

Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*

Study of Adult Attachment Styles of a Group of Patients with End-Stage Renal Disease

Recibido: enero 31 de 2009 | Revisado: marzo 19 de 2009 | Aceptado: marzo 29 de 2009

MARÍA PÍA SANTELICES-ÁLVAREZ**

LUSMENIA GARRIDO-ROJAS

MÓNICA FUENTES-FUENTES

MÓNICA GUZMÁN-GONZÁLEZ

MARCELA LIZANO-MARTÍNEZ

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Universidad Católica del Maule, Chile

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Universidad Católica del Norte

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

RESUMEN

Diversos estudios indican que el apego en el adulto, a pesar de ser un aspecto de la persona que se forja en la temprana infancia, es factible de modificaciones a lo largo de la vida, sobre todo en situaciones de cambio, como lo es la experiencia de padecer una enfermedad crónica. El presente estudio pretende describir los patrones de apego de un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Se estudió a un grupo de 22 pacientes con IRCT que requieren diálisis, comparándolo con un grupo de 22 adultos, correspondientes a muestra no-clínica (sin la enfermedad), igualando a los participantes en relación a sexo y edad. Los resultados mostraron diferencias significativas en los patrones de apego de ambos grupos. Las personas clínicamente sanas tienden a mostrar, predominantemente, un patrón de apego seguro, mientras que los pacientes dializados tienden a presentar un patrón de apego preocupado.

Palabras clave autores

Apego adulto, insuficiencia renal crónica, enfermedades crónicas.

Palabras clave descriptores

Insuficiencia renal crónica – psicología, conducta y mecanismos de conducta.

ABSTRACT

Several studies indicate that attachment in adults is feasible with modifications throughout life, especially in situations of change, as is the experience of chronic disease. This study aims to describe the attachment patterns of a group of patients with end-stage renal disease. We studied a group of 22 patients with this disease requiring dialysis, compared with a group of 22 adults for non-clinical sample (without disease), matching the participants according to sex and age. The results showed differences significant patterns of attachment in both groups. Clinically healthy individuals tend to have predominantly a secure attachment pattern, while those patients on dialysis tend to have a preoccupied attachment pattern.

Key words authors

Adult Attachment, Renal Disease, Chronic Disease.

Key words plus

Acute Renal Chronic – Psychology, Behavior and Behavior Mechanisms.

* Artículo de investigación. La elaboración de este artículo contó con el financiamiento otorgado por el Proyecto Interno N 8.1.4.11. de la Universidad Católica del Maule y el Proyecto FONDECYT 1040760

** Vicuña Mackena 4860 Macul, Santiago, Chile. Correos electrónicos: msanteli@uc.cl, lgarrido@ucm.cl, monicafuentes81@gmail.com, mpguzman@uc.cl, mlizano@uc.cl

Introducción

La teoría del apego presenta un modelo comprensivo de cómo las personas establecen patrones vinculares en la edad adulta, que se asocian con patrones de relación en la infancia con las figuras adultas significativas. Esta idea presupone una cierta tendencia a la estabilidad de los patrones de apego desde la infancia a la edad adulta, sin embargo, diversas investigaciones han mostrado que, si bien hay una tendencia a la estabilidad del apego, también es posible observar modificaciones, tanto en el sentido de lograr mayor seguridad como mayor inseguridad. Una línea de investigación liderada por Fonagy (1999), ha mostrado como las experiencias traumáticas pueden modificar los estilos de apego. En este sentido, cabe preguntarse ¿es posible asociar estilos de apego inseguro con experiencias de enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)?

Los estudios en IRCT han mostrado que estos pacientes presentan una importante alteración en la salud mental, que podría relacionarse con alteraciones de los patrones de apego. Es por ello que el presente estudio se orienta a describir y analizar los patrones de apego de pacientes con IRCT, comparándolos con un grupo de personas que no padecen la enfermedad, para analizar si existe una asociación entre padecer la IRCT y algún patrón de apego en particular.

Los resultados harán un aporte al conocimiento existente respecto de los patrones de apego en pacientes con IRCT, entregando posibles directrices para el diseño de intervenciones preventivas y clínicas, en el ámbito de la salud, desde el punto de vista individual y familiar.

Antecedentes

Apego adulto

En las últimas décadas, la teoría del apego y las implicancias que ésta tiene sobre las características personales, se ha convertido en un tema de gran

interés para muchos teóricos, desarrollándose, de esta manera, múltiples áreas de investigación.

