

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



*MÁSTER DE INICIACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
EN MEDICINA*

Trabajo Fin de Máster

APEGO Y PSICOSIS

*La importancia de la teoría vincular en la
adherencia al tratamiento*

Realizado por

ALBA ZORRILLA BLASCO

bajo la dirección de

Dra. Dña. Maite Zapata Aranzazu

Facultad de Medicina
Zaragoza, Septiembre 2012

Apego y psicosis: la importancia de la teoría
vincular en la adherencia al tratamiento

Alba Zorrilla Blasco

16 de agosto de 2012

*“.. si te quiero es porque sos
mi amor, mi complice y todo
y en la calle codo a codo,
somos mucho más que dos”*

Mario Benedetti

*A mis padres, por inculcarme el valor del propio esfuerzo y su dulce
recompensa.*

*A Guillermo, por compartir su vida conmigo, mi compañero de viaje, mi
amante, por ayudarme a levantar cuando creo que no me quedan fuerzas y
brindarme aliento cuando parece que me ahogo.*

Agradecimientos

Aprovecho este trabajo para mostrar mi agradecimiento más sincero a todas aquellas personas que han hecho posible este trabajo. A Antonio Tarí y Manolo Pérez por brindarme la idea inicial y el acceso a la muestra. A Maite Zapata, mi tutora, por su dedicación y buen consejo. A Ángeles Enríquez por animarme a dar este primer pasito en el mundo de la investigación. A mi familia por su paciencia y comprensión, por su tolerancia y apoyo incondicional. A Guille, por cumplir su promesa de ‘te ayudaré en lo que pueda’ que él sabe que abarca mucho más allá de este trabajo, gracias por devolverme la confianza en mí misma y por creer en mí. Y sobretodo, gracias a todas aquellas personas que de forma anónima se ofrecieron a hablar y participar en el estudio, brindándome su confianza y en definitiva, haciendo posible este trabajo de investigación a pesar de sus razonables miedos.

Índice general

1. Introducción	7
2. Estado actual del tema	11
2.1. La utilidad del tratamiento y la relación con el servicio	12
2.2. Concepto de Adherencia	12
3. Justificación	14
4. Objetivos de la investigación	16
4.1. Objetivos generales	16
4.2. Objetivos secundarios	16
5. Hipótesis	17
5.1. Hipótesis principales	17
5.2. Hipótesis secundarias	17
6. Material y Método	18
6.1. Diseño del estudio	18
6.2. Lugar y duración del estudio	18
6.3. Población objeto de estudio	19
6.4. Definición operacional de las variables	20
6.4.1. Estilos de Apego	20
6.4.2. Adherencia Terapéutica	21
6.5. Método de recogida de datos	21
6.6. Variables	23
6.7. Recogida y análisis de datos	23

6.7.1. Análisis descriptivo de la muestra	23
6.8. Discusión	29
6.8.1. Apego inseguro frente a Apego seguro	29
6.8.2. Sexo y Apego	29
6.8.3. Sexo y Adherencia	30
6.8.4. Apego y Adherencia	30
6.8.5. Adherencia y tiempo de evolución	31
7. Conclusiones	32
7.1. Limitaciones y recomendaciones	33
A. Escala de adherencia terapéutica al servicio de enfermería	38
B. Escala de adherencia terapéutica al tratamiento psicoterapéutico	39
C. Escala de adherencia terapéutica al centro	40
D. Consentimiento Informado	41

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo describir la posible relación existente entre los estilos de apego y la adherencia terapéutica en sujetos diagnosticados de esquizofrenia o psicosis. Para ello, se utilizó un diseño no experimental, de tipo descriptivo, transversal. La muestra quedó conformada por 20 sujetos adultos asistentes al Centro de Día Romareda o ingresados en régimen de Media Estancia en el C.R.P “Nuestra señora del Pilar”. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario de Apego Adulto de Melero y Cantero [1] y las Escalas de Adherencia al Servicio de enfermería, al tratamiento psicoterapéutico y al centro diseñados para el estudio. Se encontró una mayor presencia de apego inseguro en la muestra frente al seguro. Los sujetos seguros presentaron mayores porcentajes de adherencia terapéutica frente a los sujetos con estilo inseguro; dentro de éstos los sujetos preocupados presentaron a su vez mayor adherencia y los evitativos o alejados menor. Los resultados encontrados concuerdan con las hipótesis sugeridas por otros autores: mayor presencia de apego inseguro en pacientes psicóticos.

Capítulo 1

Introducción

En 1944, Bowlby, basándose en la biografía de 44 ladrones juveniles, realizó un estudio retrospectivo cuyos resultados le llevaron a afirmar que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental. Realizó investigaciones acerca de las consecuencias que la institucionalización tiene sobre el desarrollo psicológico de los niños [2] y se planteó analizar qué está en la base de ese estrecho lazo madre-hijo. A partir de sus escritos nació la Teoría del Apego como una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos para hacer fuertes vínculos con otros significativos. Para Bowlby, el comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño pequeño y sus cuidadores o padres, y desde sus inicios, Bowlby propuso un modelo del desarrollo con claras implicaciones para la psicopatología. Según este modelo, sobre la base de repetidas experiencias con sus figuras de apego, los niños desarrollan expectativas en relación a la naturaleza de esas interacciones. Estas expectativas se convierten en representaciones mentales o “modelos operantes” [3], que tienen la capacidad de integrar experiencias pasadas y presentes, como también esquemas cognitivos y emocionales relacionados con tales experiencias. De este modo, estos modelos operantes incluyen dos aspectos fundamentales: una concepción sobre las figuras de apego y su auto-imagen.

Evolutivamente, la conducta de apego se forma en los niños (y otros animales) durante el primer año de vida, y puede ser observada de forma bastante

típica a lo largo del segundo año. Durante la adolescencia y la vida de adulto ocurren diversos cambios en la conducta de apego, incluidas las personas a las que este tipo de conducta se dirige, pero la conducta en sí permanece activa a lo largo de toda la vida del individuo [3]. Si bien Ainsworth *et al* [4] describieron los estilos de apego en la infancia en base a una situación de observación controlada llamada Strange Situation o Situación Extraña, Main, Kaplan y Cassidy hicieron lo propio en la edad adulta [5]. Las primeras pautas de apego son altamente predictivas de los estilos de representaciones vinculares presentes en los adultos, hasta de un 77 por ciento en el caso de las representaciones seguras [6] y de un 94 por ciento en lo referente a las representaciones inseguras al asociarse con ulteriores acontecimientos vitales negativos [7]. Las tipologías adultas análogas a la conducta de apego en el niño:

