

ESTILOS DE APEGO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS



CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2014

ESTILOS DE APEGO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

Trabajo de grado para optar al título de Psicólogo

Asesor

PS. MSc. SANDRA MILENA FONTECHA PABÓN

Docente asociada a la Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2014

## DEDICATORIA

**A la memoria de mis padres**

**Ernesto A. Blanco Rojas y Aminta Gutiérrez de Blanco**

**Quienes me entregaron una base afectiva segura para poder salir a recorrer el mundo con un mensaje muy, pero muy claro: *jamás hacerme daño a través de mis conductas, ni dañar a otros con mis decisiones.***

**Paz en su tumba.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi asesora Sandra Milena Fontecha Pabón por su colaboración durante la elaboración del presente trabajo.**

**A mi hermana Clara Inés Blanco de Galvis por sus permanentes palabras de ánimo, apoyo y reconocimiento durante todo el tiempo de mis estudios de Psicología.**

**A mi esposo, padre de mis tres hijos, compañero de larga data por la ruta de mi existencia, con quien construí mi proyecto de vida...por haberse adaptado a vivir con una estudiante.**

**A mis hijos Tomás Carlos, María Clara y José Francisco Durán Blanco por su apoyo incondicional cada vez que necesité sortear los obstáculos de la tecnología o las dificultades propias de una persona “mayor” inmersa en un entorno universitario, sin importar la hora del día, de la noche o de la madrugada, cuando requería que vinieran a “rescatarme”.**

**Y, mis GRACIAS TOTALES, a mi hija María Clara Durán Blanco por su acompañamiento, tanto físico como afectivo, durante el tiempo de la elaboración de este documento. Fueron muchos días de trasnochos y estrés...donde su amor, su entrega, sus luces, su acertada orientación y su voluntad de servicio llegaron en el momento en que más los necesitaba. Ese tipo de ayuda jamás tendrá precio...porque ésta sale del corazón. Infinita gratitud !!!**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
OBJETIVOS .....	6
MARCO TEÓRICO .....	7
METODOLOGÍA	
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
POBLACIÓN .....	34
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	35
INSTRUMENTOS .....	36
PROCEDIMIENTO .....	38
RESULTADOS.....	48
DISCUSIÓN .....	63
CONCLUSIONES .....	76
RECOMENDACIONES .....	77
REFERENCIAS .....	79
ANEXOS .....	86

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Correlación entre puntajes del PBI, tipo de vínculo parental y estilo de apego.....	37
Tabla 2.1 Datos sociodemográficos de las mujeres participantes .....	48
Tabla 2.2 Datos sociodemográficos de los hombres participantes .....	59
Tabla 3. Puntajes obtenidos para las variables del vínculo materno .....	50
Tabla 4. Puntajes obtenidos para las variables del vínculo paterno .....	51
Tabla 5. Tipos de vínculo y estilos de apego parentales .....	53

Der. Autor: CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado .....	86
Anexo 2. Ficha sociodemográfica .....	88
Anexo 3. Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I.) .....	90
Anexo 4. Entrevista para explorar en adultos los vínculos afectivos con cuidadores primarios .....	92
Anexo 5. Categorización y análisis de las entrevistas .....	95

Der. Autor: CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** Estilos de apego en una muestra de pacientes oncológicos

**AUTOR(ES):** Carmen Dolores Blanco de Durán

**FACULTAD:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Ps. MSc. Sandra Milena Fontecha Pabón

### **RESUMEN**

Se ha sugerido un posible vínculo entre la teoría del apego y el cáncer a partir de lo encontrado en estudios de las relaciones interpersonales, el control emocional y la salud. El propósito de este estudio es explorar y describir los estilos de apego en una muestra conformada por 10 pacientes (5 hombres y 5 mujeres) con diferentes tipos de cáncer, mediante el Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) validado para población colombiana por Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano (2010) y la aplicación de una entrevista semiestructurada diseñada para explorar su percepción acerca de las relaciones vinculares establecidas con las figuras parentales y/o sus cuidadores primarios. Se utilizó un enfoque mixto con un diseño no experimental, transversal y descriptivo. Los resultados muestran una prevalencia de estilos de apego inseguro, presencia de conflicto interno, idealización de figuras parentales, incoherencia entre lo seleccionado en las afirmaciones del PBI y el contenido del discurso durante la entrevista, y fallas en el desarrollo de las interacciones tempranas entre padres e hijos, condiciones que eventualmente podrían establecer algún nexo entre apego y cáncer.

### **PALABRAS CLAVES:**

Apego, estilos de apego, figura de apego, apego inseguro, cáncer

**Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** Attachment styles in a sample of cancer patients.

**AUTHOR(S):** Carmen Dolores Blanco de Durán.

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Ps. MSc. Sandra Milena FontechaPabón.

### ABSTRACT

Research in interpersonal relations, emotional control and health has suggested a possible link between attachment theory and cancer. The purpose of this study is to explore and describe the attachment styles in a sample of 10 patients (5 men and 5 women) with different types of cancer using the Parental Bonding Instrument (PBI) validated for Colombian population by Gómez, Vallejo, Villada and Zambrano (2010) and the application of a semi-structured interview designed to explore their perceptions about attachment relationships established with parental figures and/or their primary caregivers. A mixed approach, with a non-experimental, cross-sectional and descriptive design was used. The results show a prevalence of insecure attachment styles, the presence of internal conflict, idealization of parental figures, inconsistency between the selected statements in the PBI and the speech content during the interview, and failures in the development of early parent-child relationship, conditions that could eventually establish a link between attachment and cancer.

### KEYWORDS:

Attachment, attachment styles, attachment figure, insecure attachment, cancer.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## INTRODUCCIÓN

***“Se puede decir que el análisis de los diversos vínculos de un sujeto determinado da cuenta exacta del estado de su aparato psíquico. El hombre es lo que establecen sus diferentes vínculos”*** (Caparrós, 2004, p. 17).

La Teoría del Apego fue desarrollada hace más de 30 años y sus postulados se refieren al efecto de las experiencias tempranas sobre el desarrollo emocional del niño. En esta teoría “el sistema de *apego* es visto como una configuración interna que permite un conjunto de comportamientos de apego (llorar, buscar, aproximar) que se organizan flexiblemente alrededor de una particular *figura de apego*” (Buchheim & Kachele, citados por Martínez & Núñez, 2007, p. 261). Determinadas condiciones de estrés, van a efectuar una fuerte activación del sistema de apego en el niño, quien buscará protección y seguridad aproximándose a su figura de apego (Martínez & Núñez, 2007).

La Teoría del Apego, producto de las investigaciones del psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990) y de la psicóloga Mary Ainsworth (1913-1999), planteó los efectos de la separación maternal sobre el desarrollo de la personalidad en los hijos. Separación maternal, entendida, no solo por la cercanía o lejanía física, sino por cercanía o lejanía afectiva, a pesar de estar ese cuidador primario –presencialmente- al lado del bebé, incluyéndose también aquí las conductas negligentes, tanto a nivel físico como afectivo.

Quince años se tomó Bowlby para escribir su famosa trilogía, publicada bajo el título general de *Apego y pérdida*. Estos primeros tres libros, donde están recopiladas las principales investigaciones sobre la teoría del apego, iniciaron su aparición en público con la publicación del

primer ejemplar en 1969, con el nombre de *Apego (Apego y pérdida I)*, el segundo libro lleva por nombre *Separación: Ansiedad y rabia (Apego y pérdida II)* en 1972, y el tercero se titula *Pérdida: tristeza y depresión (Apego y pérdida III)* en 1980 (Mooney, 2010).

Bowlby (1969, 1972, 1980, 2009, 2014), acude a múltiples fuentes para estructurar sus conceptos: la etología, el psicoanálisis y la teoría de los sistemas. Así mismo, aprovecha toda la experiencia acumulada durante sus observaciones dentro de contextos clínicos e institucionales con niños que presentaban trastornos y dificultades de adaptación, incluyendo bebés y niños separados de su cuidador primario durante períodos de tiempo variables, así como madres de primates no humanos y sus crías. Sus aportes teóricos facilitan la comprensión del desarrollo y mantenimiento del apego (Feeney&Noller, 2001).

Diversas corrientes médicas y psicológicas se beneficiaron del acervo teórico aportado por Bowlby, motivando a múltiples grupos de investigadores alrededor del mundo a trabajar bajo los lineamientos entregados por él en su Teoría del Apego. Las primeras investigaciones sobre la interacción entre los estilos de apego y la salud, se centraron en las posibles implicaciones que tendrían los estilos de apego sobre la salud psíquica de los individuos. Posteriormente, algunos estudios se direccionaron en busca de sus efectos sobre la salud física, con intereses específicos sobre el apego y el cáncer, surgiendo investigadores como Tacón (2001, 2002, 2003), quien desarrolló en la universidad de Texas una línea de investigación sobre los estilos de apego y su relación con las patologías malignas, cuyos estudios motivaron a quien hoy realiza el presente trabajo de grado, para explorar los estilos de apego en pacientes oncológicos colombianos, ubicados en la ciudad de Bucaramanga, en razón a que las publicaciones de Tacón (2001, 2002, 2003) contenían información donde se mencionaba de manera explícita la existencia de una conexión entre apego y cáncer. Debe agregarse aquí la dificultad para tener acceso a la literatura

especializada en español, dada su escasez en este idioma, puesto que el porcentaje más alto de publicaciones respetables, que cuentan con respaldo científico y académico sobre este tema, se encuentran en inglés e, incluso, en francés.

