-188. doi: 10.26807/revpuce.v0i0.119
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1: el apego* (2.^a ed.). Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (6.^a ed.). Madrid, España: Morata.
- Bustos, V., Oliver, A., y Galiana, L. (2015). Validación del Autoconcepto Forma 5 en universitarios peruanos: una herramienta para la psicología positiva. *Revista de Psicología: Reflexão E Crítica*, 28(4), 690-697. doi: 10.1590/16787153.201528406

- Calvopiña, G. (2011). Las psicoterapias en los centros de atención psicológica de las universidades PUCE, UCE, UDLA Y UPS del distrito metropolitano de Quito (tesis de pregrado). Pontifica Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Chávez, A., Correa, F., Klein, A., Macías, L., Cardoso, K., y Acosta, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y auto-concepto en una muestra de infantes mexicanos. *Revista de Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514.
doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4733
- Chávez, H., Samaniego, N., y Aguilar, E. (2015). Manual de atención primaria en salud mental. [versión electrónica]. Recuperado de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SAUD%20MENTAL.pdf>
- Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Revista Anales de la Universidad de Cuenca*, 57(3), 121-130. Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22943/1/10.pdf>
- Fernández, I., Zubieta, E., y Páez, D. (2014). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez y M. Casullo. (Comps). *Cultura y Alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fernández, A., Pérez, E., Alderete, A., Richaud, M., y Fernández, M. (2010). ¿Construir o adaptar test psicológicos? Diferentes respuestas a una cuestión controvertida. *Revista Evaluar*, 10(1), 60-74. Recuperado de <file:///C:/Users/HP/Desktop/10mo%20SEMESTRE/TESIS/Instrumentos/459%20Texto%20del%20art%C3%ADculo-1500-2-10-20130309.pdf>
- Galindo, E. (2015). *Estadística, métodos y aplicaciones*. (3.^a ed.). Quito, Ecuador: Prociencia Editores.

- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional, implicaciones en la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538304.pdf>
- Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M., Vitriol, V., y Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia Psicológica*, 33(3), 285-295. doi:10.4067/S071848082015000300011
- Gómez, E., Muñoz, M., y Santelices, M. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile. *Revista Terapia Psicológica*, 26(2), 241-251. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78511540010.pdf>
- González, L., y Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1),5-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524101.pdf>
- Grace, N., y Toukhsati, S. (2014). Psychosocial functioning in the elderly: an assessment of self concept and depression. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 12-18. doi:10.21500/20112084.663
- Goñi, E., Esnaola, I., Rodríguez, A., y Camino, I. (2015). Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood. *Revista Psicothema*, 27(1), 52-58. doi: 10.7334/psicothema2014.105
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). Distrito Federal, México: Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Anuarios de egresos hospitalarios, año 2017. [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-yegresos-hospitalarios/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). Anuarios de estadísticas vitales nacimientos y defunciones. [versión electrónica]. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2015/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Infografías sobre cifras estadísticas de en población ecuatoriana. [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/InfografiasINEC/2017/infografia-depresion.pdf>

Lara, M., Patiño, P., Navarrete, L., y Nieto, L. (2016). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*, 5(3), 12-25. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2depresionpostparto.pdf>

Lucadame, R., Cordero, S., y Daguerre, L. (2017). El papel mediador de los esquemas desadaptativos tempranos entre los estilos parentales y los síntomas de depresión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 25(2), 275- 295. Recuperado de <https://search.proquestcom.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/docview/1944269962?accountid3314>

Melero, R., y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Revista Clínica y Salud*, 19(1), 83-100. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11305274200800000004

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta nacional de salud mental, tomo 1. [versión electrónica]. Recuperado de

https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field/documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Ministerio de Salud. (2018). Encuesta nacional de salud 2016-2017, segunda entrega de resultados. [versión electrónica] Recuperado de http://redsalud.ssmso.cl/wpcontent/uploads/2018/02/2ResultadosENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdfcompressed.pdf

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G., Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Revista Terapia Psicológica*, 31(2), 249-261. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v31n2/art11.pdf>

Quezada, V., Santelices, M. (2009). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53-61. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880005>

Raffo, L. (1994). Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 12(2), 221-234. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4263>

Ramos, E., Axpe, I., Fernández, O., y Jiménez, V. (2018). Intervención cognitivo conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima del maltrato emocional. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(1), 1-10. doi:10.5093/cc2018a1

Reguant, M., y Torrado, M. (2016). El método Delphi. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102. doi: 10.1344/reire2016.9.1916//

Rivadeneira, C., Minici, A., y Dahab, J. (2017). ¿Qué hace un terapeuta cognitivo conductual?. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 30(1), 1-8.

Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-hace-un-terapeutacognitivoconductual.pdf>

Roll, S. (2015). La escritura de diarios, cuentos, cartas y poemas en psicoterapia: una revisión documental en México, Argentina y España. (tesis de pregrado). Corporación Universitaria Lasallista, Antioquia, Colombia.

Shavelson, R., Hubner, J., y Stanton, G. (1976). Self-Concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441. doi: 10.3102/00346543046003407

Salum, A., Marín, R., y Reyes, C. (2011). Relevancia de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de la ciudad Victoria, Tamaulipas, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 255-272. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/26037/24512>

StataCorp. 2017. *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC.

Torres, A., y Rodrigo, M. (2014). La influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica. *Revista Educatio Siglo XXI*, 32(1). 255-278. doi: 10.6018/j/194181

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R., Bhutta, Z., y Brown, A. et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545-1602. doi: 10.1016/s01406736(16)31678-6

ANEXOS

Anexo 1.

Informe de pre-validación del instrumento.

Pre-validación del instrumento.

Claudia González.

A00037904.

Tema: “Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito”.

Características de los instrumentos.

Cuestionario de apego adulto.

Para el presente estudio se propone hacer uso del “Cuestionario de apego adulto” elaborado por Remedios Melero y María José Cantero en 2008, éste es un cuestionario que pretende identificar los estilos de apego en población adulta (Melero y Cantero, 2008, p. 87). El instrumento puede ser aplicado en un mínimo de 5 a 8 minutos, está formado por 40 ítems agrupados en 4 componentes que obtuvieron el 40% de varianza total; el primer componente está compuesto por 13 ítems bajo el 14% de varianza (14,26,18,30,21,23,8,10,12,34,39,37 y 3), los cuáles evalúan “baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo”; el segundo componente está compuesto por 11 ítems bajo el 10% de varianza (4,2,36,7,29,20,24,31,9,17, y 13), los cuales evalúan “resolución hostil de problemas y posesividad”; el tercer componente está compuesto por 9 ítems bajo el 9,4% de varianza (1,38,32,40,16,27,5,11, y 35), los cuales evalúan “expresión de sentimientos y bienestar en las relaciones interpersonales”; y, el cuarto componente está compuesto por 7 ítems bajo el 6,6% de varianza (28,22,6,25,19,15, y 33), los cuales evalúan “autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad” (Melero y Cantero, 2008, pp. 89-90).

La consistencia interna del test fue evaluada según el coeficiente de Cronbach para cada componente, el primer componente obtuvo un índice de 0,86; el segundo componente obtuvo un índice de 0,80; el tercer componente obtuvo un índice de 0,77; y, el cuarto componente obtuvo un índice de 0,68 (Melero y Cantero, 2008, p. 91). La validez del test fue evaluada por medio de análisis de varianza, resultando un 40%, se utilizaron técnicas no paramétricas que comprueben la no homogeneidad de varianzas entre componentes, lo cual demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de apego. (Melero y Cantero, 2008, p. 91).

Cada ítem se encuentra valorado por una escala tipo Likert que se puntúa de acuerdo a qué tan acuerdo o desacuerdo se encuentra el sujeto con el enunciado, de la siguiente manera (Melero y Cantero, 2008, pp. 99-100):

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| Completamente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Algo de acuerdo | Bastante de acuerdo | Completamente de acuerdo |

Para poder identificar los 3 estilos de apego de los sujetos primero se debe identificar el nivel del puntaje total directo obtenido en cada componente/escala para de tal manera obtener una valoración específica, para aquello se requiere recurrir a la información descrita en la tabla 1, y transformar la puntuación directa en percentil (Melero y Cantero, 2008, p. 95):

Tabla 1.