- El **apego seguro** durante la niñez se refleja en una actitud vincular autónoma por parte del adulto, confianza en sí mismo y en los demás, deseo de tener intimidad sintiéndose cómodo con ella, poseyendo un modelo mental positivo tanto de sí mismo como de los demás [8, 9].
- El apego ansioso y ambivalente del niño tiene su paralelismo en el **apego preocupado/absorvente** del adulto, posee un modelo mental negativo de sí mismo y positivo de los demás y una elevada activación del sistema de apego. Son personas con baja autoestima, conductas de dependencia, con una necesidad constante de aprobación y preocupación excesiva por las relaciones [8, 9].
- El **apego evitativo** del niño se relaciona con la actitud adulta de rechazo del apego, poseyendo un modelo mental positivo de sí mismo pero negativo de los demás, una elevada autosuficiencia emocional, una elevada incomodidad con la intimidad y una consideración de las relaciones interpersonales como algo secundario a cuestiones materiales [8, 9].
- Los niños con apego desorganizado en la infancia desarrollan en la edad adulta un modelo mental negativo tanto de sí mismos como de los demás, siendo sujetos de **apego temeroso**. Se caracterizan por sentirse incómodos en situaciones de intimidad, por una elevada necesidad de aprobación y por una baja confianza en sí mismos y en los demás. Al mismo tiempo

que necesitan el contacto social y la intimidad, el temor al rechazo que les caracteriza les hace evitar activamente situaciones sociales y relaciones íntimas, disminuyendo la probabilidad de establecer relaciones satisfactorias [8, 9].

$$\text{Estilos de Apego} \left\{ \begin{array}{l} \text{Inseguro} \left\{ \begin{array}{l} \text{Alejado} \\ \text{Temeroso-hostil} \\ \text{Preocupado} \end{array} \right. \\ \text{Seguro} \end{array} \right.$$

Escasos estudios han evaluado las diferencias en el estilo de apego en función del sexo, sólo encontrando resultados significativos atendiendo a la categoría de los tipos de apego: las mujeres tienden a poseer en mayor medida un estilo temeroso, mientras que los hombres se agrupan con mayor frecuencia en la categoría de alejado. Sí parece existir consenso respecto a la independencia de estilo de apego seguro e inseguro y el sexo [10, 11, 12].

En los últimos años se ha incrementado el interés en el apego de los adultos, tanto desde una perspectiva teórica como empírica. En la bibliografía se pueden encontrar diferentes modelos, como el de Kobak y Sceery (1988) ([13]) que explican cómo un apego inseguro puede contribuir al desarrollo de una enfermedad mental. Esto se produce al aumentar la susceptibilidad al estrés, al uso de reguladores externos de afecto y a la alteración de las conductas de búsqueda de ayuda. Más allá de estas conclusiones no se puede afirmar que exista una clara predicción de la psicopatología adulta a partir de estilos de apego inseguro, sin embargo sí que se podría afirmar que éstos se encuentran altamente representados en determinados grupos clínicos. En muestras de pacientes psiquiátricos adultos con diversos diagnósticos, los estados mentales no resueltos y no integrados (hostil/indefenso) son con mucho los que más se encuentran, lo que indica que la desorganización temprana del apego es un antecedente particularmente frecuente de la psicopatología en la vida adulta [14, 15]. De nuevo, vuelve a aparecer la asociación entre las primeras experiencias de apego y el funcionamiento relacional adulto (y la consiguiente psicopatología). Esta asociación estaría mediatizada por los modelos internos de referencia, los procesos subyacentes de regulación afectiva y la adaptación conductual [16]. Harrop y

Trower (2001) sostienen que el desarrollo prematuro de la autonomía o la incapacidad de alcanzar la autonomía constituye un factor potencial de riesgo en relación con la psicosis. Esto tiene sentido si consideramos al estilo de apego inseguro en términos de proceso que dificulta la organización de la experiencia psicofisiológica, emocional, cognitiva y relacional predisponiendo a la persona a experimentar mayores dificultades para regular las situaciones estresantes (y/o traumáticas) propias de la vida. En los orígenes del contexto relacional y la teoría del apego, John Bowlby formuló la siguiente afirmación:

Cuando se conocen las experiencias reales que han vivido durante el transcurso de la niñez y es posible tomarlas en consideración, con frecuencia ello permite ver los miedos patológicos de los pacientes adultos bajo una luz radicalmente nueva. Los síntomas paranoides que habían sido considerados como endógenos e imaginarios, se ve entonces que son respuestas inteligibles, aunque distorsionadas, a unos hechos históricos ([17], p.210).

Capítulo 2

Estado actual del tema

Aunque a nivel teórico la relación entre apego y psicopatología ha dado lugar a diversos modelos explicativos existen pocos estudios empíricos que hayan estudiado la asociación específica entre estilo de apego y psicosis. A nivel internacional uno de los estudios más relevantes es el de Dozier y Kobak, en el cual encontraron que las personas que padecen esquizofrenia ($n=21$) recurrían a unos estilos de apego más represivos que las personas con trastornos afectivos [18]. Las estrategias represivas (evitativas) se asociaban a la autovaloración de niveles inferiores de síntomas psiquiátricos en comparación con los sujetos que se servían de las estrategias propias del apego preocupado, comunicando menos síntomas y un menor afecto. Las personas que recurrían a las estrategias preocupadas comunicaban más afecto y un mayor número de síntomas. Dozier alega dos implicaciones importantes a partir de estos datos. En primer lugar, los estados anímicos de los adultos en relación con el apego dentro del contexto de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, podrían explicar la implicación y el compromiso con el servicio, así como el uso que se hace del tratamiento. En segundo lugar, Dozier afirma que estos estados anímicos de apego (actitudes vinculares) tienen poco que decir respecto de los factores psicológicos que predisponen a los sujetos a recibir el diagnóstico de esquizofrenia.

2.1. La utilidad del tratamiento y la relación con el servicio

Un aspecto importante de la búsqueda de ayuda y compromiso con el servicio es el desarrollo de unos lazos de colaboración con los clínicos, los terapeutas y los gestores de casos. Es muy probable que la capacidad de establecer y de organizar lazos de colaboración con los demás esté mediatizada por la actitud general de la persona con relación al apego y los modelos internos de referencia de los que parte la representación de sí mismo y de las relaciones interpersonales cercanas. Es probable que las relaciones terapéuticas óptimas se asemejen a las relaciones propias del apego seguro, en el sentido de que el terapeuta haría las veces de una base segura con vistas a la búsqueda de proximidad, de que el terapeuta interviene para apoyar a la persona en la resolución del estrés emocional dentro del contexto de una actitud interpersonal cálida, amable, acogedora y tranquilizadora.

En este sentido Dozier analizó [19] la organización vincular y el uso que se hace del tratamiento. Se les pidió a los clínicos que valorasen la conformidad de los sujetos con el tratamiento requerido, hasta qué punto los pacientes buscaban o rechazaban el tratamiento, hasta qué punto se abrían y reconocían sus sentimientos. Las valoraciones correspondientes a los apegos más seguros se asociaban a un mayor grado de conformidad. Era más probable que estos pacientes acudieran a las sesiones y tomaran la medicación. Sin embargo, los sujetos con apego de evitación era menos probable que buscaran tratamiento y más probable que lo rechazasen. En comparación, los sujetos con apego preocupado era más probable que se abrieran y buscaran ayuda.