A través de distintos estudios se ha logrado evidenciar que el estilo de apego que un niño puede desarrollar y, más tarde mantener a lo largo de la vida, está en estrecha relación con el que sus mismos padres tienen.

El apego adulto se ha denominado “*modelos operativos internos*” (Bowlby, 1969). Estos modelos se constituirían a partir de las relaciones tempranas con las figuras de apego, que posiblemente, determinarían la forma en que el niño experimenta después el mundo. Por su parte, los primeros lazos vinculares se generan en función de las figuras significativas de apego, en especial en relación con los padres. Como resultado de estos lazos, el niño va construyendo, junto con sus figuras de apego, el tipo de modelo representacional. Es en este sentido, que el modelo de interacción entre el niño y sus padres, que tiene lugar en un contexto social, interpersonal e intersubjetivo, tiende a convertirse en una estructura interna y a fijarse en estructuras cognitivas estables, por lo general entre la niñez y la adolescencia (Marrone, 2001).

A su vez, hay que considerar que estos modelos operativos internos han sido construidos o internalizados desde edades tempranas, determinando así tanto los vínculos como las conductas de apego de manera estable. También existe una posibilidad de que éstos cambien durante el desarrollo y la vida adulta, ya que estas representaciones están constantemente siendo interpretadas y remodeladas a lo largo de todo el ciclo vital (Marrone, 2001).

A pesar de que estos modelos representacionales tienden a la estabilidad y la autoperpetuación, también tienen posibilidades de ser modificados en la medida en que se van teniendo nuevas experiencias. Así, los patrones de apego pueden modificarse hacia patrones más seguros, en la medida que las nuevas experiencias sean gratificantes y seguras. Por el contrario, si la situación vital y las nuevas experiencias son negativas, el patrón de apego puede ir cambiando hacia uno más inseguro.

Basándose en los postulados acerca de los “*modelos operativos internos*”, es posible describir las

características que serían predominantes en cada uno de los estilos de apego.

Las personas con *estilos de apego seguro* se caracterizaron por ser niños que fueron capaces, al estar angustiados, de usar a sus cuidadores como una base de seguridad, principalmente, porque sus cuidadores fueron sensibles a sus necesidades, lo cual hizo que tuvieran confianza en que sus figuras de apego estarían disponibles, que responderían y les ayudarían en la adversidad (Feeney & Kirkpatrick, 1996 citados en Thompson, 2000).

Las personas con *estilos de apego evitativo* fueron niños que manifestaron un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores cuando estaban frente a periodos de angustia. Esto se podría deber, principalmente, a que tenían poca confianza en que podrían ser ayudados y esperaban ser desplazados porque las experiencias pasadas así se lo decían (Feeney & Kirkpatrick, 1996 citados en Thompson, 2000).

Con base en esas experiencias tempranas, estas personas tenderían a manifestar una cierta evitación al negar recuerdos, idealizando o devaluando (o ambas) las relaciones (Main & Goldwyn, 1994 citados en Fonagy, 1999). A su vez, los recuerdos que mantienen de sus experiencias infantiles están teñidos por fuertes emociones al ser recordados, expresando, frecuentemente, ira hacia sus padres. Parecen agobiados y confundidos acerca de la relación con sus padres o figura parental, mostrando muchas incoherencias y siendo incapaces de ofrecer una imagen consistente y sin contradicciones (George, Kaplan & Main, 1985 citados en Oliva, 2004). Por esto, estas personas presentan una menor accesibilidad a los recuerdos positivos y una mayor accesibilidad a esquemas negativos, lo que las lleva a mantenerse recelosas a la cercanía con los otros.

Las personas con *estilo de apego ansioso-ambivalente* fueron niños que, en su infancia, tendían a responder, frente a las separaciones, con angustia intensa y a mezclar comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tenían expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta

de sus cuidadores (Feeney & Kirkpatrick, 1996 citados en Thompson, 2000).

Por esto, los individuos “ambivalentes” tienden a estar confundidos, enojados o pasivos en relación a las figuras de apego, quejándose a menudo de las ofensas frente a las cuales fueron víctimas en su infancia (Main & Goldwyn, 1994 citado en Fonagy, 1999). Sin embargo, le dan una amplia importancia a sus relaciones infantiles de apego y, paradójicamente, tienden a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas. Lo poco que recuerdan lo hacen de una forma muy fría e intelectual, con poca emoción (George, Kaplan & Main, 1985 citado en Oliva, 2004).

Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros. Al igual que el estilo evitativo, también presentan una menor accesibilidad a los recuerdos positivos y una mayor accesibilidad a esquemas negativos, llevándolos a recurrentes conflictos con la intimidad, pues desean tenerla y tienen intenso temor de que ésta se pierda. Así, en sus relaciones afectivas, se muestran inseguros, ansiosos y excesivamente cercanos. A pesar de que ven al otro como poco confiable y, frecuentemente, están preocupados de que sus parejas no los quieran y los abandonen, presentan un fuerte deseo de provocar el amor y la compasión de los otros.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal: aspectos fisiológicos

El incremento de las enfermedades crónicas pre-ocupa al campo de la salud, ya que los enfermos crónicos, al prolongar su vida, demandan una atención permanente y adecuada. Además, tiene repercusiones en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, poniendo en cuestión las creencias que mantienen un sentimiento de autovaloración, predictibilidad y control del mundo (Gómez, 2004).

La IRCT es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, un pronóstico pobre y un alto costo. En Estados Unidos la prevalencia de IRCT es de 1.131

pacientes por millón de población (pmp) y la incidencia es de 296 nuevos pacientes por año pmp. En Chile, hay 10.400 personas, niños y adultos, con IRCT que requieren hemodiálisis, con una tasa de 648 pmp (Ministerio de Salud, 2005). Requieren tratamientos por muy largos periodos o de por vida, los cuales pueden implicar costos adicionales importantes, como la inactividad prolongada o la toma de medicamentos en forma permanente (Barra, 2003).

A lo anterior, se suma el hecho de ser considerada una enfermedad catastrófica, definida como una enfermedad amenazante para la vida o con el riesgo de dejar discapacidad residual importante. Además, conlleva trastornos psicosociales que afectan, de manera importante, su evolución, porque altera el proceso de rehabilitación, los hábitos saludables y la calidad de vida (Rincón-Hoyos et al., 2006).

En cuanto al funcionamiento fisiológico, la IRCT es la última fase del desarrollo de una Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Esta última es consecuencia del deterioro progresivo del funcionamiento renal, el cual se expresa como filtración glomerular. En la IRCT aparece un cuadro clínico característico, consistente en un conjunto de síntomas y signos que acompañan la retención nitrogenada (uremia), denominado síndrome urémico. Éste tiene diversas consecuencias sobre los distintos sistemas corporales, evolucionando espontáneamente hacia la muerte, ya que sólo se puede sobrevivir con hemodiálisis (Flores, 2004).

En cuanto a los tratamientos sustitutivos de la insuficiencia renal en su última etapa (IRCT), existen dos métodos complementarios que permiten paliar la pérdida de las funciones renales, cuando no permiten asegurar la supervivencia del enfermo: la hemodiálisis periódica (puede ser reemplazada por peritoneodiálisis) y el trasplante renal (Schimmel & Jungers, 1980).

Con respecto a los resultados obtenidos mediante la hemodiálisis, salvo por el costo que implica la duración de las sesiones y el desplazamiento a los centros, permite llevar una vida cercana a la normal (Schimmel & Jungers, 1980).

Insuficiencia Renal Crónica Terminal: aspectos psicológicos

Considerando que la IRCT es una enfermedad crónica y catastrófica, con frecuencia su diagnóstico y tratamiento afecta la estructura de la vida del paciente y su entorno, pues se relaciona con el sufrimiento y el riesgo de muerte. Además, altera la percepción del presente y del futuro (Fernández et al., 2005). El paciente se ve sometido a cambios amenazadores, relacionados directamente con la enfermedad, con los efectos secundarios de los tratamientos, con la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, con los tiempos de espera, el cambio en los roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en su imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte y lo que ello conlleva (Rincón-Hoyos et al., 2006). El paciente se ve obligado a cambiar su estilo de vida, pues su organismo sufre grandes cambios en lo fisiológico, orgánico y emocional, encontrándose con periodos estresantes, agotadores y emocionalmente devastadores (Gamarra & Gonzáles, 2006).

El ingreso al tratamiento de diálisis desencadena una situación de crisis, en la que el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad (Martorelli & Mustaca, 2004). Constituye un suceso vital estresante que requiere un cambio en la rutina habitual del individuo, perturbándola o amenazándola, causando, además, una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo (Sandín, 1993). Esta disfunción es una pérdida más, que se vive como una vejez prematura y una muerte que se aproxima (Fernández et al., 2005).