Tabla de Baremos y estadísticos descriptivos del Cuestionario de Apego Adulto.

| Percentiles. | Escala 1. | Escala 2. | Escala 3. | Escala 4. | Valoración. |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 85-99 | 52-70 | 41-57 | 48-52 | 23-31 | Muy alto |
| 75-84 | 47-51 | 37-40 | 46-47 | 21-23 | Alto |
| 61-74 | 43-46 | 33-36 | 43-45 | 18-20 | Mod/Alto |
| 40-60 | 37-42 | 28-32 | 40-42 | 16-17 | Moderado |
| 25-39 | 33-36 | 24-27 | 37-39 | 14-15 | Bajo/Mod |
| 16-24 | 29-32 | 22-23 | 34-36 | 13 | Bajo |
| 1-15 | 16-28 | 13-21 | 21-33 | 8-12 | Muy Bajo |

Nota: Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones. Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Adaptado de: “Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto” por R. Melero, y M. Cantero, 2008, *Revista Clínica y Salud*, 19(1), p. 95.

Una vez identificado el percentil se debe ubicar la valoración asociada al mismo en la tabla anterior. Después se recurre a la siguiente tabla para identificar el estilo de apego según la valoración identificada en cada escala, la interpretación se realiza por columnas, no por filas. Nótese que las valoraciones pueden identificar más de un estilo de apego ya que las características de los tipos de apego se encuentran en un continuum, sin embargo, se toma en cuenta el estilo más puntuado, además de hacer uso del juicio clínico del profesional. (Melero y Cantero, 2008, pp. 93-94):

Tabla 2.

Tabla de estilos de apego en función de las cuatro escalas.

| | | | Temeroso hostil | Preocupado | Seguro | Alejado |
|-----------------------------------|-----------------|------------|----------------------------|-------------------|---------------|----------------|
| Escala 1: | Baja | -Muy alto. | -Alto | -Muy bajo. | -Bajo/Mod. | |
| autoestima, | necesidad | 52 | 49.15 | 28.94 | 35.73 | |
| de aprobación y miedo al rechazo. | | | | | | |
| Escala 2: | Resolución | -Muy alto. | -Moderado. | -Bajo. | -Moderado. | |
| hostil de | conflictos, | 44.73 | 28.17 | 22.34 | 32.70 | |
| rencor y posesividad. | | | | | | |
| Escala 3: | Expresión de | -Bajo. | -Mod/Alto. | -Alto. | -Bajo/Mod. | |
| sentimientos | y | 35.51 | 40.40 | 44.13 | 38.29 | |
| comodidad con las relaciones. | | | | | | |
| Escala 4: | Autosuficiencia | -Mod/Alto. | -Moderado. | -Bajo. | -Alto. | |
| emocional | e | 18.41 | 17.97 | 13.99 | 18.73 | |
| incomodidad con la intimidad. | | | | | | |

Nota: Adaptado de: "Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto" por R. Melero, y M. Cantero, 2008, *Revista Clínica y Salud*, 19(1), p. 93.

Para favorecer el diagnóstico se ha detallado las siguientes características para cada estilo de apego:

- Estilo de apego alejado: elevada autoestima (escala 1: bajo o moderado/bajo) y elevada autosuficiencia (escala 4: alto o moderado/alto) (Melero y Cantero, 2008, p. 93).

- Estilo de apego temeroso/hostil: baja autoestima (escala 1: alta) y elevada necesidad de aprobación (escala 4: alta o moderada/alta) (Melero y Cantero, 2008, p. 93).
- Estilo de apego preocupado: baja autoestima, miedo a ser rechazado y necesidad de ser aprobado (escala 1: alta o moderada/alta) y comodidad con las relaciones, expresivo (escala 3: alta o moderada/alta). No debería haber valoraciones moderada/alta o alta en la escala 4 (Melero y Cantero, 2008, p. 93).
- Estilo de apego seguro: elevada autoestima (escala 1: baja), expresividad de emociones y seguridad en las relaciones (escala 3: alta o moderada/alta), baja autosuficiencia (escala 4: baja) y menor hostilidad (escala 2: baja) (Melero y Cantero, 2008, p. 93).