## JUSTIFICACIÓN

Este proyecto presenta relevancia social al beneficiar un grupo específico de la sociedad: la comunidad de pacientes oncológicos. Indagar sobre aspectos afectivos del paciente con cáncer puede orientar en la búsqueda de soluciones encaminadas al diseño e implementación de mejores y más especializados protocolos de intervención, así mismo, rastrear las redes de apoyo de los pacientes, saber si se cuentan con ellas y, en caso de no hacerlo, ver cuáles son las posibilidades de conseguir este tipo de apoyo emocional. Al tener conocimiento del tipo de apego presente en dichos individuos, se abre un camino para trabajar en el fortalecimiento de sus redes de apoyo.

Tiene implicaciones prácticas, porque puede suplir necesidades existentes dentro de la IPS Cal-Oncológicos / Master Cáncer, en cuanto al servicio de asistencia psicológica se refiere, convirtiéndose en el punto de partida, para que en un futuro, se diseñen protocolos encaminados al adecuado conocimiento, manejo y afrontamiento de las implicaciones emocionales causadas por el impacto de la enfermedad en el paciente. Por lo tanto, conocer la percepción de los usuarios de un servicio médico sobre diferentes aspectos inherentes a su enfermedad, es fundamental, de acuerdo a lo afirmado por Rodríguez y Do Muño (2010), “para detectar oportunidades de mejorar y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y conseguir, así, una mayor calidad de la asistencia y un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta” (p. 92) y, especialmente, cuando ese beneficio está

direccionado al área emocional del enfermo, con las respectivas repercusiones, tanto en el paciente, como en su familia. Incluye un valor teórico, al no encontrarse estudios con los lineamientos dentro de los que se pretende trabajar aquí. La literatura disponible sobre el tema a nivel nacional es completamente nula y, a nivel internacional sí se cuenta con alguna literatura especializada a ese respecto, pero es escasa la que esté respaldada por una comunidad científica sólida y respetable. Así mismo, el presente trabajo posee utilidad metodológica porque abre la posibilidad de incursionar, tanto en el diseño de nuevos instrumentos para evaluar aspectos emocionales del paciente oncológico relacionados con la construcción de sus vínculos afectivos, como en la validación de otros que ya existan pero que no se encuentren adaptados a la población colombiana.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los estilos de apego presentes en una muestra de pacientes oncológicos que reciben servicios médicos en la IPS Cal-oncológicos / Master Cáncer de la ciudad de Bucaramanga?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Explorar los estilos de apego en una muestra de pacientes oncológicos que reciben servicios médicos en la IPS Cal-oncológicos / Master Cáncer de la ciudad de Bucaramanga.

### **Objetivos específicos**

Identificar los estilos de apego presentes en una muestra de pacientes oncológicos de la IPS Cal-oncológicos / Master Cáncer, mediante la aplicación de instrumentos seleccionados para tal fin.

Describir los estilos de apego presentes en una muestra de pacientes oncológicos que reciben servicios médicos en la IPS Cal-oncológicos / Master Cáncer.

### **MARCO TEÓRICO**

La teoría del apego, desarrollada por Bowlby (1969, 1996, 2014), postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Como núcleo de la teoría se encuentra la reciprocidad de las relaciones tempranas, la que es una precondition del desarrollo normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo a los humanos (Hofer, citado por Fonagy, 1999). Antes de surgir las investigaciones de Bowlby, llegó a postularse que el apego se formaba por interacción entre impulsos y reforzamiento (Pinedo & Santelices, 2006).

Bowlby (1982) calificó con los siguientes términos la conducta de apego:

...cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta (Bowlby, 1982, p. 40).

## Antecedentes de la Teoría del Apego

Melanie Klein supervisó los primeros trabajos de Bowlby con niños, pero posteriormente él empezó a disentir del enfoque kleiniano, inclinándose por un posición orientada hacia la educación, los aspectos sociales y familiares. Bowlby, inicialmente, está alineado con el enfoque psicoanalítico respecto al desarrollo de emociones sanas en niños, aunque más tarde replantea dichas tesis y considera que ese enfoque se encuentra demasiado centrado en las fantasías internas, descuidando la importancia que él considera debe otorgársele a las primeras experiencias reales de un neonato con sus progenitores. En ese momento, Bowlby específicamente, deseaba volcar todo su interés sobre las interacciones del bebé con sus padres (Bowlby, 2014). También descubrió que los infantes que sufrían de privación afectiva grande, podían desarrollar la misma sintomatología que había observado en su investigación con jóvenes delincuentes que carecían de afecto (Fonagy, 2004).

En 1948, Bowlby realizaba sus trabajos en el Departamento Infantil de la Clínica Tavistock en Londres, cuando fue llamado por la Organización Mundial de la Salud (WHO) para solicitarle la labor de investigar las necesidades de los niños huérfanos, carentes de un hogar y sin ningún contacto con sus familias de origen, provenientes de la destrucción generada por la Segunda Guerra Mundial. Al concluir este estudio, manifestó que se consideraba de vital importancia para la supervivencia y el desarrollo adecuado de los infantes, la necesidad de forjar una relación cálida entre el niño y la madre, siendo tan importante como la provisión de comida, los cuidados físicos infantiles, la estimulación y la disciplina (Mooney, 2010).

Dentro de la génesis que toda teoría conlleva, aparecen unas influencias y aportes puntuales, que el propio Bowlby (2014) reconoce con las siguientes palabras:

Me parece probable que los estudios sobre motivación en niños pequeños, y en especial el estudio del modo en que una madre y su hijo lactante desarrollan su relación, tan cargada de afectividad y qué tan central interés reviste para el psicoanálisis, ganarán mucho en precisión y claridad a partir de la aplicación de conceptos y métodos de investigación derivados de la escuela europea de estudios sobre el comportamiento animal, a cuya cabeza están Lorenz y Tinbergen que se conoce frecuentemente con la denominación de etología. Sospecho, asimismo, que nuestra visión del mundo cognitivo que el lactante y el niño pequeño crea por sí mismo, para habitarla luego y para moldearla finalmente, progresará en gran medida gracias a los conceptos y los métodos de investigación creados por Piaget. De modo similar, es de esperar que la teoría del aprendizaje arroje luz sobre los procesos que tienen lugar en los críticos meses y años en los que nace una nueva personalidad (Bowlby, 2014, p.53).

Dada su insatisfacción con la perspectiva psicoanalítica, Bowlby adhirió a las teorías etológicas de Konrad Lorenz, Niko Tinbergen y Robert Hinde, quienes se concentraban en los fundamentos evolutivos de la conducta para poder explicar las relaciones de apego madre-hijo (Bowlby, 2014). Los estudios de Lorenz (citado por Vega, 2013), con gansos y patos a mediados del siglo XX habían impresionado a Bowlby, valorando y dando crédito a esos hallazgos que demostraban cómo las aves podían desarrollar un estrecho vínculo con la madre (lo que se conoce como la teoría instintiva) pero sin que existiera la mediación del alimento como elemento generador del vínculo. Hacia 1950 la teoría de Bowlby ya presentaba un contenido de carácter más neurobiológico, al comparar comportamientos humanos con los de las especies animales. Sus detractores aprovecharon esta circunstancia para acusarlo de ignorar el inconsciente y fue duramente criticado por los seguidores de Freud, específicamente por sus intereses hacia la etología y la biología darwiniana (Bowlby, 2014).

Años más tarde, Bowlby trabaja de manera específica en la construcción de su Teoría del Apego, impulsado por los resultados de los experimentos del psicólogo Harry Harlow con monos, quien había descubierto la necesidad universal de contacto, producto de sus estudios sobre el apego y la socialización en la relación madre-cría con macacos (el experimento de la madre de alambre, facilitadora de alimento y la madre de fieltro, facilitadora de abrigo), que incluían descubrimientos sobre los efectos negativos para el desarrollo psicológico y de la conducta sexual cuando se produce una separación temprana entre madre-cría, derivando en grandes alteraciones emocionales, especialmente depresión (Vega, 2013).

Respecto a estos tipos de patologías, Mason, Platts & Tyson (citados por Santelices, Guzmán & Garrido, 2011), mencionan que existen numerosos estudios que señalan la presencia de psicopatología asociada a estilos de apego inseguro en los adultos y, que también está vinculada con la presencia de relaciones de apego inseguro en la infancia de esos pacientes. Dentro de una línea investigativa de apego y psicopatología, se realizó un estudio comparativo de los estilos de apego en adultos, donde Santelices, Guzmán & Garrido (2011) exploraron si existían diferencias en los estilos de apego de población chilena adulta con presencia o ausencia de sintomatología ansioso-depresiva. Los hallazgos reportaron que en efecto existían diferencias significativas entre los dos grupos, por lo cual concluyeron que la sintomatología ansiosa-depresiva se asocia a estilos de apego inseguro.

### **Apego y vínculo**

De acuerdo con Repetur & Quezada (2005), las conductas de apego hacen parte de un “sistema interaccional complejo y promueven el establecimiento de una relación de apego, que es la interacción entre el bebé y el cuidador primario, y que a su vez promueve el establecimiento

de un tipo particular de vínculo entre ellos” (p. 5). Y, ese vínculo, se restringe exclusivamente a unos pocos, pero la conducta de apego sí puede expresarse en relación con diferentes individuos; además, ese vínculo puede ser explicado como un “lazo afectivo que una persona o un animal forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo” (Bowlby, citado por Repetur & Quezada, 2005, p. 15). Complementa lo anterior Bowlby (1988), cuando afirma:

El sello conductual del vínculo es la búsqueda para conseguir y mantener un cierto grado de proximidad hacia el objeto de apego, que va desde el contacto físico cercano, bajo ciertas circunstancias, hasta la interacción o la comunicación a través de la distancia, bajo otras circunstancias (p. 37).