El significado psicológico o subjetivo del estresor, para el sujeto, constituye un importante elemento disposicional que media en el proceso adaptativo. De ahí la importancia de los recursos psicosociales de afrontamiento de estrés como la autoestima y el apoyo social, que permiten percibir que hay menos situaciones que exceden los recursos y, por tanto, se experimenta menos estrés (Sánchez Vidal, 1990).

El tema de la dependencia es uno de los mayores problemas y, mientras más se siente esa pasividad, aunque inconscientemente, el paciente empieza a percibir que su control está ahora en manos de extraños, teniendo una relación ambivalente con el equipo médico, en la que lo manifiesto es lo positivo, no pudiendo expresar lo negativo de la misma. Dependiendo de otro o de la máquina, sitúa al paciente en un lugar de inferioridad, revelándose a través de lo corporal, poniéndose en situaciones de riesgo, para sentir que es él quien maneja su cuerpo, su historia de vida, las decisiones sobre su enfermedad y la expresión de no querer vivir con esas limitaciones (Felipe De, 2001). La mayoría de las personas, al enfrentarse con una enfermedad que podrá resultar ser su muerte, reacciona con un choque casi siempre seguido de rabia (Rudnicki, 2006). El paciente en tratamiento en hemodiálisis presenta, en la gran mayoría de los casos, una patología psicológica asociada: angustia, sentimiento de incapacidad, ansiedad, disminución del interés o placer en todas las actividades, depresión en algún grado, irritabilidad, deterioro sociofamiliar, disfunción sexual y negación (Vinokur & Bueno, 2002).

Un estudio exploratorio sobre los factores psicológicos en pacientes sometidos a hemodiálisis y en lista de espera para un trasplante renal, coincide en señalar que éstos denotan gran sufrimiento psíquico, temor, angustia, miedo a morir, coraje y frustración previos al tratamiento.

Estudios realizados en pacientes con hemodiálisis crónica muestran que un alto grado de apoyo social percibido implican esperanza, percepción de competencia física y psíquica, capacidad de encontrarle el lado positivo a situaciones difíciles, capacidad de relacionarse con otros y de expresar sus frustraciones. El apoyo prestado por la familia tiene el mayor peso en relación con el apoyo prestado por otros componentes de la red social (Arechavala, Catoni, Palma, Moyano & Barrios, 2001).

Un estudio realizado en dos centros de diálisis en Chile, que evaluó la calidad de vida de los pacientes, confirmó el hecho de que en la familia los pacientes se sienten protegidos y acompañados, con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuye en función de la respuesta positiva

del apoyo social de su familia. Si esto no fuese así, el paciente, además de sufrir la enfermedad que físicamente le disminuye, podría ir perdiendo sus facultades esenciales (de pertenencia, apoyo, energía, vitalidad, etc.) y alejándose cada vez más de su personalidad anterior (Rodríguez, Castro & Merino, 2005).

Respecto a la familia, en la etapa crónica de la enfermedad se produce una reorganización de los roles familiares; las funciones que desempeñaba el enfermo se redistribuyen en el resto de la familia. Destaca aquí la sobreprotección del enfermo o la dependencia que establece con su cuidador, que primero es, en un sentido, para luego ser de doble dirección, ya que la vida del cuidador se empobrece y se circunscribe al enfermo. Éste último vive esa sobreprotección como limitadora de la vida normal, pero también como un amparo ante el desgaste que supone enfrentar la minusvalía que produce la enfermedad o el miedo a la muerte. Cuando la sobreprotección es extrema conduce a la regresión del enfermo que se infantiliza, desembocando en un duelo o pérdida de identidad. Al considerarse a la crisis como una situación que entraña al mismo tiempo un peligro y una oportunidad, un elevado número de familias ha mejorado sus lazos familiares y personales, ya que supone una reorganización emocional, en donde los sentimientos de amor y enfado, de control o dependencia, deben distribuirse de otro modo. Ya en la etapa terminal de la enfermedad, la familia se centra fundamentalmente en dar apoyo emocional y físico al miembro enfermo, estableciendo mecanismos de duelo anticipado (Ospina, 1998). Se produce una recapitulación, se finalizan los asuntos pendientes y la familia activa procesos que posibiliten y garanticen su continuidad (Díaz, 2007).