Cabe señalar que el “Cuestionario de Apego Adulto” ha sido aplicado y baremado en población española, por lo tanto, para su aplicabilidad en el contexto ecuatoriano, se propone realizar una adaptación lingüística, asesorada por un comité de expertos, por medio del uso del método Delphi; el cual, tiene como objetivo obtener información mediante el consenso fiable de opiniones compartidas de un grupo de expertos, que conjuntamente obtienen una opinión final que los representa (Reguant y Torrado, 2016, p. 89). La adaptación idiomática del cuestionario tiene como objetivo su aplicación en un proyecto piloto con población ecuatoriana, consecuentemente, a partir de los resultados, se propone realizar un análisis de propiedades psicométricas asesorado por un tutor estadista metodólogo, con el fin de garantizar que el análisis racional de los procesos estadísticos del cuestionario adaptado sea fiel a la validez y confiabilidad del cuestionario original (Fernández, Pérez, Alderete, Richaud y Fernández, 2010, p.68).

Escala de Autoconcepto Forma 5.

La escala de “Autoconcepto Forma 5 (AF5)”, fue creada en 1999 por Fernando García y Gonzalo Musitu, en ésta oportunidad se hará uso de la escala validada y adaptada para población mexicana, el objetivo de la escala es medir las dimensiones del autoconcepto basándose en el modelo jerárquico y dimensional propuesto por Shavelson (Bustos, Oliver y Galiana, 2015, p. 691). La escala puede ser aplicada en un mínimo de 5 a 8 minutos, se evalúan 5 dimensiones del autoconcepto: social, emocional, académico, familiar y físico (Bustos, Oliver y Galiana, 2015, p. 691). En cuanto al análisis de fiabilidad de la escala se midió en base a alfas de Cronbach, lo que dio como resultado una confiabilidad que oscila entre 0,75 a 0,82, y, en cuanto a la validez de la escala se obtuvo una oscilación entre 0,21 a 0,84, proceso que se midió mediante análisis factorial confirmatorio (Bustos, Oliver y Galiana, 2015, pp. 693-694).

La escala se encuentra formada por 30 ítems, y se puntúan de acuerdo al grado de concordancia con la cual se identifique el sujeto, el valor oscila entre 1 y 5, siendo 1: nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: casi siempre, y. 5: siempre (Salum, Marín y Reyes, 2011, p. 260). Las 5 sub-escalas se encuentran agrupadas según los siguientes ítems: autoconcepto académico formado por los ítems 1,6,11,16,21,26; autoconcepto social formado por los ítems 2,7,12,17, 22, 27; autoconcepto emocional formado por los ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28; autoconcepto familiar formado por los ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29; y, autoconcepto físico formado por los ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30 (Vele, 2013, p. 48). El puntaje máximo a obtener es de 150 y el mínimo 30, cuanto mayor puntaje se obtenga en cada sub-escala, mejor categorizado será el autoconcepto, así, los niveles del autoconcepto serán (Salum, Marín y Reyes, 2011, p. 260).

Tabla 3.

Tabla de niveles del autoconcepto según puntajes directos.

| Puntaje directo. | Nivel de Autoconcepto. |
|-------------------------|-------------------------------|
| 30-69 | Autoconcepto Bajo |
| 70-109 | Autoconcepto Medio |
| 110-150 | Autoconcepto Alto |

Nota: Adaptado de: "Relevancia de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de ciudad Victoria, Tamaulipas, México" por A. Salum, R. Marín, y C. Reyes, 2011, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), p. 260.

De ésta manera cada dimensión del autoconcepto obtendrá un resultado categorial de acuerdo a su puntaje directo, lo cual podrá relacionarse con los estilos de apego, resultados categoriales igualmente, explicados anteriormente.

Anexo 2.

Consentimiento informado.

Descripción del estudio.

El propósito de este documento es informarle a usted sobre el estudio a tratar, es pertinente mencionar que usted puede realizar cualquier pregunta en cualquier momento para despejar sus dudas, incluso puede consultar con sus familiares el hecho de participar o no en esta investigación. De igual manera, cabe recalcar, que el aceptar su participación en este estudio significa que usted ha tomado la libre y voluntaria decisión de hacerlo, sin estar obligado o que haya algún interés de por medio más allá de lo acordado entre las partes.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio cuyo objetivo pretende comprender de mejor manera la influencia entre el vínculo parental sobre el autoconcepto en pacientes adultos hospitalizados con patología depresiva, con el fin de ayudar a tomar mejores decisiones terapéuticas en el tratamiento de los individuos con depresión por parte de los profesionales en el campo de la salud mental.