Cuando se presenta la situación que Bowlby (1988) acaba de mencionar, puede afirmarse que “un niño está vinculado a su cuidador, en general la madre, ya que sus conductas de búsqueda de proximidad se organizan jerárquicamente y se dirigen activa y específicamente hacia ella” (Ainsworth, 1989, p. 773).

Los trabajos encaminados a comprender las relaciones cercanas adultas desde la perspectiva del apego y/o vínculo afectivo recibieron una influencia muy grande del trabajo de Bowlby sobre el apego y la pérdida (Bowlby, 1969, 1972, 1980, 2009, 2014). Los procesos mediante los cuales se establecen y se rompen los vínculos afectivos van a ser explorados por Bowlby para llegar a describir, detalladamente, la forma como se establece el apego emocional con el cuidador o cuidadores primarios y la ansiedad experimentada por el niño al ser separado de éstos.

Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi & Gloger (2001), afirman que el tipo de relación que se genere entre un bebé y su cuidador primario no queda limitada a la primera infancia, sino que permanecerá como una característica suya y va a tener repercusiones a nivel de las

relaciones que construya con otros, así como en el desarrollo de su personalidad y la vulnerabilidad hacia diversas patologías, de acuerdo a los hallazgos de numerosos estudios que pretenden establecer una conexión entre vínculos tempranos y diferentes enfermedades tales como la depresión, el trastorno de pánico y la agorafobia. Quezada & Santelices (2009) realizaron una investigación que se proponía describir y analizar la relación entre el estilo de apego de la madre, la presencia o ausencia de psicopatología y el estilo de apego del bebé de esta madre al cumplir su primer año de vida. Los hallazgos reportaron que no se encontró asociación significativa entre el estilo de apego de la madre y el estilo de apego del bebé, pero se observó que la variable psicopatología materna sí tenía una capacidad predictiva del 69.4% sobre el apego del bebé. Así mismo, Wearden, Cook & Vaughan-Jones (citados por Frías & Rodríguez, 2006), en sus estudios indagaron sobre una posible conexión entre el apego adulto y su relación con la salud en una muestra de mujeres entre 18 y 34 años, y sus hallazgos reportan un nexo entre los estilos de apego adulto y la enfermedad, supuestamente atribuida a posibles distorsiones en la regulación del afecto.

Para Bowlby (1969,1996) la necesidad de una relación cercana y continua con un cuidador primario es absolutamente necesaria para que un individuo pueda desarrollarse emocionalmente; también, consideró que las teorías psicológicas que existían hasta ese momento, no servían para explicar el fuerte apego de bebés y niños con la figura de su cuidador primario, ni tampoco explicaban las respuestas tan radicales que estas criaturas generaban cuando eran separadas de sus cuidadores (Bretherton, 1992).

## Se consolida la Teoría del Apego

En 1951, Bowlby entrega a la opinión pública el documento de investigación titulado *Maternal Care and Mental Health* (Cuidado Maternal y Salud Mental), donde presenta su hipótesis de la necesidad materna y, a través de la cual, reveló que la actitud afectiva constante con la figura materna es un elemento básico para la salud psíquica del niño. Bowlby identificó un mecanismo que él bautizó como *monotropía* (o *monotropismo*), cuando pudo observar que durante los seis primeros meses de vida de un bebé, éste desarrollaba un apego o unión muy fuerte con su progenitora, a tal punto que, de llegar a romperse, acarrearía graves consecuencias. Esta *monotropía* le hizo pensar que la situación más favorable para un infante era la de generar un vínculo afectivo primordial con la madre, llegando a considerar que no era conveniente que los niños fueran criados y asistidos por diferentes personas. Más tarde, Bowlby no se sostuvo en esta posición y, en sus escritos posteriores, mencionó que pudo haber sido malinterpretado en el pasado (Bowlby, citado por Oliva, 2004).

Bowlby (citado por Cassidy & Shaver, 2008), decide hacer pública su hipótesis afirmando que tanto el recién nacido como el niño necesitan experimentar una relación estable, continua, íntima y cálida con la madre (o una figura sustituta permanente, no temporal) con el objetivo que tanto madre como hijo puedan encontrar una experiencia satisfactoria y placida porque, en su defecto, se generarán consecuencias lesivas e irreversibles para la salud mental. De acuerdo con Mooney (2010), esa propuesta de Bowlby fue altamente controversial en esos momentos, porque el modelo biomédico imperante restringía la posibilidad de ir más allá de los orígenes biológicos de las enfermedades.

Los cinco puntos básicos (más no los únicos) que permiten crear una hoja de ruta para todo aquel que pretenda iniciarse en el conocimiento de la Teoría del Apego, de acuerdo con Pinedo & Santelices (2006), son los siguientes:

- 1) La propuesta de Bowlby, junto a otros teóricos de la línea de apego que le acompañaron, como Ainsworth, específicamente es:

La necesidad *universal* y *primaria* que tienen los humanos para formar vínculos afectivos intensos, estables y duraderos. Que sea *universal* significa que se encuentra presente en todos los seres humanos; que sea *primaria* significa que no se supedita a otras necesidades (pulsiones, en la teoría psicoanalítica) tales como la alimentación o la autoconservación. Estos lazos emocionales permiten tanto el desarrollo del individuo como su supervivencia en un mundo hostil, en donde la madre, más allá de satisfacer sus necesidades de alimentación y supervivencia, debe también satisfacer la necesidad de afecto, amor y vínculo que el(la) niño(a) necesita (Pinedo y Santelices, 2006, p. 203)

- 2) En contraposición a Freud, Bowlby confirmó que el ser humano tiene una necesidad innata de establecer vínculos significativos. Dicha necesidad:

...no se adquiere durante el desarrollo ni como un derivado de otras necesidades; de este modo se considera como constitutiva del ser humano y requiere de un *satisfacción primaria*, lo que le confiere un estatus primordial dentro del funcionamiento y supervivencia del recién nacido y del adulto sano (Bowlby, Marrone, citados por Pinedo & Santelices, 2006, p. 203)

- 3) La necesidad del recién nacido de vincularse afectivamente no es exclusiva del neonato sino que persiste a lo largo de todo el ciclo vital.

Se basa en la necesidad de los niños y de los adultos de contar con un ser significativo en momentos de miedo, desamparo, ansiedad y estrés. Tanto los

*vínculos de apego* como las *conductas de apego*, se basan en los modelos representacionales de las relaciones que han construido o internalizado los adultos desde que eran pequeños. Si bien estos modelos son estables, pueden cambiar durante el desarrollo y la vida adulta (Bowlby, citado por Pinedo & Santelices, 2006, p. 203).

- 4) Los lazos vinculares iniciales se producen en función de las figuras significativas de apego, prioritariamente conectadas a los padres o cuidadores.

El resultado de estos lazos es el tipo de *modelo representacional* de las relaciones significativas que el niño ha ido construyendo como resultado de cada una de las interacciones con sus figuras de apego. Es decir, frente a cada evento en que el niño necesitó protección, consuelo y apoyo, sus figuras de apego reaccionaron de cierto modo, lo trataron de cierta manera, le dijeron ciertas cosas y le hicieron sentir, con mayor o menor seguridad, que podía contar con ellos (Pinedo & Santelices, 2006, p. 203).

- 5) Los lazos generados en la niñez van a permanecer en forma de modelos dentro del mundo representacional del adulto.

Estos modelos comienzan a formarse en los primeros meses de vida y son enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. Si bien es cierto son estructuras con tendencia a la estabilidad y la autopropagación, tienen amplias posibilidades de cambiar, en la medida en que se van teniendo nuevas experiencias gratificantes y seguras con figuras de apego distintas a las de sus cuidadores (Pinedo & Santelices, 2006, p. 203).

## **Afecto, modelos operativos internos y Teoría del Apego**

Los *modelos operativos internos*, parte nuclear de la Teoría del Apego de Bowlby, aparecen definidos por Pinedo & Santelices (2006), en el siguiente apartado:

Bowlby (1969, 1980, 1995, 1997, 2003) ha bautizado su teoría como *teoría del apego*, la cual describe y conceptualiza la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos o vínculos entre sí, en especial entre las madres o cuidadores y sus hijos. Esta tendencia se traduce en las conductas que establecen los infantes, y posteriormente los adultos, para lograr la proximidad de las figuras de apego en momentos de temor, ansiedad o estrés, lo que le confiere a estas conductas un estatus de supervivencia y autoconservación. Estas conductas que permiten establecer relaciones significativas entre los cuidadores y los niños y entre los adultos, surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, a las cuales Bowlby (1969, 1980, 1995, 1997, 2003) definió como pautas o estilos de apego, que en el caso de los adultos reciben el nombre de *modelos internos* o *mapas representacionales* de las relaciones (Pinedo & Santelices, 2006, p. 202)

El afecto es considerado dentro de la Teoría del Apego como un elemento indispensable para la supervivencia física y psíquica de los seres humanos. Los afectos se consideran el inicio de los mecanismos de comunicación que poseemos los humanos, procesándose, inicialmente, en forma refleja y, generando descargas, en parte vegetativas, en parte cerebro-espinales que, posteriormente, van a servir para expresar múltiples sensaciones placenteras y displacenteras; de esta forma, dichos afectos van a canalizarse a través de las representaciones (Avenburg, 2009). Main, Kaplan & Cassidy (citados por Rozenel, 2006) definen a los *modelos operativos internos* concernientes al apego como “un conjunto de reglas conscientes e inconscientes que organizan la información relevante al apego y permiten el acceso limitado a dicha información” (p. 3). Estos

modelos están compuestos por “esquemas que organizan la memoria en términos de los intentos del niño para ganar confort y seguridad, asociado al resultado típico de estos intentos” (p. 3).