Método

Participantes

Se evaluó un total de 44 sujetos, 22 de los cuales eran pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, y otros 22 correspondientes

a población no clínica (sin la enfermedad), provenientes de la Región Metropolitana y del Maule de Chile. Se utilizó un proceso de muestreo por pareamiento. En el caso de la muestra clínica, ésta se extrajo del grupo de pacientes que acudían al programa de hemodiálisis de un hospital público de la Región del Maule, mientras que la muestra no clínica se extrajo de la base de datos utilizada para el estudio de validación chilena del instrumento para medir apego en el adulto CAMIR (Garrido, Santelices, Pierrehumbert & Armijo, 2009), igualando a los participantes en relación a sexo y edad.

Los sujetos aceptaron participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado. Asimismo, se obtuvo la aprobación de los comités de ética de las instituciones involucradas.

La muestra total estuvo compuesta por 24 mujeres y 20 hombres. La edad promedio de los hombres fue de 46.35 años ($DE = 17.72$), mientras que la de las mujeres fue de 37.61 años ($DE = 9.7$). Para testear que esta diferencia de edades entre géneros no fuera una variable que pudiera afectar los resultados, se procedió a contrastarla mediante una prueba *t*. La prueba de homogeneidad de Levene reveló que los grupos no eran homogéneos ($F = 9.62$, $p = 0.003$), por lo que se procedió a utilizar la prueba *t* para varianzas no homogéneas. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres según la edad ($t = 1.95$, $p = 0.062$).

En cuanto a la distribución por edad, el 22.7% de la muestra se encuentra en el rango joven, de 14 a 30 años ($n = 10$), un 68,2 % está en el rango adulto, de 31 a 60 años ($n = 30$), mientras que el 9,1% restante se encuentra en el rango adulto mayor ($n = 4$).

Instrumentos

Se utilizó el Cartes, Modèles Internes de Relation (CAMIR), desarrollado por Pierrehumbert, Karmanaiola, Sieye, Meisler y Halfon (1996) y adaptado en Chile (Santelices, Ramírez, Armijo, Pérez & Olhaberry, 2008) y en actual proceso de validación (Garrido et al., 2009).

Este instrumento evalúa los patrones de apego adulto y consta de 71 ítems, repartidos en 13 escalas, que son: Interferencia parental (IP), Preocupación familiar (PF), Resentimiento de infantilización (RI), Apoyo parental (AP), Apoyo familiar (AF), Reconocimiento de apoyo (RA), Indisponibilidad parental (IP2), Distancia familiar (DF), Resentimiento de rechazo (RR), Traumatismo parental (TP), Bloqueo de recuerdos (BR), Demisión parental (DP) y Valoración de la jerarquía (VJ).

Estas escalas se agrupan, a su vez, en 4 categorías de apego. Las escalas IP, PF y RI dan cuenta del apego preocupado; AP, AF y RA del apego seguro; IP2, DF, RR del apego rechazante; TP y BR se relacionan con la no resolución del apego; y DP y VJ con la estructuración del medio familiar. Dados los objetivos del estudio, sólo se considerarán en este análisis los patrones de apego (seguro, preocupado, rechazante).

La validación del CAMIR en Chile encontró una fiabilidad adecuada, con valores alfa entre 0.72 y 0.84, salvo en las escalas IP ($\alpha = 0.54$), DF ($\alpha = 0.33$), DP ($\alpha = 0.39$) y VJ ($\alpha = 0.33$).

El formato de respuesta del instrumento, en una primera etapa, es de tipo Likert de 1 a 5 (desde muy verdadero hasta muy falso). En una segunda etapa, se agrega el procedimiento Q-Sort, en el que se obliga al sujeto a dejar una cantidad específica de cartas en cada categoría (desde muy verdadero hasta muy falso).

Los puntajes escalares del test CAMIR se calculan con base en las medias de los puntajes de los ítems que las componen. De esta manera, todas las escalas pueden obtener puntajes que fluctúan entre 1 y 5 puntos, donde un mayor puntaje indica mayor presencia de la dimensión medida. Dadas estas restricciones, es esperable obtener medias entre 2 y 3 puntos y, una distribución relativamente normal de los puntajes.