Para lograr el objetivo se procederá a aplicar una batería de pruebas psicológicas comprendida por dos test sencillos. Son pruebas de papel y lápiz que se utilizan de manera cotidiana en la práctica clínica psicológica. Los resultados no podrán ser usados para ningún otro propósito aparte del cual ya se ha mencionado. El tiempo estimado para la aplicación de la batería es de aproximadamente 10 a 15 minutos como máximo. Si usted como participante decide abandonar el estudio, lo podrá hacer en cualquier momento sin motivo alguno, esto no perjudicará su estancia y/o tratamiento en el hospital.

Riesgos y beneficios.

El estudio presente representa un riesgo mínimo para el participante ya que son pruebas de papel y lápiz, completadas a mano, lo cual es un procedimiento psicológico cotidiano. No existirán situaciones riesgosas a las que usted como participante sea expuesto.

Confidencialidad.

Para la investigación es muy importante mantener su privacidad, por lo tanto, se aplicarán diversas estrategias para mantener sus datos en confidencialidad, como las siguientes: su nombre no será mencionado en ningún documento, se le será asignado un código para reemplazarlo, de igual manera, los datos proporcionados serán guardados por el investigador en un lugar donde solo tendrá acceso el mismo, en el único caso en que se requiera acceso a los datos, sería en la situación en la cual algún comité de ética decida analizarlos de manera directa con el propósito de transparentar la investigación.

Usted está en su total derecho de no participar en el estudio, en tal caso, debe decírselo al investigador que se encuentra a su lado, lo cual no significa que existirán repercusiones de ningún tipo sobre su tratamiento. Cabe mencionar que usted no recibirá ningún pago remunerado o recompensa para realizar las baterías, tampoco tendrá que pagar para participar en el estudio.

Si tiene alguna duda de la investigación por favor comunicarse al 0992923999 que pertenece a Claudia González (investigadora principal), o envíe un correo electrónico a cagonzalez@udlanet.ec

Consentimiento.

Yo comprendo mi participación de forma clara. Me han sido explicados tanto los riesgos como los beneficios de la investigación, han respondido mis preguntas, he tomado el tiempo suficiente para tomar la decisión de aceptar o no mi participación y me han entregado una copia de este documento. Acepto participar en el estudio de forma voluntaria.

| | |
|--------------------------------|--------|
| | |
| Firma del participante. | Fecha. |
| | |
| Firma del investigador. | Fecha. |

Anexo 3.

Cuestionario sociodemográfico.

ID Participante: _____

Fecha de aplicación de la batería: _____ Fecha de nacimiento:

Edad: _____ Sexo: H ___ M ___ Otro___ Nacionalidad:

Se considera usted:

Caucásico ___ Afrodescendiente ___ Mestizo ___ Indígena ___

Sabe leer: Si ___ No ___ Sabe escribir: Si ___ No___ Bilingüe: Si ___ No ___

Nivel de educación: _____ Años de escolaridad: _____

Profesión u oficio: _____ Ocupación actual: _____

Primer internamiento.

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Tiempo de internamiento: _____

Número de internamientos totales: _____

Temporalidad aproximada: _____

Diagnósticos recibidos: _____

Internamiento actual.

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Tiempo de internamiento actual: _____

¡Muchas gracias por su ayuda!

Anexo 4.

Hoja de variables clínicas.

ID Participante: _____

Fecha de aplicación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Nacionalidad: _____

Primer internamiento.

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Tiempo de internamiento: _____

Número de internamientos totales: _____

Diagnósticos recibidos: _____

Internamiento actual.

Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Tiempo de internamiento actual: _____

Hábitos de consumo.

Antecedentes de consumo de alcohol: Si: ___ No: ___ Frecuencia: _____

Antecedentes de consumo de cigarrillo: Si: ___ No: ___ Frecuencia:

Antecedentes de consumo de drogas ilegales: Si: ___ No: ___ Frecuencia:

Antecedentes clínicos.