Los patrones de apego seguro vs. inseguro representan tipos particulares de *modelos operativos internos* de relación, modelos que dirigen no sólo sentimientos y conductas sino también procesos cognitivos, de atención y memoria, en tanto éstos se relacionen de manera directa o indirecta con el apego (Main et al. citados por Rozenel, 2006, p. 3).

Según lo referido por Marrone (2009), la Teoría del Apego contiene una idea de la representación que es definida por los *modelos operativos internos* que un niño construye a partir de su cuidador principal (generalmente, el padre o la madre) y de sus formas de comunicarse y comportarse con él. Estos modelos junto con el modelo complementario de sí mismo en la interacción con cada uno de ellos, se construyen durante los primeros años de la vida, se siguen construyendo durante los años de madurez y durante todo ese largo período se establecen firmemente como estructuras cognitivas que ejercen una gran influencia. Bowlby (1988) dijo que existe una clara evidencia de que la forma en que se adquieren esos *modelos operativos internos* se basa en las experiencias reales de la vida del niño, es decir, de las interacciones día a día con sus padres (Marrone, 2009).

### **Importancia de la figura del padre**

De acuerdo con López (2009), lo inicial, lo primario, es lo biológico y, esa comunicación biológica es la que va a favorecer una primera interrelación o encuentro afectivo entre madre e hijo, una acogida materno-filial, que va a iniciar el camino hacia las demás relaciones familiares y sociales. Aunque el trabajo inicial de Bowlby y Ainsworth estaba enfocado hacia esta función

de la madre, sin embargo, a mediados de los años 70s emerge un interés por investigar la relación del niño con la figura del padre, siendo Michel Lamb (antiguo alumno de Ainsworth) uno de los pioneros en este tipo de estudios. Además de la diada madre-hijo o de la triada madre-padre-hijo, también se volcó la investigación sobre el apego hacia las familias y los grupos o sistemas interpersonales porque cada circunstancia que afecte a dichos sistemas, va a afectar a cada uno de sus miembros (Marrone, 2009).

### **Figuras *subsidiarias* de apego**

Reciben el nombre de figuras *subsidiarias* de apego, aquellas personas con quienes existe la posibilidad de establecer vínculos de apego en la infancia, pero que son diferentes a la madre o al cuidador principal. De acuerdo con Stewart (citado por Maldonado & Carrillo, 2002), dentro del contexto cultural latinoamericano, las figuras de apego *subsidiarias* tales como los abuelos o los hermanos mayores cumplen un importantísimo rol, incluso sustituyendo en forma total a la madre dentro del proceso de crianza de sus hijos. Cuando los abuelos se ven enfrentados a asumir ese rol, generalmente la abuela materna es aquella en quien recae tal responsabilidad, cumpliendo su papel sin ningún reparo y como si ésta particular situación fuera inherente a su parentesco con los niños que le son entregados bajo su cuidado. Esta práctica se observa frecuentemente dentro de las familias colombianas y demás países latinoamericanos en vías de desarrollo.

Al revisar la literatura referente a las figuras *subsidiarias* de apego, se observa que la investigación empírica ha dejado relegado este tema, a pesar de su importancia teórica. En la literatura internacional son escasos los estudios que se ocupan del rol que cumplen otros integrantes de la familia extensa y, que eventualmente, pueden convertirse en figuras de apego

*subsidiarias*. Y, todavía más escasos, son aquellos estudios que se ocupan de evaluar el rol que cumplen los abuelos. En Colombia, llama la atención la ausencia de estudios a este respecto, teniendo en cuenta el contexto socio-económico y cultural, donde frecuentemente los abuelos son quienes tienen que encargarse de la crianza de los niños (Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega & Díaz, 2004).

### **Transmisión intergeneracional del apego**

Afirma Oates (2007) que los modelos de apego pueden transmitirse de una generación a otra, y así, sucesivamente. Se supone que esa “transmisión intergeneracional” se genera porque las relaciones de apego en la infancia están conectadas con sus posteriores tipos de apego durante la vida adulta, que también afectarán su propio estilo de cuidado parental. Este autor menciona que “aún no se ha acabado de comprender los procesos involucrados en esta transmisión” (p. 44).

Lo cierto es que este tema cada vez suscita más atención, aunque desde los inicios de la Teoría del Apego de Bowlby, ya Mary Main se había interesado por él. Posteriormente, Van Ijzendoorn (citado por Fonagy, 1999), basándose en algunos trabajos de Main sobre la transmisión de los patrones de apego, realizó un metanálisis de los estudios comparables a los que podía tener acceso en esa época (contenían 18 muestras de 6 países) y pudo concluir que la clasificación que obtuvieron los padres en la prueba aplicada para medir el apego adulto (utilizaron la AAI), podía predecir la clasificación de sus hijos en la *situación extraña* estudiada por Ainsworth (información complementaria en el apartado titulado medición del apego). Van Ijzendoorn (citado por Fonagy, 1999), pudo inferir que un niño seguro se convierte en un adulto seguro que, a su vez, cuando tenga que cumplir su rol como padre, va a criar hijos seguros; por lo tanto, se afirma que, de igual forma, sucede con los otros estilos de apego. Benoit & Parker

(citado por Fonagy, 1999) mencionan que el único estudio que indaga sobre la evolución del apego a través de 3 generaciones sugiere que las clasificaciones del apego si pasan de una generación a otra, dentro de una forma de transmisión sucesiva. De acuerdo con Fonagy (1999), el interrogante más grande es ¿cómo se produce esa transmisión generacional? pero, para obtener esa respuesta, según afirma este autor, aún se requiere de mayor investigación que se traduzca en la búsqueda de un mejoramiento de la calidad de los cuidados maternos y paternos en la infancia, dadas las graves implicaciones en la salud física y mental que estos pueden tener a través de varias generaciones.

### **Medición del apego**

Mary Ainsworth observó y clasificó las diferencias entre las formas como está organizado el apego madre-hijo a través de un experimento que ella denominó *la situación extraña* (conocida también como *la situación del extraño*). Esta es una situación experimental diseñada por Ainsworth y su equipo de investigación en Baltimore, con la cual se va a dar inicio a los procedimientos de medición del apego. Data de 1964 y fue diseñada para ser utilizada simultáneamente con un estudio longitudinal intensivo del desarrollo de la relación de apego madre-hijo durante el primer año de vida. El procedimiento consiste en varios episodios que incluyen al niño, a la madre y a un extraño (un miembro del equipo de investigadores). El experimento pretende activar o intensificar la conducta de apego del niño mediante la aparición de una situación desconocida. Cabe aclarar aquí que la palabra *extraña* es utilizada para significar *falta de familiaridad* (Cassidy & Shaver, 2008). Ainsworth evaluó cada reacción de los bebés ante la presencia de un extraño, y simultáneamente, la forma como se acercaba o se alejaba cada infante a sus respectivas madres. Las diferentes reacciones de los bebés las relacionó con

los tres estilos de apego propuestos por Bowlby: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente.

### **Líneas de investigación en medición**

De las investigaciones del apego en adultos que se han generado desde las últimas décadas del siglo XX hasta hoy, emergen dos líneas de investigación, que se desarrollan en forma paralela y se basan en conceptos diferentes y diversas maneras de evaluar el constructo (Bartholomew & Shaver, Cassidy & Shaver; Shaver, Belsky & Brenann, citados por Martínez & Santelices, 2005). Estas dos líneas de investigación del apego adulto centran sus estudios en el *sistema representacional* y en el *sistema comportamental*. La línea de investigación de la cual se ocupa el presente trabajo de grado es la línea *representacional*. La línea *comportamental* está más asociada a la investigación de la relación entre el estilo de apego y el tipo de relaciones románticas que surgen entre hombres y mujeres.

De acuerdo con Cassidy & Shaver (2008), la primera línea de investigación, la *representacional*, fue liderada por Ainsworth (dentro de una perspectiva de la psicología del desarrollo), centrando sus observaciones sobre la relación padres-hijos. Más tarde, el estado mental o sistema representacional de los padres con respecto al apego, va a ser estudiado por la psicología clínica. El instrumento más destacado y utilizado a nivel mundial para medir el estado mental (o sistema representacional) es el instrumento conocido como Adult Attachment Interview (AAI). Consiste en una larga entrevista que evalúa los recuerdos que un adulto tiene con sus figuras de apego en la infancia. El entrevistador deberá tener en cuenta la coherencia del discurso del participante durante el tiempo en que relata las vivencias más significativas de su

infancia, así mismo, la estructura de su narración y su capacidad para colaborar e interactuar en forma efectiva con quien conduce la entrevista (Hesse, citado por Cassidy & Shaver, 2008).

A mediados de la década de los años 80s surge una segunda línea de investigación en apego adulto liderada por psicólogos sociales, cuyos trabajos se encaminaron hacia el estudio de las relaciones amorosas (como ya se mencionaba), pero de acuerdo con el acervo teórico proveniente de Bowlby y Ainsworth. Los investigadores sociales encontraron semejanzas entre las características del apego infantil y, los patrones conductuales y sentimientos implicados en las relaciones de pareja, tanto de adolescentes como de adultos. Múltiples instrumentos (cuestionarios, escalas de autorreporte) para evaluar los estilos de apego en relaciones interpersonales cercanas fueron diseñados por esta línea de investigación (Cassidy & Shaver, 2008).