A fin de obtener el estilo de apego predominante de cada persona, se combinan los puntajes escalares correspondientes a cada uno de los patrones de apego (seguro, preocupado, rechazante), obteniéndose un perfil para cada sujeto. Dicho perfil es comparado, mediante correlación, con un patrón estándar de respuesta, representativo

de cada estilo (prototipo), con puntajes que pueden fluctuar entre -1 y 1, donde un mayor puntaje indica una mayor correspondencia a un patrón de apego específico.

Sobre la base de esos datos, se calcula el puntaje estandarizado con el cual se puede clasificar a cada sujeto según el patrón de apego predominante, comparando los puntajes obtenidos en cada escala y asignándolo a la categoría de la escala donde obtiene un puntaje mayor.

Resultados

La *estadística descriptiva* para las escalas del CAMIR puede observarse en la Tabla 1. Los resultados indican que en la muestra total, puntajes particularmente altos se observan en las escalas de VJ (M=4.23), RA (M=3.77), AF (M=3.72) y AP (M=3.70). Los histogramas revelan que dichas

escalas tienden a mostrar sesgos negativos, en contraste con los sesgos positivos observados en RR y TP. Un patrón relativamente similar se observa en la muestra no clínica, con RA (M=4.17), VJ (M=4.11), AF (M=4.11) y AP (M= 3.95). Para la muestra clínica (dializada), los puntajes más altos se observan en las escalas VJ (M= 4.36), PF (M = 3.80), RA M= 3.37) y AF (M= 3.34).

No se encontraron diferencias significativas por sexo en los puntajes obtenidos en las escalas de apego ($p > 0.05$ en todos los casos), ni en la clasificación categorial de apego obtenida.

En cuanto a la variable edad, no se detectaron asociaciones significativas de los puntajes estandarizados en las escalas de apego con la edad reportada por los sujetos ($-0.055 \leq r \leq 0.047$, $p > 0.05$), ni tampoco diferencias en la edad de los grupos según los tipos de apego detectados (Norma original: $F(3,574) = 0.703$, $p = 0.55$; Norma muestral: $F(3,574) = 1.12$, $p = 0.34$).

TABLA 1
Medidas descriptivas para las escalas CAMIR

Escala	Total M (DE)	Muestra no clínica	Muestra dializada
Interferencia Parental	2.72 (0.70)	2.47 (0.59)	2.96 (0.72)
Preocupación Familiar	3.57 (0.70)	3.35 (0.58)	3.80 (0.75)
Resentimiento de Infantilización	2.72 (1.09)	2.11 (0.62)	3.33 (1.13)
Apoyo Parental	3.60 (0.78)	3.95 (0.62)	3.26 (0.79)
Apoyo Familiar	3.72 (0.71)	4.11 (0.46)	3.34 (0.73)
Reconocimiento de Apoyo	3.77 (0.74)	4.17 (0.47)	3.37 (0.75)
Indisponibilidad Parental	2.78 (0.77)	2.32 (0.68)	3.21 (0.59)
Distancia Familiar	2.91 (0.79)	2.53 (0.68)	3.29 (0.71)
Resentimiento de Rechazo	2.44 (0.99)	1.80 (0.67)	3.09 (0.81)
Traumatismo Parental	2.42 (1.02)	1.87 (0.71)	2.96 (1.00)
Bloqueo de Recuerdos	2.45 (0.76)	2.12 (0.60)	2.77 (0.79)
Dimisión Parental	1.98 (1.68)	1.59 (0.44)	2.36 (0.65)
Valoración de Jerarquía	4.23 (0.42)	4.11 (0.39)	4.36 (0.41)

Nota. N=44. Muestra normal= 22; Muestra dializada= 22. Puntajes representan la media de la escala, en un rango que fluctúa de 1 a 5, donde 5 representa una mayor identificación del sujeto con los ítems de la escala.

Fuente: elaboración propia.

La distribución por tipo de apego se observa en la Tabla 2. En la muestra no clínica, un 54,4 % de los casos corresponde a apego seguro; un 9,1%, a apego rechazante; un 27,3%, a apego preocupado; mientras que un 9,1 % es no clasificable. En cambio, en la muestra dializada se observa un 4,5% de apego seguro, un 22,7% de apego rechazante, un 68,2% de apego preocupado y un 4,5% es no clasificable.