2.2. Concepto de Adherencia

Uno de los primeros problemas que uno se encuentra al investigar sobre este concepto es su definición, es decir ¿Qué se debe entender por adherencia terapéutica? En la bibliografía suelen emplearse diversos términos, entre ellos “cumplimiento” siendo el más frecuente y suele circunscribirse casi exclusivamente a la toma de medicación y de una forma determinada por el paciente.

Se ha criticado que es una definición centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario. Es reduccionista pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos subjetivos de otra índole, como las creencias y motivaciones del paciente. Otros autores amplían el concepto definiendo la adherencia más allá de la toma de fármacos, incluyendo prescripciones terapéuticas y de salud, “independientemente de que estas sean de carácter farmacológico o no”, Haynes . Por ello, para este estudio se ha optado por el término de “adherencia terapéutica” definido por Di Matteo y DiNicola en 1982: “ una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”[20]. En esta acepción los autores resaltan no sólo la importancia de la conducta del paciente en la adherencia al tratamiento sino también la relación estrecha con la conducta del médico, de este modo la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto de conductas entre las que se incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones e incorporar al estilo de vida conductas saludables[21]. De este modo la conducta de adherencia debe entenderse a partir de diversas dimensiones, desde aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de la salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar e, incluso, el papel de la organización de los servicios de salud [22].

Capítulo 3

Justificación

Numerosos estudios han intentado relacionar estilos de apego y psicopatología pero pocos, tanto a nivel nacional como internacional, han estudiado la asociación entre estilos de apego y psicosis, y estilos de apego en psicosis y adherencia al tratamiento. Por el contrario la literatura sí brinda diversos estudios que han hallado una relación entre patrones de apego inseguro y alianza terapéutica, de éstos se deriva la importancia de conocer la forma e historia de vinculación del sujeto ya que juega un papel principal en la implicación del paciente en el tratamiento y por ende al servicio. Las tasas de incumplimiento señaladas en la esquizofrenia se estiman alrededor de un 50 % [23] y se ha estimado que sólo un tercio de los pacientes son completamente cumplidores (Olhe et al., 2000). La falta de adherencia no es un problema aislado de la psicología clínica o de la psiquiatría sino que es común en la medicina, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas o de las que requieren tratamientos prolongados. Pero es especialmente problemática en los trastornos persistentes, como es el caso de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en los cuales el tratamiento se diseña para prevenir la recurrencia de los síntomas y juega un papel fundamental. Desde el punto de vista psicoterapéutico y preventivo, conocer factores que dificultan esta alianza (como estilo de apego) podría ayudar a mejorar el diseño de tratamiento que mejorará la adherencia. En España no se ha encontrado ningún estudio precedente que evaluara los estilos de apego en población con patología psicótica, lo que supone que investigar sobre el apego

y la adherencia al tratamiento en este perfil de sujetos podría considerarse como un aporte empírico. Es importante señalar que los estudios antecedentes han observado el apego y la vinculación al dispositivo o profesional en muestras anglosajonas, y esta investigación proveerá información dentro de la cultura hispana.

Capítulo 4

Objetivos de la investigación

4.1. Objetivos generales

- Documentar mayor presencia de patrón de apego inseguro en la población estudiada que patrón seguro.
- Determinar si existen diferencias en el grado de adherencia al tratamiento terapéutico en función del patrón de apego.

4.2. Objetivos secundarios

- Analizar si hay o no diferencia entre los hombres y las mujeres con respecto al patrón de apego.
- Analizar si hay o no diferencia entre los hombres y las mujeres con respecto a la adherencia terapéutica.
- Analizar si hay o no relación entre los años transcurridos desde el momento del diagnóstico y la adherencia terapéutica.

Capítulo 5

Hipótesis

5.1. Hipótesis principales

- La presencia de patrón de apego inseguro será mayor que el doble frente a la de patrón seguro en sujetos diagnosticados de esquizofrenia o psicosis.
- Los sujetos que presentan un apego inseguro presentarán a su vez una menor adherencia terapéutica que aquellos pacientes que presentan un apego seguro.

5.2. Hipótesis secundarias

- No se esperan diferencias en el estilo de apego en función del sexo.
- Los hombres se agruparán con mayor frecuencia en la categoría estilo alejado mientras que las mujeres se agruparán con mayor frecuencia en estilo temeroso-hostil.
- Dentro de los inseguros, los sujetos tipo alejado presentarán mayores tasas de incumplimiento en psicoterapia en comparación con los otros estilos inseguros (temeroso-hostil y preocupado).
- Los sujetos que hace menos de 10 años que les debutó el trastorno mostrarán mayor adherencia al tratamiento que aquellos que debutaron hace más de 10 años.

Capítulo 6

Material y Método

6.1. Diseño del estudio

Se trata de un diseño descriptivo de series de casos transversales. Para la elección del diseño se ha valorado el objetivo del estudio y garantizar la mayor validez posible en función de los recursos humanos, económicos y de tiempo al alcance de la investigadora.

6.2. Lugar y duración del estudio

El estudio fue llevado en el Centro de Día “Romareda” y en el Pabellón Alonso V (Unidad de Media Estancia) del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar”, pertenecientes a la red del Servicio Aragonés de Salud Mental, ubicados en la ciudad de Zaragoza. En ambos centros se atiende a pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia y Psicosis mayoritariamente) con estancias medias-largas (mínimo 6 meses y máximo 2 años). A los sujetos que acuden Centro de Día “Romareda” se les recomienda asistir al dispositivo todas las mañanas de 9 a 13h salvo fines de semana. En cambio, los sujetos del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” se hallan en régimen de ingreso en modalidad de media estancia. La elección de estos dispositivos se establece en base a los siguientes criterios:

- Evolución y estado actual del paciente.

- La especial importancia de la adherencia al tratamiento en estos dispositivos como factor en la rehabilitación.
- Tiempo de estancia medio del paciente en la unidad.
- Recursos humanos y materiales.
- Acceso del investigador a los mismos.

El estudio se desarrolló en un periodo de 4 meses.

6.3. Población objeto de estudio

La muestra a estudiar se encuentra constituida por 20 pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otro trastorno psicótico y que se encuentren recibiendo atención en alguno de los centros citados con anterioridad. Todos los participantes leyeron y firmaron un consentimiento informado (Apéndice D) en el que se detallaba el objetivo y fines del estudio, las pruebas que se incluían en el protocolo exploratorio, así como la posibilidad y total libertad de abandonarlo en el momento en que lo desearan. Los objetivos del estudio también fueron puestos en conocimiento de los responsables y trabajadores de sendos centros por parte de la investigadora. Los criterios de inclusión fueron: confirmación del diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico (criterios DSM-IV), tener una edad comprendida entre 18 y 50 años y aceptar participar en el estudio de modo voluntario tras leer y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio a personas que presentaban otros diagnósticos psiquiátricos como diagnóstico principal, personas con retraso mental moderado (CI entre 55 y 35), grave (CI entre 35 y 20) o profundo (CI inferior a 20), personas que tenían una edad fuera del rango establecido para la inclusión o que rechazaron participar en el estudio y/o no leyeron y firmaron el consentimiento informado.