### **Estilos de apego y su desarrollo**

Cuando se habla de estilos de apego, surge el interrogante respecto a ¿cómo se generan los estilos de apego? De acuerdo con Crittenden (1995), los estilos de apego se desarrollan de acuerdo con la interacción de los niños con sus figuras de apego, confirmando la hipótesis de Sroufe (2000a), quien afirma que en el ser humano existen unas pautas que regulan el estrés relacionado con los afectos, y éstas se desarrollan dentro del contexto de la respuesta de los padres a las señales de estrés de su hijo. Es así como, en el estilo de apego seguro los padres responden a las conductas del bebé, los confortan, tienen capacidad de animar e interactuar con el bebé y están atentos a las señales emocionales (Crittenden, 1995). Los individuos con apego seguro guardan recuerdos gratos de sus experiencias de apego (Kobak & Sceery, citados por Garrido-Rojas, 2006).

Por otra parte, en los individuos que presentan apego evitativo, sus madres no respondieron a sus señales afectivas, rechazaron los mensajes del bebé y en consecuencia estos aprendieron a inhibir sus emociones ante la falta de receptividad de su madre. Por ejemplo, si el niño llora para protestar por el rechazo de su madre, la madre responde con la emoción de rabia. Si el niño inhibe la señal afectiva (es decir, si deja de llorar), él percibe que se reduce el rechazo y la rabia de la madre. En esta forma, episodio tras episodio, el niño recibe los mensajes que le enseñan las consecuencias negativas de expresar sus afectos (Crittenden, 1995). Las características de los padres que favorecen el desarrollo de un estilo de apego evitativo en sus hijos son: incapacidad de identificar y validar las señales emocionales de bebés y niños, no están disponibles emocionalmente para sus hijos, los rechazan de manera explícita, aversión al contacto corporal cercano generando tristeza en el niño al sentir que no puede acceder al afecto de su cuidador primario (Kobak & Sceery, citados por Garrido-Rojas, 2006).

Y, por último, respecto al apego ambivalente, los padres se caracterizan por manifestaciones afectivas erráticas, cambian de un momento a otro, carecen de consistencia en sus afectos. No saben responder de manera adecuada a las demandas afectivas del niño, a sus necesidades en este campo. Algunas veces van a tener respuestas afectivas sobredimensionadas y otras, subdimensionadas. Responden intermitentemente a las demandas afectivas y de cuidado de sus hijos y son inaccesibles en el área emocional. Se comportan de forma impredecible, errática e insatisfactoria ante las necesidades afectivas reales del niño. La rabia, el miedo y la incertidumbre invaden al niño (Crittenden, 1995; Perris, 2000).

## Estilos de apego

De acuerdo con Gómez, et al., (2009), las tres categorías de estilos de apego o patrones de apego definidas por Bowlby (1969, 2014) y revisadas por Ainsworth (1989) se dividen en dos grupos: *seguro (conocido también como patrón B)* e inseguro. El grupo de apego inseguro lo conforman: el *apego evitativo (conocido también como ansioso-evitativo; inseguro-evitativo; Elusivo; patrón A)* y *apego ambivalente (conocido también como ansioso-ambivalente; inseguro-ambivalente; preocupado; resistente; patrón C)*.

La tipología de estilos de apego corresponde a la revisión de los tres patrones iniciales propuestos por Bowlby, complementada por Ainsworth durante su experimento con los bebés en el experimento de *la situación extraña*. Toda su descripción se centra en las conductas infantiles, pero para acceder a la tipología de los estilos de apego en adultos, se hace necesario recurrir a los de Main (citada por Wallin, 2012). Ella diseñó una metodología que, según sus propias palabras, “le permitiera *ver* lo que hasta entonces había sido invisible” (Wallin, 2012, p. 59). Ella quería decir que “los procesos representacionales no pueden observarse directamente” (Main, citada por Wallin, 2012, p. 59), pero su profundo contacto con niños y padres, le permitió llegar a deducir que a partir de las *representaciones*, denominadas por ella *artefactos representacionales*, se podía visualizar los mundos interiores de niños y de padres que ella iba observando durante su estudio longitudinal (Main, citada por Wallin, 2012). Para ese propósito, diseñó un protocolo de evaluación, de estructura flexible, al que le dio el nombre de Entrevista de Apego Adulto (Adult Attachment Interview, AAI), actualmente considerado como el instrumento para medición de apego adulto más importante (ya mencionado), con una exigencia de capacitación y certificación realizada exclusivamente en los Estados Unidos, como requisito para poder utilizarlo en forma legal.

*Estilo de Apego seguro (Patrón B)*

Al estilo de apego seguro corresponden individuos que presentan las siguientes características: bajos niveles de ansiedad y evitación, seguridad en el apego, confort con la cercanía y la interdependencia, confianza para buscar apoyo, uso de estrategias constructivas para afrontar el estrés, expresión facial marcada por la alegría, inclinación hacia la validación de la vergüenza porque tienen claridad respecto al significado de causarle daño a otra persona. Sujetos con apego seguro no se asocian con rasgos de emoción negativa ni los afectos negativos permean su conciencia. Cuando experimenta rabia, aceptan su ira, tienen capacidad para manifestar su enojo en forma controlada y buscar una solución. Reportan afecto positivo, niveles altos de energía y alegría; niveles bajos de apatía y tristeza. Tienen un repertorio emocional balanceado y capacidad para reconocer y manifestar el estrés emocional (Mikulincer, Shaver & Pereg; Magai, Hunziker, Mesias & Culver; Mikulincer; Muris, Mayer & Meesters, citados por Garrido-Rojas, 2006).

*Estilo de Apego Evitativo (Ansioso-Evitativo; Inseguro-Evitativo; Elusivo; Patrón A)*

Al estilo de apego evitativo pertenecen sujetos identificados por: interacción social caracterizada por distancia y evitación, ausencia de seguridad en el apego, autosuficiencia compulsiva, preferencia por la distancia emocional, signos fisiológicos que revelan la presencia de ansiedad (esta activación la mantienen por más tiempo que los individuos seguros), son incongruentes porque aunque parecen no reflejar por sí mismos afecto negativo ni síntomas de estrés, los demás los perciben como ansiosos y con predominio de hostilidad. Predominio de emociones negativas sobre bajos niveles de emociones positivas, temerosos. Presentan más afecto negativo que individuos con apego seguro pero menor afecto negativo que los de apego

ambivalente. Se inclinan hacia la ira con episodios de rabia y alta hostilidad. Esconden su ira con la negación de su emoción o mostrándose como si fueran positivos. Tendencia hacia la minimización del afecto (Ainsworth; Mikulincer; Byng-Hall; Stroufe & Waters; Ahnert, Gunnar, Lamb & Barthel; Kobak & Sceery; Kochanska; Kerr et al.; Mikulincer; Consedine & Magai, citados por Garrido-Rojas, 2006).

*Estilo de Apego Ambivalente (Ansioso-Ambivalente; Inseguro-Ambivalente; Preocupado; Resistente; Patrón C).*

A esta categoría corresponden los sujetos que en su interacción con el cuidador presentan ambivalencia, enojo y preocupación, muy poco desarrollo de emociones positivas, son temerosos ante los estímulos que producen temor e igualmente a los que generan alegría, el miedo es la emoción más fuerte. Exhiben alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, gran necesidad de cercanía, preocupaciones por las relaciones y temor al rechazo. Presentan ansiedad y miedo a la separación. Hacen énfasis en emociones de miedo y ansiedad con baja tolerancia al dolor. Evidencian ansiedad durante la entrevista de apego adulto. Los perciben con un mayor índice de sintomatología de ansiedad. El estilo de apego ambivalente se asocia con la presencia de un conflicto interno, emociones de rabia, disgusto, estrés y afecto depresivo. Por la presencia de rabia, estos sujetos tienden a la ira, enojos con hostilidad alta. Reportan los niveles más altos de afecto negativo; malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo, nerviosismo. Y bajos niveles de calma y serenidad (Ainsworth; Kochanska; Mikulincer; Mikulincer, Gillath & Shaver; Lecannelier; Valdés; Consedine & Magai; Kobak & Sceery; Magai et al.; Crittenden; Mikulincer; Kerr et al., citados por Garrido-Rojas, 2006).

*Estilo de Apego desorganizado (Desorientado; Patrón D)*

“El apego desorganizado o desorientado, se define por una conducta variable, inconsistente y contradictoria” (Ainsworth et al., citados por Asili y Pinzón, 2003, p.217). El comportamiento extraño e inconsistente relacionado con el estilo de apego desorganizado se considera como típico de niños descuidados en forma severa por padre o madre, e incluso, maltratados (Fonagy, 1993). Este tipo de apego se desarrolla dentro de aquellos hogares donde la madre está diagnosticada con enfermedad bipolar y sus conductas incluyen tratos imprevisibles para el bebé; también, en los casos en que las madres han sido víctimas de maltrato físico y/o abuso sexual en su infancia; así mismo, en los casos de la pérdida no resuelta del padre o de la madre durante las primeras etapas de la vida (Bowlby, 1988). Este tipo de apego no es considerado en las pruebas de medición.

Además de la clasificación de los estilos de apego adulto que aparece en los párrafos anteriores, se hace pertinente mencionar aquí los cuatro tipos de vínculos parentales que se incluyen dentro del Parental Bonding Instrument (PBI), y que fueron diseñados por Parker, Tupling & Brown (citado por Asili & Pinzón, 2003) con su equipo de investigación para otorgarle una palabra calificativa al tipo de vínculo que han desarrollado los adultos con sus cuidadores primarios, pero con base en las dos escalas que se encuentran como referentes dentro del PBI: escala de *afecto/cuidado* y escala de *control/sobreprotección*.