TABLA 2

Clasificación obtenida según tipo de apego dominante en base a norma original o puntajes muestrales

Tipo de apego detectado	No clínica n (%)	Dializada n (%)
Apego Seguro	12 (54.5%)	1 (4.5%)
Apego Rechazante	2 (9.1%)	5 (22.7%)
Apego Preocupado	6 (27,3%)	15 (68.2%)
No clasificable	2 (9.1%)	1 (4.5%)

Fuente: elaboración propia.

Los puntajes medios para cada patrón de apego en ambas muestras puede observarse en la Tabla 3. Los resultados indican que en la muestra no clínica hay predominio del patrón de apego seguro ($M=52.14$), mientras que en la muestra dializada el apego preocupado es el que obtiene un promedio mayor ($M= 62.1$)

TABLA 3

Asociaciones medias con los patrones teóricos de apego en muestra normal y dializada

Escala	No clínica Media (DE) (n=22)	Dializada Media (DE) (n=22)	Total Media (DE) (n=44)
Apego Seguro	52.14 (7.57)	37.0 (11.97)	44.57 (12.51)
Apego Rechazante	47.18 (7.97)	53.1 (11.52)	50.14 (10.23)
Apego Preocupado	49.18 (9.34)	62.1 (10.59)	55.64 (11.83)

Nota. N=44.

Finalmente, para comprobar si existían diferencias entre los 2 tipos de muestras según el tipo de apego predominante reportado, se procedió a realizar un análisis de varianza (ANOVA), utilizando el SPSS, versión 12. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Las personas clínicamente sanas tienden a tener, predominantemente, un tipo de *apego seguro* ($F(1, 42)=25,197, p=0.00$), mientras que los pacientes dializados tienden a tener un tipo de *apego preocupado* ($F(1, 42)=18,387, p=0.00$). El *apego rechazante* fue marginalmente diferente entre ambos grupos ($F(1, 42)=3,916, p=0.05$).

El tamaño del efecto observado para este análisis fue de 0.63, considerado un efecto grande según Cohen (1992), con una potencia estadística de 0.98. Estos resultados indican que a pesar del pequeño tamaño muestral, la diferencia en el tipo de apego entre ambos grupos es sustancialmente significativa.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos, es posible afirmar que para la muestra analizada en este estudio, se encontraron importantes diferencias en los patrones de apego entre el grupo de pacientes dializados y no dializados. En el grupo de pacientes dializados, casi la totalidad de los participantes presentó apego inseguro, siendo el más predominante el apego preocupado. Esto es coherente con la literatura existente, que señala que los patrones de apego pueden presentar cambios frente a situaciones vitales. Frente a una enfermedad crónica, existiría un cambio importante de la percepción de sí mismo y de los demás, lo cual se relaciona estrechamente con los patrones de apego adulto. La situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente dializado, hace que su estilo de vida cambie por completo y, por lo tanto, es esperable que se alteren sus vínculos interpersonales.

En este sentido, es posible entender los resultados desde la teoría del apego, que plantea que la base del apego seguro es la seguridad y la confianza, sentimientos que se ven seriamente afectados por

la situación de inseguridad que genera el hecho de tener que someterse diariamente a diálisis. La vida cotidiana de estos pacientes se ve completamente alterada por esta situación, generando dificultades individuales y familiares. Desde el punto de vista individual, numerosas investigaciones han mostrado la alta incidencia de trastornos de salud mental en pacientes que padecen este tipo de enfermedades (Sandín, 1993) y desde el punto familiar, hay evidencia que muestra la alta prevalencia de las dificultades familiares asociadas a un miembro con una enfermedad crónica (Vinokur & Bueno, 2002). Por lo tanto, los resultados de este estudio confirman los hallazgos de estudios previos y aportan una mirada específica desde la teoría del apego, mostrando que la gran mayoría de los pacientes dializados presentan un patrón de apego ansioso. Esto puede interpretarse como que la inseguridad que implica esta situación vital, hace que las personas se relacionen de manera más ansiosa ellos mismos y con los demás, buscando una mayor cercanía afectiva con su entorno.

En menor medida, se observó la presencia de estilos de apego evitativo, lo que puede entenderse como que los pacientes, en menor medida, se vuelven más distantes afectivamente, evitando el contacto íntimo interpersonal.