Se ha recurrido a un método de muestreo probabilístico aleatorio simple, para lo cual se ha solicitado de antemano un listado completo de toda la población de sendos dispositivos por lo que se han realizado dos muestreos aleatorios, uno para cada dispositivo.

6.4. Definición operacional de las variables

6.4.1. Estilos de Apego

Se considera Estilo de Apego a la puntuación obtenida por una persona, en el “Cuestionario de Apego Adulto” de Melero y Cantero (2008) [1]. Dicha puntuación ubica al sujeto en 4 dimensiones factoriales: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad, Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y Auto-suficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Y éstas a su vez permiten clasificar a los sujetos en seguros e inseguros, y en 4 estilos: seguro, temeroso-hostil, preocupado y alejado.

Para categorizar a un sujeto en el estilo de apego inseguro: las puntuaciones en la Escala 1 deben hallarse en el intervalo alto (47-51), en la Escala 2 intervalo mod/alto (33-36), en la Escala 3 en el intervalo bajo/mod (37- 39) y en la Escala 4 en el intervalo mod/alto (18-20); para el seguro las puntuaciones de la Escala 1 deben hallarse en el intervalo bajo (29-32), en la Escala 2 en el intervalo bajo/mod (24-27), en la Escala 3 en el intervalo mod/alto (43-45) y en la Escala 4 en el intervalo bajo/mod (14- 15). Para la tipología de apego adulto la corrección era similar. Para categorizar en apego temeroso-hostil las puntuaciones deben ser: intervalo muy alto (52-70) en la Escala 1, intervalo muy alto (41-57) en la Escala 2, intervalo bajo (34-36) en la Escala 3 e intervalo mod/alto (18- 20) en la Escala 4. Para categorizar en apego preocupado las puntuaciones deben ser: intervalo alto (47-51) en la Escala 1, intervalo moderado (28-32) en la Escala 2, intervalo mod/alto (43-45) en la Escala 3 e intervalo moderado (16-17) en la Escala 4. Para categorizar en apego seguro: intervalo muy bajo (16-28) en la Escala 1, intervalo bajo (22-23) en la Escala 2, intervalo alto (46-47) en la Escala 3 e intervalo bajo (13) en la Escala 4. Finalmente, para apego alejado las puntuaciones deben ser: intervalo bajo/mod (33-36) en la Escala 1, intervalo moderado (28-32) en la Escala 2, intervalo bajo/mod (37-39) en la Escala 3 e intervalo alto (21-23) en la Escala 4 [1].

6.4.2. Adherencia Terapéutica

Se considera Adherencia Terapéutica a la puntuación total obtenida por un sujeto en los 3 Cuestionarios de adherencia: adherencia al servicio de enfermería, adherencia al tratamiento psicoterapéutico y adherencia al centro; diseñado por la investigadora para tal fin. Mencionada puntuación total mide mayor adherencia a mayor puntuación y a la inversa.

Se categorizarán como adherencia alta aquellas puntuaciones que se hallen en el intervalo 27-36 puntos como suma total (suma de las puntuaciones de las tres escalas), y dentro de cada tipo (adherencia a enfermería, adherencia a la psicoterapia y al centro) se categorizará como adherencia alta aquellas puntuaciones que se hallen en el rango de 9 a 12 puntos. En el caso de adherencia media el intervalo es de 18 a 26 puntos para el total y de 6 a 8 puntos para cada escala. Para adherencia baja la puntuación total ha de hallarse en el intervalo de 9 a 17 puntos y en cada una de las escalas de 3 a 5 puntos. Por último, en el caso de nula adherencia la puntuación total se puede hallar en el rango de 0 a 8 puntos y las escalas individuales de 0 a 2 puntos.

6.5. Método de recogida de datos

A todos los sujetos, tras leer y aceptar participar en el estudio firmando el consentimiento informado y completar la hoja de recogida de datos, se les administraron en este orden las siguientes pruebas:

1. **Cuestionario de Apego Adulto** de Melero y Cantero, elaborado y baremado en población española en 2008. Inicialmente constaba de 75 ítems pero se ha utilizado, por su mayor brevedad, la versión de 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos: 1 nada de acuerdo, 6 muy de acuerdo. Proporciona 4 escalas (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 y Escala 4: Autosuficiencias emocional e incomodidad con la intimidad) que se obtienen sumando las puntuaciones de sus ítems correspondientes. Este instrumento clasifica, por un lado a los sujetos en seguros e inseguros y por otro lado, discrimina los tres tipos de inseguri-

dad: alejado, preocupado y temeroso-hostil. La corrección se realiza de acuerdo a los criterios de baremación del instrumento, y para interpretar los resultados obtenidos por un sujeto tanto para el estilo de apego seguro e inseguro como para el tipo de apego, se aplicaron los puntos de corte respectivos [1].

2. **Escala de adherencia terapéutica.** Debido a que no se encontró en la bibliografía actual ningún test o prueba que evaluase la adherencia terapéutica global (farmacológica, psicoterapéutica y adherencia al centro) de este perfil de pacientes en estos dispositivos se diseñó una escala que era cumplimentada por los propios profesionales responsables: psicólogo o psiquiatra, enfermera de referencia y terapeutas ocupacionales y/o auxiliares de taller. Se compone de 4 preguntas fijas con una escala de tipo Likert de 4 puntos: 0 Nula, 4 Alta (Apéndices A,B y C). Para el diseño de los ítems de adherencia al servicio de enfermería se tomó como variables a evaluar: la autoadministración y responsabilidad de la medicación, implicación en el tratamiento, cumplimiento de visitas programadas y negociación de los objetivos [24, 25]. A la hora de diseñar los 4 ítems que midiesen la vinculación y adherencia al tratamiento psicoterapéutico se valoraron 4 puntos que Dozier [26] considera esenciales a valorar en cualquier terapia desde una perspectiva de apego: el compromiso con el encuadre de las sesiones, el grado de implicación manifestado en las mismas, la negociación de los objetivos terapéuticos y puesta en práctica. Finalmente, para definir los ítems de la escala de adherencia al centro se recurrió al trabajo realizado por Liberman [27] desde un enfoque de apoyo comunitario ya que en estos tipos de dispositivos se trabajan varias áreas de modo distinto al habitual, como por ejemplo el recurso de los talleres, diseñados no sólo con el fin de una futura reincorporación al mundo laboral sino también como un espacio grupal donde aprender y desarrollar habilidades sociales de cara al alta. “El atributo primario del programa de apoyo comunitario consiste en la globalidad de sus servicios. Deben satisfacerse todas las necesidades de la persona con incapacidad psiquiátrica en el contexto de un centro de salud mental comunitario que coordina la facilitación de servicios que ofrecerán atención médica y psiquiátrica,

alojamiento, pensiones, subvenciones sociales, rehabilitación ocupacional, defensa de derechos,...” Liberman, 1989. Las tres escalas tienen el mismo sistema de corrección que consiste en sumar las puntuaciones de cada uno de los 4 ítems, la suma de las 3 escalas da una puntuación de adherencia terapéutica (total).