Enfermedades orgánicas diagnosticadas: Si: ___ No: ___

Especifique:

Antecedentes de causas de traumatismo craneoencefálico: Si: ___ No: ___

Especifique:

Anexo 5.

Cuestionario de Apego Adulto.

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

Melero y Cantero

Instrucciones:

- A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Marque con una X la alternativa de respuesta que mejor describa sus sentimientos o forma de comportarse en sus relaciones personales.
- En caso de no encontrar la respuesta que defina exactamente lo que siente, marque la alternativa que más se aproxime a sus sentimientos. No piense demasiado su respuesta, **LA PRIMERA REACCIÓN SUELE SER LA RESPUESTA.**

| | |
|---|---|
| 1 | Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones. |
| 2 | Me molesta que me discutan si creo que tengo la razón. |
| 3 | Con frecuencia me siento solo/a o falto/a de cariño aunque esté con gente importante para mí. |
| 4 | Soy partidario/a del “ojo por ojo, diente por diente”. |
| 5 | Necesito contarle mis sentimientos a alguien. |

| | |
|----|--|
| 6 | Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones. |
| 7 | Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enojo con facilidad. |
| 8 | No suelo estar a la altura de las demás personas. |
| 9 | Creo que los demás no me agradecen lo suficiente, todo lo que hago por ellos. |
| 10 | Me gusta tener pareja, pero me asusta ser rechazado/a por él/ella. |
| 11 | Me resulta difícil hacer preguntas personales. |
| 12 | Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ese asunto. |
| 13 | Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones. |
| 14 | Tengo sentimientos de inferioridad. |
| 15 | Valoro mi independencia más que ninguna otra cosa. |
| 16 | Me siento cómodo/a en las fiestas y/o reuniones sociales. |

| | |
|----|---|
| 17 | Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable. |
| 18 | Soy muy sensible a las críticas de los demás. |
| 19 | Cuando alguien se muestra dependiente de mí, siento la necesidad de distanciarme. |
| 20 | Cuando hay opiniones diferentes, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista. |
| 21 | Tengo confianza en mí mismo/a. |
| 22 | No mantengo relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía. |
| 23 | Me cuesta tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás. |
| 24 | Soy rencoroso/a. |
| 25 | Prefiero las relaciones de pareja estable más que tener parejas esporádicas. |
| 26 | Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí. |
| 27 | Cuando tengo un problema con otra persona, intento conseguir que sea ella/él quien venga a disculparse. |

| | |
|----|--|
| 28 | Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agota. |
| 29 | Cuando me enojo con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse. |
| 30 | Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo/a. |
| 31 | Me molestaría mucho que mi pareja me comentara que otra persona, del sexo opuesto, lo/a encuentra atractivo/a. |
| 32 | Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza. |
| 33 | Cuando abrazo o beso a alguien que es importante para mí, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a. |
| 34 | Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas. |
| 35 | Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales. |
| 36 | Amenazar es una forma eficaz de solucionar ciertos problemas. |
| 37 | Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontar la situación. |
| 38 | Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer. |

| | |
|----|---|
| 39 | Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente. |
| 40 | Noto que la gente suele confiar en mí y que valora mis opiniones. |

Cuestionario de Apego adulto, Melero y Cantero

MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE LE PAREZCA APROPIADA A SU SITUACIÓN

ALTERNATIVAS:

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| COMPLETAMENTE EN DESACUERDO | BASTANTE EN DESACUERDO | ALGO EN DESACUERDO | ALGO DE ACUERDO | BASTANTE DE ACUERDO | COMPLETAMENTE DE ACUERDO |
| A | B | C | D | E | F |

| | A | B | C | D | E | F |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |

| | A | B | C | D | E | F |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 28 | | | | | | |
| 29 | | | | | | |
| 30 | | | | | | |
| 31 | | | | | | |
| 32 | | | | | | |
| 33 | | | | | | |
| 34 | | | | | | |
| 35 | | | | | | |
| 36 | | | | | | |
| 37 | | | | | | |
| 38 | | | | | | |
| 39 | | | | | | |
| 40 | | | | | | |

Anexo 6.

Autoconcepto Forma 5.