Por otra parte, al comparar el grupo de pacientes dializados con los no dializados, es posible comprobar que hay una diferencia muy marcada en los estilos de apego. Los participantes de la muestra no clínica, que eran equivalentes respecto a variables sociodemográficas, presentan una distribución de los patrones de apego convencional, es decir, más de la mitad de las personas muestra un patrón de apego seguro y el resto se divide entre los otros patrones de apego inseguros. Este hecho recalca la importancia de considerar que las personas que padecen de IRCT constituyen un grupo específico con características propias, que hacen necesario un abordaje que tome en cuenta estas características que se le asocian. Es decir, el presente estudio podría aportar al diseño de estrategias de intervención en el ámbito preventivo y clínico para abordar el tema de los pacientes dializados desde una perspectiva integral, tomando en cuenta que

la enfermedad se asocia a una alteración de los patrones vinculares, por lo que se hace necesario dar respuesta a las necesidades psicológicas de estos pacientes y de sus familias.

Referencias

- Arechabala, M., Catoni, M., Palma, E., Moyano, F. & Barrios, S. (2001). Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica. Recuperado el 25 de agosto de 2007, de www.enfermeria.udea.edu.co/revista/html/modules.php
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago: Mediterráneo.
- Bowlby, J. (1969). El vínculo afectivo. Paidós: Madrid.
- Cohen, J. (1992). A Power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). *Guía clínica insuficiencia renal crónica terminal* (1ª ed.). Santiago: Autor.
- Díaz, A. (2007, marzo). *Bioética: enfermos terminales*. Ponencia presentada en el Noveno Encuentro Internacional de Centros de Cultura, Puebla, México.
- De Felipe, V. (2001). Intervención grupal en un servicio de hemodiálisis. [Versión electrónica]. Área 3. *Cuadernos de temas grupales e institucionales*.
- Fernández, R., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. & Ortega, J. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Angiología*, 5(2), 185-198.
- Flores, A. (2004). *Apunte 18. Insuficiencia renal crónica*. Recuperado el 14 de agosto de 2008, de [www.escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apuntes18.doc](http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apuntes/Apuntes18.doc)
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas*, 3, recuperado el 27 de noviembre, 2008, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Gamarra, M. & Gonzáles, S. (2006). *Depresión y apoyo familiar en pacientes crónicos-terminales del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de la ciudad de Trujillo*

- [Versión electrónica]. Tesis de Psicología para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Cesar Vallejo, Trujillo. Recuperado el 14 de agosto, 2007, de www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS_PS/tesis.htm
- Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B. & Armijo, I. (2009). Validación chilena del instrumento para evaluar apego en el adulto CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 81-98.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martorelli, A. & Mustaca, A. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. [Versión electrónica]. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 24 (3), 99-104.
- National Kidney Foundation. (2003). *Acerca de la insuficiencia renal crónica: una guía para los pacientes y sus familias*. Recuperado el 14 de agosto, 2007, de www.kidney.org/atoz/pdf/aboutckd_sp.pdf
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-75.
- Ospina, A. (1998). El duelo anticipatorio del anciano como paciente terminal. [Versión electrónica]. *Trabajo Social*, 1, 89-99.
- Pierrehumbert, B., Karmanaiola, A., Sieye, A., Meisler, C., Milijkovitch, R. & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de L'Enfant*, 1, 161-206.
- Rincón-Hoyos, H., Castillo, A., Reyes, C., Toro, C., Rivas, J., Pérez, A., Hoyos, M., Gómez, B., Moreano, D., Bersh, S., Salazar, O., Jiménez, S., Escobar, V., Nessim, J., Atehortúa, M., Tascón, M. & Ocampo, A. (2006). Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar) [Versión electrónica] *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23, 44-71.
- Rodríguez, M., Castro, M. & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. [Versión electrónica]. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2), 47-57.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología* 2(2), 279-288.
- Sánchez Vidal, A. (1990). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: EUB.
- Santelices, M-P, Ramirez, V., Armijo, I., Pérez-Salas, C. P. & Olhaberri, M. (2008). Evaluación del apego en adolescentes y adultos: adaptación chilena del cuestionario CAMIR. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 2, 49-59.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Coord.), *Estrés y psicopatología* (pp. 123-156). Madrid: Pirámide.
- Schimmel, F. & Jungers, P. (1980). *Cuadernos de la enfermera: Nefrología-Urología*. Barcelona: Toray-Masson.
- Thompson, R. (2000). The Legacy of Early Attachments. *Journal of Child Development*, 71, 145-152.
- Vinokur, E. & Bueno, D. (2002). Aspecto psicológico del paciente renal. [Versión electrónica]. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 56, 11-14.