6.6. Variables

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, y años desde el diagnóstico de la enfermedad.
2. Adherencia Terapéutica: ver apartado 6.5, punto 2.
3. Estilo de Apego: ver apartado 6.5, punto 1.

6.7. Recogida y análisis de datos

Se realizó un estudio transversal, en que se trataron como variable independiente el tipo de patrón de apego (inseguro vs. seguro) y como variable dependiente el grado de adherencia terapéutica, que conforma el cómputo de: adherencia al tratamiento farmacológico, adherencia al servicio de enfermería, adherencia psicoterapéutica y por último adherencia a las actividades del centro o dispositivo de referencia.

Para el análisis estadístico de los resultados obtenidos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, United States). Previamente al análisis de los datos se comprobó el ajuste de las variables a la normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de datos se realizó con estadísticos descriptivos para las características sociodemográficas de la muestra así como también para la distribución de los estilos de apego y del grado de adherencia.

6.7.1. Análisis descriptivo de la muestra

1. *Variables sociodemográficas.* La media de edad de la muestra fue de 37,4 años. De los 20 sujetos encuestados, el 50 % fueron mujeres y el 50 %

hombres. Proporción hombre-mujer 1:1. En la población total de pacientes diagnosticados de psicosis la prevalencia promedio estimada es de 3.0 por cada 1000 habitantes por año para los hombres, pero levemente más baja para las mujeres: 2.86 por cada 1000. Respecto al diagnóstico; de las 20 personas, el 45 % estaba diagnosticada de Esquizofrenia Tipo Paranoide, 10 % Tipo Desorganizado, el 20 % Trastorno Bipolar, 5 % Tipo Residual y el 20 % de Trastorno Esquizoafectivo.

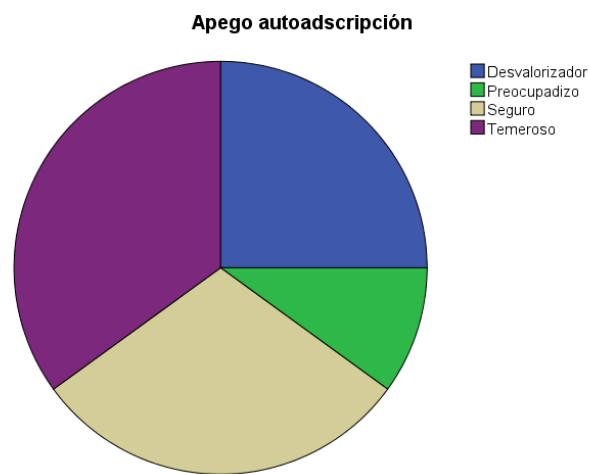


Figura 6.1: Apego según autoadscripción

Cuadro 6.1: Distribución de los estilos de apego en la muestra en función del sexo.

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Estilo de Apego adulto	Inseguro	80 %	80 %	80 %
	Seguro	20 %	20 %	20 %
Total		100 %	100 %	100 %

2. *Estilo de apego.* Respecto al tipo de apego de los sujetos evaluados, se pudo observar que un 20 % de la muestra obtuvo un estilo de apego seguro. A la vez, un 20 % de la muestra fue clasificada con un apego inseguro desvalorizador o evitativo, un 45 % obtuvo un estilo de apego predominantemente inseguro temeroso y un 15 % se consideró como apego preocupado.

El porcentaje por tanto acumulado de estilo de apego inseguro fue del 80 % (ver Figura 6.1).

En cuanto a la distribución del estilo de apego en función del sexo se observó que el 20 % de los hombres obtenían una puntuación que indicaba estilo de apego seguro mientras que el 80 % presentaban un estilo de apego inseguro, el mismo resultado se halla en la muestra femenina (ver tabla 6.1). Una prueba χ^2 encontró que el estilo de apego no está asociado al sexo de manera estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,000$; gl= 1; sig. = 1,000).

Cuadro 6.2: Distribución de los tipos de apego inseguro en la muestra en función del sexo.

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Tipo de Apego Inseguro	Alejado	37.5 %	12.5 %	25 %
	Temeroso	50 %	62.5 %	56.3 %
	Preocupado	12.5 %	25 %	18.8 %
Total		100 %	100 %	100 %

Dentro del estilo inseguro, la distribución porcentual en cuanto a los tipos de apego fue la siguiente: el 50 % de los hombres con apego inseguro y un porcentaje aún mayor de mujeres tienen tipología apego temeroso-hostil. Por otro lado, el apego alejado es más frecuente que el preocupado en hombres, mientras que en mujeres sucede lo contrario. La prueba de χ^2 encontró que las variables tipo de apego y sexo son independientes ($\chi^2 = 1,444$; gl= 2; sig. = 0,486).

3. *Adherencia Terapéutica* La tabla 6.3 muestra la distribución de adherencia en hombres y mujeres. Los resultados indican que el grado de adherencia es más elevado en varones que en mujeres: el 50 % de éstos puntúan en niveles altos y medios. En mujeres, sin embargo, el nivel en que se aglutina el 50 % de la muestra es el bajo.

La prueba de χ^2 encontró que las diferencias en la distribución del grado de adherencia terapéutica no son estadísticamente significativas para hombres y mujeres ($\chi^2 = 0,000$; gl= 1; sig. = 1,000).

Cuadro 6.3: Distribución de la adherencia al tratamiento en función del sexo.

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Adherencia Total	Nula	10 %	10 %	10 %
	Baja	30 %	50 %	40 %
	Media	40 %	40 %	40 %
	Alta	20 %		10 %
Total		100 %	100 %	100 %

La relación entre estilo de apego y adherencia al tratamiento arrojó los siguientes resultados: todos los sujetos con adherencia nula tienen estilo de apego inseguro, mientras que los sujetos de adherencia baja se distribuyen en la proporción 7:1, es decir, por cada 7 sujetos de apego inseguro y baja adherencia hay 1 de apego seguro que puntúa en baja adherencia. Respecto al grado de adherencia media-alta vemos que la tendencia se invierte, presentando mayores tasas de adherencia los sujetos con apego inseguro. Se realizó la prueba de χ^2 ($\chi^2 = 2,813$; gl=3; sig.= 0.421) encontrando que el nivel de adherencia es independiente del estilo de apego que presenten los sujetos. Véase Tabla 6.4.

Cuadro 6.4: Distribución del grado de adherencia en función del estilo de apego.