1. *Vínculo óptimo*: dentro de esta categoría están los padres que obtienen puntajes altos en la escala de *afecto/cuidado* y bajos en la de *control/sobreprotección*. Sus características son las siguientes: afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente. Favorecen las conductas que les permiten a sus hijos construir su independencia y su autonomía (Gómez et al., 2010).

2. *Vínculo ausente o débil*: a este tipo pertenecen los padres que obtienen puntajes bajos en afecto y bajos en control. Sus características son las siguientes: manifiestan frialdad emotiva, indiferencia y poca respuesta empática a las necesidades del niño dado que no logran comprender las señales de solicitud de afecto o apoyo emocional por parte de sus hijos (Gómez et al., 2010).

3. *Constricción cariñosa*: aquí se ubican los padres que puntúan alto en afecto y alto en control. Sus características son las siguientes: afectividad, contención emocional, empatía y cercanía, por una parte; pero, al mismo tiempo, son controladores, intrusivos, con exceso de contacto, infantilizan e impiden la conducta autónoma de sus hijos al no permitirles crecer y madurar (Gómez et al., 2010).

4. *Control sin afecto*: en esta categoría se encuentran los padres que puntúan bajo en afecto y alto en control. Sus características son las siguientes: frialdad emotiva, indiferencia y negligencia por una parte, pero al mismo tiempo, son controladores, intrusivos, con excesivo contacto, infantilizan e impiden la conducta autónoma de sus hijos al no favorecer su crecimiento y su madurez (Gómez et al., 2010).

### **Psicología y cáncer**

Poca importancia se le otorgó a la atención psicológica del paciente con cáncer durante buena parte del siglo XX. De acuerdo con Sanz y Modolell (2004), desde que se conocen las enfermedades, y más específicamente, el cáncer, ya se advertía el papel protagónico de los aspectos psicológicos, tanto en su origen como en su desarrollo; pero, hacia 1970, nació una real y estructurada interacción entre la oncología (cancerología) y la psicología, dentro de la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) en la ciudad de Nueva

York. La médica Jimmie C. Holland, fundadora del departamento de psiquiatría del MSKCC, reconoció la necesidad de tratar el trauma emocional experimentado por los pacientes oncológicos y sus familias. A partir de esto, dicho centro médico se dedicaría a trabajar sobre un nuevo aspecto dentro de la oncología, al cual se le asignó el nombre de “*los efectos humanos*” del cáncer, permitiendo la creación de una subespecialidad de la cancerología, conocida hoy en día como la *psicooncología*, que logró cerrar una brecha entre la atención de los problemas físicos que genera esta enfermedad y el malestar psicológico que, potencialmente, podría experimentar un paciente (American Psychosocial Oncology Society, 2014).

### **Estilos de apego y cáncer**

Según refiere la Organización Mundial de la Salud (IARC, 2013), un total de 14.1 millones de nuevos diagnósticos de cáncer se reportaron a nivel mundial en el año 2012. Las estimaciones de incidencia más recientes realizadas por Globocan (2012) indican que se presentaron en Colombia cerca de 71.400 casos nuevos de cáncer distribuidos así: 34.400 en hombres y 37.000 en mujeres. Durante el mismo año, en cuanto a la mortalidad causada por esta patología, se registraron 37.900 muertes de individuos colombianos por causa del cáncer, correspondientes a 18.800 hombres y 19.100 mujeres.

Se estima que las cifras relacionadas con la incidencia de esta patología van a incrementar, entre otros factores, por el avance del envejecimiento poblacional. Actualmente, la posibilidad que una persona sea diagnosticada con cáncer en algún momento de su vida es de 44% para los hombres y 38% para las mujeres. El término cáncer se refiere a más de 100 diferentes tipos de enfermedades que poseen un factor común: la multiplicación incontrolada de sus células, la cual es responsable de la formación de un tumor maligno. El pronóstico de la

enfermedad depende, entre otras cosas, de la ubicación del tumor, el estadio en que se encuentra y las condiciones físicas de cada persona. Hoy en día, la mayoría de personas diagnosticadas con cáncer, puede sobrevivir. Las estadísticas reportan que alrededor del 60% de las personas diagnosticadas con una patología maligna, sobreviven, al menos, durante 5 años (Holwerda, 2012).

Sin embargo, aunque el pronóstico sea relativamente optimista, la amenaza de muerte y de sufrimiento que tradicionalmente ha estado relacionada con el diagnóstico de cáncer, conlleva sentimientos de vulnerabilidad y miedo. Adicionalmente, para muchas personas, el tratamiento de cáncer es intenso y se convierte en una pesada carga, tanto física como emocional. Los individuos, así mismo, tienen que enfrentarse con un gran número de incertidumbres inherentes a los aspectos relacionados con los interrogantes respecto a cuestiones tales como si su tratamiento será efectivo, o con cuáles efectos colaterales tendrán que lidiar. También pueden estar preocupados por los cambios en algunos roles, por ejemplo, pasar de ser cuidadores, a ser aquellos que reciben el cuidado, dado que existe la posibilidad de quedar dependiendo de la ayuda y supervisión de otros (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Todo lo que acaba de mencionarse puede acarrear un incremento en sus niveles de distrés o malestar emocional. Este tipo de situaciones van a ir en detrimento del bienestar del paciente con cáncer, y poder neutralizarlas es lo que se espera del trabajo que se realiza a través de la práctica de la psicooncología (Holwerda, 2012).

Tradicionalmente, el modelo biomédico se ha utilizado para explicar el cáncer; sin embargo, este modelo es muy limitado, porque no alcanza a explicar todos los factores involucrados dentro del desarrollo de esta enfermedad (Tacón, 2002). Es pertinente recordar aquí que, de acuerdo a lo referido por Johnson (2012), hace más de un siglo que el modelo biomédico

ha sido la fuerza dominante en la medicina occidental, afirmando que toda enfermedad es producto de un factor biológico habitualmente generado por un patógeno de naturaleza biológica. Este modelo es reduccionista y pretende explicar la enfermedad en términos de la biología; así mismo, es excluyente, debido a que los síntomas que no pueden ser explicados en términos biológicos, serán descartados. El dualismo mente-cuerpo está implícito en el modelo biomédico, y este es el motivo por el cual los factores mentales y su estrecha relación con la salud física son excluidos de los principales intereses de la medicina occidental, a menos que puedan ser explicados por un factor eminentemente biológico (Johnson, 2012).

De acuerdo con Tacón (2002), “el apego puede desempeñar un rol en la enfermedad física y en enfermedades específicas como el cáncer” (371). Así mismo, Tacón (2003) ha centrado sus estudios en el apego inseguro, ya que este ha sido identificado como posible factor de riesgo para alteraciones de la salud debido a su asociación con tendencias emocionales y comportamentales evitativas; se ha encontrado que individuos con apego evitativo retrasan las visitas al médico y son altamente regulados, frenados o controlados en cuanto a sus despliegues emocionales. En la literatura se han encontrado similitudes entre la alta regulación emocional de los individuos con apego evitativo y lo encontrado en algunos estudios de pacientes con cáncer.

El papel de los factores psicosociales en el desarrollo del cáncer ha incrementado su importancia, reflejándose en el aumento de los estudios de la comunidad científica sobre el impacto de las relaciones tempranas en la salud. Cabe mencionar aquí el *Harvard Mastery of Stress Study*, un estudio prospectivo iniciado en 1950 en el cual se examinó en qué forma se relaciona la percepción del cuidado parental con la salud subsecuente. Durante los 35 años que duró el seguimiento, se encontró que los participantes que habían reportado un bajo cuidado

parental presentaron una mayor incidencia de patologías en la adultez como enfermedad coronaria, hipertensión y úlceras (Russek & Schwartz, 1988).

En consecuencia, y debido a que los padres son la figura más importante de apoyo social temprano en la vida de sus hijos, la percepción del cuidado parental puede tener un papel importante como un factor regulador y predictivo en la salud física y psicológica (Russek & Schwartz, 1988). Por otro lado, una revisión de la literatura realizada por Kennedy, Kiecolt-Glaser, & Glaser (1988) que incluyó estudios en los que se evaluaba la relación entre el estrés, las relaciones interpersonales y la variación de la función inmune, evidenció un posible efecto de la calidad de las relaciones interpersonales sobre la modulación de la respuesta inmune ante el estrés psicológico y la susceptibilidad a la enfermedad. Estudios de la calidad de las relaciones padre-hijo y la pérdida temprana de uno de los padres, han sugerido que la calidad de las relaciones humanas podría ser un factor de riesgo para el cáncer, visto desde la perspectiva del apego (Tacón, 2003).

El estudio más grande que ha evidenciado una asociación entre las relaciones tempranas y el cáncer es el *Precursors Study*, el cual se inició en 1948 en Johns Hopkins Hospital y tuvo un seguimiento de alrededor de 40 años. En este estudio longitudinal, que constituye la mayor fuente de información acerca de las relaciones padre-hijo, se analizaron datos acerca de las relaciones familiares de 1337 estudiantes de medicina (hombres caucásicos). El hallazgo más importante consistió en que aquellos individuos que desarrollaron cáncer durante los años de seguimiento habían reportado los puntajes más bajos de cercanía a los padres en la infancia, lo que puede ser interpretado como un reflejo de la calidad del apego en la relación padre-hijo (Tacón, 2002).