Cuestionario de Autoconcepto AF5

García,F. y Musitu,G. (1995). Autoconcepto Forma 5. AF5. Madrid: TEA, Ediciones.

Nombre y apellidos:

Sexo:

Centro:

Curso:

Edad:

Fecha de aplicación:

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Escoja el grado que más se ajuste a su criterio. Conteste con la máxima sinceridad.

| | |
|--|--|
| 1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales). | |
| 2. Hago fácilmente amigos. | |
| 3. Tengo miedo de algunas cosas. | |
| 4. Soy muy criticado en casa. | |
| 5. Me cuido físicamente. | |
| 6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador. | |
| 7. Soy una persona amigable. | |
| 8. Muchas cosas me ponen nervioso. | |

| | |
|---|--|
| 9. Me siento feliz en casa. | |
| 10. Me buscan para realizar actividades deportivas. | |
| 11. Trabajo mucho en clase. | |
| 12. Es difícil para mí hacer amigos. | |
| 13. Me asusto con facilidad. | |
| 14. Mi familia está decepcionada de mí. | |
| 15. Me considero elegante. | |
| 16. Mis superiores (profesores) me estiman. | |
| 17. Soy una persona alegre. | |
| 18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso. | |
| 19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas. | |
| 20. Me gusta como soy físicamente. | |
| 21. Soy un buen trabajador (estudiante). | |
| 22. Me cuesta hablar con desconocidos. | |
| 23. Me pongo muy nervioso cuando me pregunta el profesor (superior). | |
| 24. Mis padres me dan confianza. | |
| 25. Soy bueno haciendo deporte. | |
| 26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador. | |
| 27. Tengo muchos amigos. | |
| 28. Me siento nervioso. | |
| 29. Me siento querido por mis padres. | |
| 30. Soy una persona atractiva. | |


Anexo 7.

Solicitud de pre-validación del instrumento.

SOLICITUD DE PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La presente tiene como objetivo solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido: Cuestionario sociodemográfico, Hoja de variables clínicas, "Cuestionario de Apego Adulto" de Melero y Cantero, y, la escala de "Autoconcepto Forma 5" de García y Musitu, cuya finalidad es, ser utilizados en el estudio denominado "Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito", el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de pregrado de Psicóloga mención Clínica, solicitado por la estudiante Claudia Alexandra González García.

A continuación, firman los presentes.



Tutor.

Mgr. Javier Ricardo Toro Merizalde.



Estudiante.

Claudia Alexandra González García.

Anexo 8.

Carta al autor 1.

Estimadas.

Remedios Melero y María José Cantero.

Valencia, España.

8 de noviembre de 2019.

Mi nombre es Claudia Alexandra González García, soy estudiante de décimo semestre de la carrera de psicología mención clínico en la Universidad de las Américas ubicada en Quito-Ecuador, actualmente me encuentro realizando el proyecto de titulación previo a la obtención del título profesional de “Psicóloga con mención en clínico”.

He leído su trabajo investigativo sobre el apego adulto denominado: “Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto”, publicado en 2008. Es una investigación verdaderamente interesante en cuanto al aporte intelectual que realiza su estudio al conocimiento del apego en población adulta. Al ser ustedes las autoras intelectuales del “Cuestionario de Apego Adulto” poseen los derechos de autor del mismo; por lo tanto, me gustaría solicitar su autorización para mencionar su cuestionario dentro de mi proyecto de titulación denominado: “Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito”. Cabe mencionar que en la institución de educación superior en la cual me estoy desempeñando no se necesita aplicar el proyecto en su totalidad como tal, al contrario, consiste en realizar un plan tentativo del mismo haciendo mención a los posibles instrumentos psicométricos que podrían ser utilizados para los fines investigativos. La fecha límite para la presentación del proyecto es el 4 de diciembre de 2019.

Estaré pendiente de su respuesta, la cual puede ser enviada a la misma dirección de e-mail mediante la cual me estoy comunicando. En caso de contar con el permiso solicitado, le ruego hacerme saber si tiene alguna preferencia en cuanto a cómo desea que sea mencionada su obra.

De antemano agradezco la atención brindada.

Atentamente

Claudia González.