		Adherencia Terapéutica Total				Total
		Nula	Baja	Media	Alta	
Estilo de Apego	Inseguro	100 %	87.5 %	62.5 %	100 %	80 %
	Seguro		12.5 %	37.5 %		20 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Dentro de la categoría apego inseguro el grado de adherencia se distribuye de modo diferente en función del estilo. En la Tabla 6.5 se puede observar que el porcentaje de adherencia nula se concentra íntegramente en el tipo alejado y el mayor porcentaje de adherencia baja en el temeroso. La distribución de porcentaje respecto al grado de adherencia media y alta es más homogénea entre los 3 tipos, concentrándose la alta en el tipo de

apego alejado y en el preocupado. Se realizó la prueba de χ^2 ($\chi^2= 11,638$; $gl=6$; $sig.=0.071$) encontrando que el nivel de adherencia no está asociado al tipo de apego de manera estadísticamente significativa.

Cuadro 6.5: Distribución del grado de adherencia en función de la tipología de apego inseguro.

		Adherencia Terapéutica Total				Total
		Nula	Baja	Media	Alta	
Tipo Inseguro	Alejado	100 %		20 %	50 %	25 %
	Temeroso		85.7 %	60 %		56.3 %
	Preocupado		14.3 %	20 %	50 %	18.8 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Respecto al grado de adherencia al tratamiento psicoterapéutico, se observó que los sujetos con adherencia nula o baja, presentaban un estilo de apego inseguro. En cambio, todos los sujetos con apego seguro se concentran en la categoría de alta o baja adherencia. Dentro del estilo inseguro, la distribución según la tipología arrojó los siguientes resultados: El tipo alejado fue el único que obtuvo tasas de adherencia nula, la baja adherencia en cambio se concentró en los tipos temeroso–hostil y preocupado. Todos los tipos presentan en mayor (temeroso) o menor proporción puntuación en adherencia alta. Ver tabla 6.6 y Fig. 6.2. La prueba χ^2 ($\chi^2= 9,794$; $gl=6$; $sig.=0,138$) determinó que las diferencias no son significativas.

Cuadro 6.6: Distribución del grado de adherencia psicoterapéutica en función de la tipología de apego inseguro.

		Adherencia a la psicoterapia				Total
		Nula	Baja	Media	Alta	
Tipo Inseguro	Alejado	100 %			25 %	25 %
	Temeroso		66.7 %	100 %	50 %	56.3 %
	Preocupado		33.3 %		25 %	18.8 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

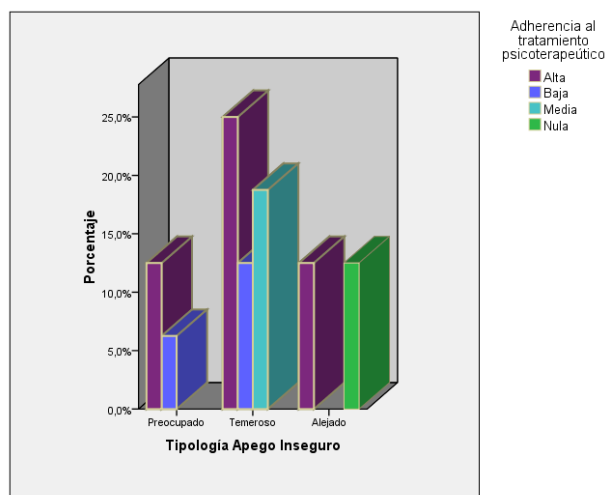


Figura 6.2: Adherencia al tratamiento terapéutico y Apego

Cuadro 6.7: Distribución del grado de adherencia en función del tiempo desde el diagnóstico.

		InicioE		Total
		≤ 10 años	> 10 años	
Adherencia Total	Nula		15.4 %	10 %
	Baja	42.9 %	38.5 %	40 %
	Media	28.6 %	46.2 %	40 %
	Alta	28.6 %		10 %
Total		100 %	100 %	100 %

En la tabla 6.7 se observa la relación entre el grado de adherencia y los años transcurridos desde el diagnóstico hasta ahora. De los sujetos que hace más de 10 años que les debutó la enfermedad, más de la mitad (53.8%) muestran un nivel de adherencia baja o nula. En cambio, más del 55 % de los sujetos con menos de 10 años de evolución, presentan niveles de adherencia media y alta, destacando que casi el 30 % de ellos presentan adherencia alta. Conviene resaltar que, con respecto a las adherencias extremas, los resultados muestran que la adherencia alta sólo se halla representada en sujetos con menos de 10 años de debut, en cambio la nula

se concentra en sujetos con más de 10 años.

La prueba χ^2 ($\chi^2 = 5,165$, $gl=3$; $sig. = 0,160$) muestra que no se presentan diferencias relevantes.

6.8. Discusión

El propósito de nuestro estudio era comprobar si existe una mayor presencia de apego inseguro en pacientes con esquizofrenia o psicosis frente a seguro, y si en función del tipo de apego existen diferencias en la adherencia al tratamiento.

6.8.1. Apego inseguro frente a Apego seguro

Con respecto a nuestra primera hipótesis “La presencia de patrón de apego inseguro será mayor que el doble frente a la de apego seguro en pacientes con esquizofrenia o psicosis” vemos como se confirma que el apego inseguro está más presente en la muestra. Los resultados muestran una alta prevalencia de apego inseguro entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia o psicosis que acuden al Centro de Día o están ingresados en la Unidad de Media Estancia del C.R.P “Nuestra Señora del Pilar”, siendo más del doble (80 %) frente a la prevalencia del apego seguro (20 %). Dentro del estilo de apego inseguro este se discrimina así: apego inseguro temeroso-hostil 45 %, apego inseguro alejado o evitativo 20 % y apego preocupado 15 %. Estos hallazgos son similares a los datos presentados por Dozier *et al.*, donde el porcentaje de sujetos, también diagnosticados de esquizofrenia, con apego seguro era mucho menor que el porcentaje de sujetos con apego inseguro, y dentro de éste tipo había un mayor número de casos con apego alejado y temeroso-hostil que preocupado.

6.8.2. Sexo y Apego

En cuanto a la variable sexo, la prueba χ^2 muestra que el sexo y el estilo de apego son dos variables independientes, confirmándose nuestra hipótesis y encontrando resultados similares a los hallados por otros autores como Collins y Read [10] o Levy y Davis [12], quienes no encontraron diferencias en la distribución del apego de acuerdo al género. En nuestra muestra existen diferencias entre hombres y mujeres en la distribución porcentual de los cuatro estilos de

apego: hay más mujeres dentro del tipo temeroso-hostil que hombres (50 % en hombres y 62 % en mujeres), confirmando los resultados hallados por otros autores (Feeney y Noller [28], Bartholomew y Horowitz [9]) donde las mujeres se agrupan con mayor frecuencia en la categoría de apego temeroso. Sin embargo, en contra de lo vaticinado en el punto 5.2, el tipo alejado no es el más abundante en hombres (ver tabla 6.2). Una posible explicación es la renuencia a asistir al centro por parte de los sujetos de ese tipo de apego inseguro. En cualquier caso, vemos que el perfil alejado es más frecuente en hombres que en mujeres; por lo que nuestra hipótesis queda parcialmente confirmada.