Grassi & Molinari (1986) encontraron resultados similares en un grupo de mujeres que estaban siendo estudiadas mediante biopsias ante la sospecha de cáncer de seno y de útero. El grupo de pacientes en las que la biopsia confirmó el diagnóstico de cáncer presentaron puntajes más bajos en escalas de cercanía a los padres y de buenas relaciones parentales en comparación con el grupo cuyas biopsias fueron negativas para cáncer. También en una población de hombres con cáncer, cuyo tipo no fue especificado, Mandal, Ghosh & Nair (1992) reportaron la tendencia de los pacientes oncológicos a pertenecer a hogares donde las relaciones padre-hijo en la infancia fueron conflictivas en comparación con el grupo control. Otro estudio más reciente realizado por Tacón, Caldera & Bell (2001), exploró los estilos de apego en mujeres con cáncer de seno y encontró que estas presentaban una prevalencia mayor de apego evitativo y de alto control emocional respecto a las mujeres del grupo control.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño de investigación**

No experimental, transversal (transeccional) y descriptivo, con el fin de “indagar la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población; son estudios puramente descriptivos” (Hernández et al., 2010, p. 152).

### **Enfoque de Investigación**

Enfoque mixto, el cual contempla la aplicación de un diseño cuantitativo y un diseño cualitativo de manera secuencial, de aplicación independiente, cuyos resultados se

complementan (Hernández et al., 2010). Se utilizará en el presente estudio un método mixto “porque los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno” (Hernández et al., 2010, p. 546). Cabe señalar aquí, que “la meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” (Hernández et al., 2010, p. 544). Complementa lo anterior Hernández et al. (2010) cuando afirma que “filosófica y metodológicamente hablando, los métodos mixtos se fundamentan en el *pragmatismo*, en el cual pueden tener cabida casi todos los estudios e investigadores cuantitativos o cualitativos” (p. 551).

### **Población**

La población corresponde a los pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer que reciben servicios médicos especializados en la IPS Cal-Oncológicos / Master Cáncer en la ciudad de Bucaramanga. No deben encontrarse realizando sus tratamientos de Radioterapia ni de Quimioterapia en el momento mismo de la aplicación de los instrumentos con el fin de respetar su estado físico y anímico, que recibe un alto nivel de afectación durante el tiempo del tratamiento. Fue necesario acudir a una población cuyas edades estuviesen comprendidas entre los 16 y los 46 años de edad, en razón a las características poblacionales presentes en la validación del Instrumento de Lazos Parentales (PBI) validado para población colombiana por Gómez et al. (2010).

## Selección de la muestra

Con base en lo referido por Hernández, Fernández y Baptista (2010) cuando afirman que “la muestra, en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, sobre el cual se habrán de recolectar los datos sin que necesariamente sea representativa del universo o población que se estudia” (p. 394), se procedió a establecer unos criterios para iniciar la búsqueda de la muestra. Se revisó el archivo de pacientes con cáncer en la IPS Cal-oncológicos/Master Cáncer, donde se buscaron posibles participantes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: pacientes hombres y mujeres, adultos, con cualquier tipo de cáncer, con un diagnóstico confirmado de su enfermedad, que en el momento de aplicar los instrumentos de evaluación no se encontraran recibiendo sus tratamientos, es decir, antes de iniciar el tratamiento o después de haberlo finalizado, que contaran con estudios de educación superior, con edades comprendidas entre 16 y 46 años, en razón a que el Parental Bonding Instrument (PBI) fue validado para población colombiana con ese límite de edad, por Gómez et al.(2010).

Se elaboró una lista con 26 candidatos que reunían los requisitos, con quienes se estableció contacto telefónico y personal, de los cuales solo 11 accedieron finalmente a participar en el estudio. De esta manera, la selección de la muestra fue realizada por conveniencia y con sujetos participantes voluntarios (muestra autoseleccionada por invitación), teniendo como principal requisito la voluntad de participar en el estudio. Para poder contar con igual número de hombres y de mujeres, se acordó que la muestra estuviera conformada por 10 pacientes (5 hombres y 5 mujeres).

## Instrumentos

Registro de datos socio-demográficos: se utilizó para obtener la información demográfica de la muestra estudiada. Incluyó datos sobre edad, género, lugar de nacimiento, estado civil, nivel educativo, ocupación, estrato socioeconómico, religión, tipología familiar e historia familiar de cáncer.

Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI): desarrollado para población australiana por Parker et al. (citado por Asili & Pinzón, 2003), que permite medir el apego adulto. Fue validado para población colombiana por Gómez et al. (2010) y la fiabilidad de este instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach para la escala de afecto paterno de 0.89, para la escala de afecto materno de 0.88, para la escala de control paterno de 0.80 y para la escala de control materno de 0.85. El test original consta de 25 afirmaciones, las cuales componen dos escalas que en el presente estudio se denominan afecto/cuidado (identificada como *careen* en el original, con 12 ítems) y control/ sobreprotección (*overprotection* en el original, con 13 ítems); cada ítem se puntúa a través del Método Likert, en un rango de 0 a 3 puntos, quedando la escala de afecto con un puntaje máximo de 36 puntos y la de control con 39. El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de sus padres por separado; es decir, se contesta uno para el padre y otro para la madre basado en los recuerdos hasta los 16 años de edad, según criterio de los autores. El factor de afecto/cuidado, que establece la escala del mismo nombre, está definido como un continuo que va desde el polo de cuidado, contención emocional, empatía y cercanía, hasta el polo de frialdad emotiva, indiferencia y negligencia. El factor control/sobreprotección, equivalente a la segunda escala, se define como la percepción de estrategias de sobreprotección, intrusión, y prevención de la conducta autónoma. Cada una puede

ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para afecto/cuidado y otro para control/sobreprotección, el cual es clasificado como “alto” o “bajo” teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte: para el padre un puntaje de cuidado de 24.0 y de sobreprotección de 12.5 y para la madre un puntaje de cuidado de 27 y de sobreprotección de 13.5. Esto permite determinar, según la puntuación obtenida para las categorías de cuidado y sobreprotección, los cuatro tipos de vínculos parentales descritos anteriormente (ver tabla 1): *vínculo óptimo*, *vínculo ausente o débil*, *constricción cariñosa* y *control sin afecto*. Partiendo del tipo de vínculo parental obtenido, se puede determinar el estilo de apego que presenta el individuo; en esta forma, un *vínculo óptimo* corresponde a un estilo de *apego seguro*, un *vínculo ausente o débil* corresponde a un *apego evitativo*, y la *constricción cariñosa* y el *control sin afecto* corresponden a un *apego ambivalente*.

Tabla 1.

Correlación entre puntajes del PBI, tipo de vínculo parental y estilo de apego

<b>PUNTUACIÓN OBTENIDA</b>	<b>TIPO DE VÍNCULO</b>	<b>ESTILO DE APEGO</b>
Cuidado alto Sobreprotección baja	Óptimo	Seguro
Cuidado bajo Sobreprotección baja	Débil	Evitativo
Cuidado alto Sobreprotección alta	Constricción cariñosa	Ambivalente
Cuidado bajo Sobreprotección alta	Control sin afecto	

Entrevista semiestructurada no directiva (ver Anexo 4) diseñada por Carmen Dolores Blanco de Durán (autora del presente trabajo de grado), validada por un grupo de tres jueces expertos conformado por profesionales de la medicina y de la psicología, que cuentan con experiencia en la atención a pacientes con cáncer. Dicha entrevista semiestructurada consta de 17 preguntas y está orientada a explorar la percepción que tienen las personas objeto de este estudio acerca de las relaciones vinculares establecidas con las figuras parentales o cuidadores primarios durante su infancia, valiéndose de los recuerdos que un adulto guarda de ellos. Los 17 ítems indagan lo siguiente: del ítem 1 al 4 la delimitación de las figuras de apego; del ítem 5 al 7, las emociones evocadas por las figuras de apego; del ítem 8 al 14, la estructura y dinámica familiar; los ítems 15 y 16, las vivencias infantiles. Adicionalmente, con el ítem # 17, se exploró la percepción de los pacientes oncológicos sobre su enfermedad.

### **Procedimiento**

Los pasos a seguir fueron:

1. Selección de la población y escogencia de la muestra.
2. Presentación de los propósitos de la investigación y obtención del consentimiento informado por parte de los participantes.
3. Establecimiento de fecha y hora de los encuentros con los participantes aptos para el estudio.
4. Recolección de datos:
  - a. Registro de datos socio-demográficos.
  - b. Aplicación del “Instrumento de Lazos Parentales”.

- c. Realización de la entrevista semiestructurada no directiva, la cual será registrada en audio para proceder posteriormente a la transcripción de las mismas.
5. Análisis de datos cuantitativos obtenidos a partir del “Instrumentos de Lazos Parentales” (Parental Bonding Instrumen, PBI) y de los datos cualitativos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada, no directiva. La anterior secuencia de procedimiento fue tomada de Hernández et al. (2010).

Para la elaboración de la presente investigación se analizaron las instituciones que ofrecieran servicios médicos especializados a pacientes oncológicos en la ciudad de Bucaramanga incluyendo el área metropolitana y que le permitieran a la autora de este trabajo tener acceso a dicha población. De las instituciones disponibles, la que cumplía con esos requerimientos fue la IPS Cal-oncológicos / Master Cáncer, en la cual se llevó a cabo una reunión con los directivos de la institución para exponerle los objetivos y naturaleza del estudio. A continuación se procedió a hablar con el personal sanitario de la institución para que refirieran los pacientes que cumplieran con las características designadas para el estudio: hombres y mujeres con edades entre los 16 y 46 años con diagnóstico de cáncer pero que no estuvieran recibiendo tratamiento durante el tiempo en que se realizara el estudio y desearan voluntariamente participar en la investigación. Una vez referidos los pacientes se comprobó que cumplieran con los requisitos y se programaron las citas para cumplir con las respectivas sesiones de aplicación del instrumento.