E-mail: claudia.gonzalez@udla.edu.ec

Anexo 9.

Carta al autor 2.

Estimados.

José Fernando García y Gonzalo Musitu.

Valencia, España.

8 de noviembre de 2019.

Mi nombre es Claudia Alexandra González García, soy estudiante de décimo semestre de la carrera de psicología mención clínico en la Universidad de las Américas ubicada en Quito-Ecuador, actualmente me encuentro realizando el proyecto de titulación previo a la obtención del título profesional de "Psicóloga con mención en clínico".

He tomado en cuenta su escala sobre las dimensiones del autoconcepto denominado "Autoconcepto Forma 5", el cual ha sido publicado por TEA Ediciones. Considero que es una escala completa y que aporta mucha información al momento de evaluar al autoconcepto en los individuos. Al ser ustedes los autores intelectuales de la escala "Autoconcepto Forma 5" poseen los derechos de autor de la misma; por lo tanto, me gustaría solicitar su autorización para mencionar su escala dentro de mi proyecto de titulación denominado: "Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito". Cabe mencionar que en la institución de educación superior en la cual me estoy desempeñando no se necesita aplicar el proyecto en su totalidad como tal, al contrario, consiste en realizar un plan tentativo del mismo haciendo mención a los posibles instrumentos psicométricos que podrían ser utilizados para los fines investigativos. La fecha límite para la presentación del proyecto es el 4 de diciembre de 2019.

Estaré pendiente de su respuesta, la cual puede ser enviada a la misma dirección de e-mail mediante la cual me estoy comunicando. En caso de contar con el permiso solicitado, le ruego hacerme saber si tiene alguna preferencia en cuanto a cómo desea que sea mencionada su obra.

De antemano agradezco la atención brindada.

Atentamente

Claudia González.

E-mail: claudia.gonzalez@udla.edu.ec

Anexo 10.

Carta al autor 3.

Estimados todos.

Editorial TEA Ediciones.

Madrid, España.

8 de noviembre de 2019.

Mi nombre es Claudia Alexandra González García, soy estudiante de décimo semestre de la carrera de psicología mención clínico en la Universidad de las Américas ubicada en Quito-Ecuador, actualmente me encuentro realizando el proyecto de titulación previo a la obtención del título profesional de “Psicóloga con mención en clínico”.

He tomado en cuenta su escala sobre las dimensiones del autoconcepto denominado “Autoconcepto Forma 5”, el cual ha sido publicado por su casa editorial TEA Ediciones. Considero que es una escala completa y que aporta mucha información al momento de evaluar al autoconcepto en los individuos. Al ser ustedes poseedores de la propiedad intelectual de los autores, José Fernando García y Gonzalo Musitu, de la escala “Autoconcepto Forma 5” poseen los derechos de autor de la misma; por lo tanto, me gustaría solicitar su autorización para mencionar su escala dentro de mi proyecto de titulación denominado: “Autoconcepto según tipos de apego en pacientes adultos hospitalizados con depresión en Quito”. Cabe mencionar que en la institución de educación superior en la cual me estoy desempeñando no se necesita aplicar el proyecto en su totalidad como tal, al contrario, consiste en realizar un plan tentativo del mismo haciendo mención a los posibles instrumentos psicométricos que podrían ser utilizados para los fines investigativos. La fecha límite para la presentación del proyecto es el 4 de diciembre de 2019.

Estaré pendiente de su respuesta, la cual puede ser enviada a la misma dirección de e-mail mediante la cual me estoy comunicando. En caso de contar con el permiso solicitado, le ruego hacerme saber si tiene alguna preferencia en cuanto a cómo desea que sea mencionada su obra.

De antemano agradezco la atención brindada.

Atentamente

Claudia González.

E-mail: claudia.gonzalez@udla.edu.ec

Anexo 11.

Respuesta de autores.



Reme Melero to you

6 hours ago

Buenos días Claudia,
Lo primero, gracias por utilizar nuestro cuestionario. Es de libre disposición, puedes utilizarlo sin problemas. No obstante, te comento que tenemos una versión actualizada y mejorada que enviaremos a publicar a lo largo de este mes. Si te parece escíbeme al mail y te lo comento mejor. Es rmelero@uv.es
Un saludo
Reme