Las diferencias en la distribución de los estilos de apego pueden deberse a las diversas formas de crianza en función del sexo. Las demandas de un mundo globalizado y exigente, en el cual se promueven fuertes valores de autonomía, individualismo e independencia emocional podrían ser un factor influyente en la formación del apego evitativo o alejado en los hombres [29].

6.8.3. Sexo y Adherencia

Las diferencias en la distribución del grado de adherencia terapéutica no son estadísticamente significativas por lo que se infiere que es independiente del sexo de los sujetos. En general, los hombres muestran un grado de adherencia más elevado frente a las mujeres, lo cual contradice a algunos de los estudios en los cuales se ha señalado el sexo varón como factor sociodemográfico de riesgo para una mala adherencia [30], si bien no todos los estudios han hallado esta asociación [23]. En nuestro estudio dicho resultado puede verse influido porque varios casos masculinos, a pesar de ser seleccionados aleatoriamente, contaban con una mayor experiencia en el recurso, llevando más años asistiendo al mismo lo cual puede explicar también una mayor adherencia.

6.8.4. Apego y Adherencia

Por otro lado, aunque estadísticamente las diferencias encontradas en los grados de adherencia son independientes de la variable tipo de apego, se puede observar que los sujetos con apego seguro mostraban menores tasas de nula o baja adherencia que aquellos sujetos con apego inseguro, lo cual va en consonancia con los trabajos de Dozier donde afirma: “los estados anímicos de los adultos en

relación con el apego dentro del contexto de esquizofrenia y trastorno bipolar, podrían explicar la implicación y el compromiso con el servicio, así como el uso que se hace del tratamiento” [26].

Dentro de los tipos de apego inseguro el único que presentaba tasa de adherencia nula era el alejado o evitativo, y el que mayor adherencia el preocupado, esto puede explicarse desde el estilo de apego ya que las personas con apego preocupado forman una representación de la interdependencia en la cual requieren de mayor seguridad y necesitan regular la ansiedad interpersonal, pudiendo depositar en los profesionales la responsabilidad de su bienestar [8, 9].

Todo lo contrario sucede con los sujetos con apego evitativo o alejado: no depositan en el otro nada suyo, tendiendo a alejarse y desconfiar, mostrando incomodidad a la intimidad incluyendo a los profesionales [19, 8, 9]. A su vez muestran el mayor porcentaje de sujetos con adherencia nula en el tratamiento psicoterapéutico, confirmándose nuestra hipótesis. Esto puede deberse a que este tipo de tratamiento requiere de un clima de confianza e íntimo, clima en el que el paciente con apego alejado no se siente cómodo.

Sorprende que el 50 % de los sujetos con alta adherencia sean de tipo alejado, no obstante estos resultados han de analizarse teniendo en cuenta el reducido tamaño muestral y la reticencia a participar en el estudio por parte de este perfil de sujetos.

6.8.5. Adherencia y tiempo de evolución

Como variable adicional, se incluyó el periodo que ha transcurrido desde el diagnóstico y se estudió en asociación con la adherencia. La prueba χ^2 evidenció la independencia de ambas variables. Los resultados muestran mayor porcentaje de casos de adherencia nula en sujetos cuyo debut fue hace más de 10 años, confirmando nuestra hipótesis y apoyando lo señalado en otros estudios [31], asociándose el incumplimiento a un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Los sujetos que llevan menos años de evolución muestran mayor grado de adherencia.

Capítulo 7

Conclusiones

A partir del análisis y discusión de los resultados obtenidos en esta investigación, cuyo objetivo fue establecer estudiar la relación entre los estilos de apego en pacientes esquizofrénicos y psicóticos y la adherencia terapéutica, se plantean las siguientes conclusiones:

1. La presencia de apego inseguro es más del doble en sujetos diagnosticados de esquizofrenia u otro trastornos psicótico frente a la presencia de apego seguro.
2. Sujetos que presentan un apego seguro presentan mayor grado de adherencia que sujetos que presentan apego inseguro, los cuales presentan mayores porcentajes de baja o nula adherencia.
3. El tipo de apego evitativo es el que mayor porcentaje de casos con adherencia baja o nula acumula en el tratamiento psicoterapéutico.
4. Los hombres se agrupan con mayor frecuencia en la categoría estilo alejado y las mujeres en estilo temeroso–hostil.
5. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica respecto al estilo y tipo de apego, lo que indica que ambas variables son independientes.
6. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el estilo de apego respecto al género, lo que indica que la presencia de apego seguro o inseguro es independiente del sexo del sujeto.

7. Los sujetos que hace menos de 10 años que les debutó el trastorno mostraron mayor adherencia al tratamiento que aquellos que debutaron hace más de 10 años.

7.1. Limitaciones y recomendaciones

Una de las principales limitaciones del estudio es la muestra tan pequeña con la que se ha contado y que no ha permitido un análisis estadístico más profundo como en un principio hubiera sido deseado (correlación de Pearson, por ejemplo). Pero en este sentido, no se deben obviar las características específicas de la población objeto de estudio (el número de personas que acude a estos dispositivos es reducido y algunos con graves deterioros cognitivos) y su relación con el otro (suspiciacia, desconfianza, tendencia a la ideación delirante autorreferencial) que requiere un tiempo de vinculación y acercamiento entre sujeto e investigadora para aceptar y responder sinceramente a pruebas de contenido íntimo (relaciones familiares, pareja, amigos, otros,...) así como el tiempo físico de acceso a este dispositivo por parte de la investigadora, siendo de tan sólo 3 meses en cada recurso.

Otra de sus limitaciones es la escasa bibliografía relevante encontrada que dificulta comparar los resultados obtenidos con otros estudios, aunque a la vez dota de originalidad al presente proyecto. Como posibles recomendaciones sugeridas a partir de esta investigación podemos citar:

- Replicar esta investigación con un tamaño muestral mayor y sujetos que acudan a otros recursos como por ejemplo consultas externas.
- Validar el instrumento diseñado ex profeso para medir el grado de adherencia.
- Contemplar otras variables relevantes como por ejemplo el número de hospitalizaciones durante el tratamiento o periodos de abandono del mismo.
- Replicar esta investigación con muestras de diferentes características psicopatológicas como trastornos depresivos o trastornos neuróticos.

Bibliografía

- [1] R. Melero and M. Cantero, “Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto,” *Clínica y Salud*, vol. 8, no. 1, pp. 83–100, 2008.
- [2] J. Bowlby, *El apego y la pérdida: El apego*. Paidós, 1969.
- [3] J. Bowlby, *El apego y la pérdida: La pérdida afectiva, triteza y depresión*, vol. 3. Paidós, 1980.
- [4] M. Ainsworth, M. Blehar, E. Waters, and S. Wall, *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, 1978.
- [5] N. Balluerka, F. Lacasa, A. Gorostiaga, A. Muela, and B. Pierrehumbert, “Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego,” *Psychotema*, vol. 23, no. 3, pp. 486–494, 2011.
- [6] E. Waters, S. Merrick, D. Treboux, J. Crowell, and L. Albersheim, “Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study,” *Child Development*, vol. 71, pp. 684–689, 2000.
- [7] N. Weinfield, A. Sroufe, and B. Egeland, “Attachment from in infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates,” *Child Development*, vol. 71, pp. 695–702, 2000.
- [8] K. Bartholomew, “Avoidance of intimacy: An attachment perspective,” *Journal of Social and Personal Relationships*, no. 7, pp. 141–178, 1990.
- [9] K. Bartholomew and L. Horowitz, “Attachment styles among young adults: a test of a four category model,” *Journal of Social and Personal Relationships*, no. 61, pp. 226–244, 1991.

- [10] N. Collins and S. Read, "Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples.," *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 58, pp. 644–663, 1990.
- [11] J. Feeney and P. Noller, "Attachment style as a predictor of adult romantic relationships.," *Journal of personality and Social Psychology*, vol. 58, pp. 281–291, 1990.
- [12] M. Levy and K. Davis, "Love styles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics.," *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 5, pp. 439–471, 1988.
- [13] R. Kobak and A. Sceery, "Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others," *Child Development*, vol. 59, pp. 135–146, 1988.
- [14] M. Dozier, K. Stovall, and K. Albus, capítulo. Attachement and psychopathology in adulthood. en *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. Nueva York: Guildford Press, 1999.
- [15] K. Levy, "The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder," *Development and Psychopathology*, vol. 17, pp. 959–986, 2005.
- [16] A. Gumley and M. Schwannaver, capítulo. La Teoría del apego, el fenómeno de la autorregulación y la psicosis, en "Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico" pp. 371–386. Madrid: Desclee de Brouwer, 2008.
- [17] J. Bowlby, *El apego y la pérdida: La separación*, vol. 2. Paidós, 1973.
- [18] M. Dozier and R. Kobak, "Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies," *Child Development*, vol. 63, no. 6, pp. 1473–1480, 1992.
- [19] M. Dozier, "Attachment organization and the treatment use for adults with serious psychopathological disorders," *Development and Psychopathology*, vol. 2, no. 1, pp. 47–60, 1990.
- [20] M. DiMatteo and D. DiNicola, *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role*. New York: Pergamon Press, 1982.

- [21] J. Hernández, F. Acosta, and J. Pereira, “Adherencia terapéutica,” *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, vol. 9, no. 1, pp. 13–28, 2009.
- [22] L. Martín and J. Grau, “La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud,” *Psicología y Salud*, vol. 14, no. 1, pp. 89–99, 2004.
- [23] J. Lacro, L. Dunn, S. Leckband, and D. Jeste, “Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature,” *Journal Clinical Psychiatry*, vol. 63, no. 10, pp. 892–909, 2002.
- [24] R. Cirici, “La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos,” *Rev. Psiquiatría*, vol. 29, no. 4, pp. 637–51, 2002.
- [25] J. González, I. Cuixart, H. Manteca, M. Carbonell, and J. Armengol, “La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería,” *Enfermería global*, vol. 7, 2005.
- [26] M. Dozier, K. Cue, and L. Barnett, “Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, no. 4, pp. 793–800, 1994.
- [27] R. Liberman, *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 1989.
- [28] J. Feeney and P. Noller, *Adult attachment*. CA: Sage: Thousand Oaks, 1996.
- [29] J. Rempel and J. Holmes, capítulo. Trust in close relationship, en Hendrick, C: *Review of Personality and Social Psychology: Close relationships* Sage: Newbury Park, 2004.
- [30] D. Velligan, Y. Lam, D. Glahn, J. Barret, N. Maples, and L. Ereshefsky, “Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature,” *Schizophr Bull*, vol. 32, no. 4, pp. 724–742, 2006.
- [31] G. Remington, J. Kwon, A. Collins, D. Laporte, S. Mann, and B. Christensen, “The use of electronic monitoring to evaluate antipsychotic compli-

ance in outpatients with schizophrenia,” *Schizophr Res.*, vol. 90, no. 1–3, pp. 229–237, 2007.

Apéndice A

Escala de adherencia terapéutica al servicio de enfermería

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, lea detenidamente y rodee con un círculo la opción de frecuencia: “nunca”, “a veces”, “a menudo” o “siempre” que mejor describe al paciente.

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Cumple el régimen de la medicación.	0	1	2	3
2. Se implica o intenta implicar lo máximo. posible en su tratamiento farmacológico	0	1	2	3
3. Asiste con regularidad a las citas del servicio y en caso contrario lo comunica.	0	1	2	3
4. Participa y negocia con usted conjuntamente los próximos objetivos a trabajar.	0	1	2	3

Apéndice B

Escala de adherencia terapéutica al tratamiento psicoterapéutico

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, lea detenidamente y rodee con un círculo la opción de frecuencia: “nunca”, “a veces”, “a menudo” o “siempre” que mejor describe al paciente.

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Asiste con regularidad a las citas del servicio y en caso contrario lo comunica.	0	1	2	3
2. Participa y negocia con usted conjuntamente los próximos objetivos a trabajar.	0	1	2	3
3. Pone en práctica de manera continuada las pautas acordadas en las sesiones	0	1	2	3
4. Muestra iniciativa a la hora de abordar temas o expresión de sentimiento	0	1	2	3

Apéndice C

Escala de adherencia terapéutica al centro

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, lea detenidamente y rodee con un círculo la opción de frecuencia: “nunca”, “a veces”, “a menudo” o “siempre” que mejor describe al paciente.

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Asiste regularmente a las actividades negociadas con él.	0	1	2	3
2. Participa en actividades extraordinarias como viajes, excursiones o club social.	0	1	2	3
3. Participa en la asamblea o reuniones colectivas del centro.	0	1	2	3
4. Está al tanto de las noticias referentes al centro y a sus compañeros	0	1	2	3

Apéndice D

Consentimiento Informado

Yo, D/Dña: _____ he sido informado/a de que:

Se está realizando una investigación con motivo de un proyecto Fin de Máster, dicha investigación estudia la posible relación existe entre estilo de apego y la adherencia al tratamiento y si ésta influye en la calidad de vida.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Se recogerán algunos datos personales de las personas participantes. Toda la información recogida se hallará sujeta a la más estricta confidencialidad y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación.

La firma de un consentimiento informado no implica necesariamente un compromiso permanente e inamovible con respecto a la participación en el estudio. En cualquier momento durante el desarrollo del mismo puede revocarse el consentimiento dado previamente sin consecuencia alguna para el tratamiento que el paciente pudiera recibir.

Yo, D/Dña: _____, tras haber entendido todo lo expuesto previamente y aclaradas con el profesional encargado del estudio todas mis dudas respecto al mismo, doy mi consentimiento para participar en el estudio señalado.

Firma del participante
Nombre _____

Firma del profesional
Nombre _____

En Zaragoza, a _____ de _____ de _____