La mencionada actividad se realizó en sesiones individuales, con una única sesión por participante y una duración aproximada de dos horas. Esta fase fue ejecutada como se relata a continuación: durante el contacto inicial se informó a los participantes el objetivo del estudio y se leyó el consentimiento informado para seguidamente dar lugar a su diligenciamiento. Luego

se procedió a la aplicación del formato de datos sociodemográficos. Para la evaluación de los estilos de apego se administró en primer lugar el Instrumento de Lazos Parentales (PBI) y finalmente se llevó a cabo la entrevista semiestructurada.

Una vez evaluados los diez participantes se procedió con el análisis de los datos para lo cual se acudió a dos modalidades: análisis cuantitativo para el procesamiento de los datos obtenidos a través del PBI y análisis cualitativo para la información derivada de las entrevistas.

Para los datos cuantitativos se utilizaron análisis estadísticos descriptivos de frecuencias. Para los datos cualitativos, el procedimiento implicó un proceso de pasos sucesivos, en donde primero se analizaron los casos uno a uno, para posteriormente generar un sistema de categorías, a través del método de la codificación abierta. El procedimiento es el que se describe a continuación: Se dio inicio por la fase de reducción de datos, con la intención de hacer un esfuerzo por simplificar el proceso y de este modo, hacer manejable la cantidad de datos disponible, mediante el tratamiento y selección de la información total. Dentro de los procedimientos destinados a la reducción de datos que se encuentran en la literatura respectiva, se encuentran la segmentación en unidades, y la codificación/categorización, los cuales serán descritos a continuación. La separación en unidades supone diferenciar segmentos relevantes al interior de un conjunto de datos, especialmente si éstos son de carácter textual, como sucede en el presente trabajo.

Rodríguez, Gil & García (1996), mencionan diversos criterios de división de la información, incluyendo criterios espaciales, temporales, temáticos, gramaticales, conversacionales y sociales. De acuerdo a estos autores fue que se planeó definir el criterio temático, esto es, considerar unidades en función del tema que se aborde, aquel considerado más valioso dentro del análisis cualitativo. El proceso de categorización y codificación de los datos se

sustenta en un examen de las unidades de datos ya diferenciadas, de modo que la persona pueda identificar si éstas pueden ser clasificadas en una u otra categoría de contenido, dependiendo de los temas que aborden. Así, la categorización se entiende como la "clasificación conceptual de las unidades que son cubiertas por un mismo tópico" (Rodríguez et al., 1996, p. 209). Las categorías pueden aludir a situaciones, contextos, estrategias, procesos, opiniones, relaciones, entre otros.

Por su parte, la codificación no es más que la operación concreta de asignar el código o etiqueta representativa (generalmente palabras) a cada categoría. De esta manera, la categorización permite reducir un número de unidades a un solo concepto que las representa. Asimismo, cuando varias categorías presentan elementos comunes, pueden agruparse en meta-categorías. Es importante señalar que de acuerdo a estos autores (Rodríguez et al., 1996), la categorización es un proceso simultáneo a la división en unidades, si es que ésta se lleva a cabo utilizando criterios temáticos. Así, si una unidad alude a cierto tema, inmediatamente puede ser incluida en la categoría que corresponde a ese tópico.

Las categorías pueden estar predefinidas por los investigadores, o bien surgir del análisis de los datos mediante un procedimiento inductivo. En ambos casos, es preciso mantener la posibilidad de revisión y ajuste de las categorías emergentes (agrupar varias, eliminar, modificar códigos), lo que supone revisar las unidades previamente categorizadas, en vista de mejores y más representativas conceptualizaciones. De acuerdo a Miles & Huberman (1985) el proceso de codificación del discurso en la metodología cualitativa se puede realizar a distintos niveles: descriptivos, interpretativo o explicativo. Para el caso de esta investigación, el nivel de análisis utilizado es descriptivo ya que responde a los objetivos de este trabajo.

### **Categorías pre-establecidas**

Teniendo en cuenta lo anterior, para el análisis de los datos cualitativos se formularon inicialmente cuatro categorías que se definen a continuación:

**1. Categoría Estilo de Apego Seguro** (también referido como **Patrón B**): Al estilo de apego seguro corresponden individuos que presentan las siguientes características: bajos niveles de ansiedad y evitación, seguridad en el apego, confort con la cercanía y la interdependencia, confianza para buscar apoyo, utilizan estrategias constructivas para afrontar el estrés, expresión facial marcada por la alegría, inclinación hacia favorecer la vergüenza porque tienen claridad respecto al significado de causarle daño a otra persona. Sujetos con apego seguro no se asocian con rasgos de emoción negativa ni los afectos negativos permean su conciencia. Cuando experimentan rabia, aceptan su ira, tienen capacidad para manifestar su enojo en forma controlada y buscar una solución. Reportan afecto positivo, niveles altos de energía y alegría; niveles bajos de apatía y tristeza. Repertorio emocional balanceado, capacidad para reconocer y manifestar el estrés emocional (Mikulincer, Shaver & Pereg; Magai, Hunziker, Mesias & Culver; Mikulincer; Muris, Mayer & Meesters, citados por Garrido-Rojas, 2006).

#### *Sub-categorías*

**1a. Percepción de apego seguro con la figura materna.**

**1b. Percepción de apego seguro con la figura paterna.**

**1c. Percepción de apego seguro con las figuras subsidiarias.**

**2. Categoría Estilo de Apego Evitativo** (también referido como **Ansioso-Evitativo; Inseguro-Evitativo; Elusivo; Patrón A**): Al estilo de apego evitativo pertenecen sujetos

identificados por: interacción social caracterizada por distancia y evitación, no hay seguridad en el apego, autosuficiencia compulsiva, preferencia por distancia emocional, sus signos fisiológicos revelan presencia de ansiedad (esta activación la mantienen por más tiempo que los individuos seguros), son incongruentes porque aunque parecen no reflejar por sí mismos afecto negativo ni síntomas de estrés, los demás los perciben como ansiosos y con predominio de hostilidad. Predominio de emociones negativas sobre bajos niveles de emociones positivas, temerosos. Presentan más afecto negativo que individuos con apego seguro pero menor afecto negativo que los de apego ambivalente. Se inclinan hacia la ira con episodios de rabia y alta hostilidad. Esconden su ira con la negación de su emoción o mostrándose como si fueran positivos. Tendencia hacia la minimización del afecto (Ainsworth; Mikulincer; Byng-Hall; Stroufe&Waters; Ahnert, Gunnar, Lamb & Barthel; Kobak & Sceery; Kochanska; Kerr et al.; Mikulincer; Consedine & Mgai, citados por Garrido-Rojas, 2006).

#### *Sub-categorías*

***2a. Percepción de apego evitativo con la figura materna.***

***2b. Percepción de apego evitativo con la figura paterna.***

***2c. Percepción de apego evitativo con las figuras subsidiarias.***

***3. Categoría Estilo de Apego Ambivalente*** (también referido como ***Ansioso-Ambivalente; Inseguro-Ambivalente; Preocupado; Resistente; Patrón C***): A esta categoría corresponden los sujetos que en su interacción con el cuidador presentan ambivalencia, enojo y preocupación, muy poco desarrollo de emociones positivas, temerosos ante los estímulos que producen temor e igualmente a los que generan alegría, el miedo es la emoción más fuerte. Alta

ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, gran necesidad de cercanía. Preocupaciones por las relaciones y temor al rechazo. Preocupación y miedo a la separación. Énfasis en emociones de miedo y ansiedad con baja tolerancia al dolor. Ansiedad durante la entrevista de apego adulto. Los demás los perciben con índice de ansiedad predominante. Mayor índice de sintomatología de ansiedad. El estilo de apego ambivalente se asocia con la presencia de un conflicto interno, emociones de rabia, disgusto, estrés y afecto depresivo. Por la presencia de rabia, estos sujetos tienden a la ira, enojos con hostilidad alta. Reportan los niveles más altos de afecto negativo; malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo, nerviosismo. Bajos niveles de calma y serenidad (Ainsworth; Kochanska; Mikulincer; Mikulincer, Gillath & Shaver; Lecannelier; Valdés; Consedine & Magai; Kobak & Sceery; Magai et al.; Crittenden; Mikulincer; Kerr et al., citados por Garrido-Rojas, 2006).

#### *Sub-categorías*

***3a. Percepción de apego ambivalente con la figura materna.***

***3b. Percepción de apego ambivalente con la figura paterna.***

***3c. Percepción de apego ambivalente con las figuras subsidiarias.***

***4. Categoría Percepción de la enfermedad:*** Esta categoría engloba el significado asociado a la experiencia con la enfermedad, aquella percepción de su condición de paciente oncológico. Según afirma Alonso & Bastos (2011), cuando alguien tiene que enfrentar un diagnóstico de cáncer, se encuentra ante una circunstancia abrumadora, difícil, estresante y muy temida en la sociedad contemporánea, en razón a que “en el cáncer se dan una serie de circunstancias que, por sí mismas, son generadoras de malestar psicológico: su cronicidad, la incertidumbre ante su

evolución, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer” (p. 187). Al explorar la percepción de la enfermedad en pacientes con cáncer, Gercovich, López, Bortolato, Margiolakis, Morgenfeld, Rosell & Deza(2012), encontraron que “los pacientes son procesadores activos que elaboran una representación particular de la enfermedad y que, a partir de ella, regulan su comportamiento” (p. 404). Los estudios más frecuentes, que exploran las dimensiones de percepción de enfermedad, de acuerdo con lo mencionado por Gercovich, López, Bortolato, Margiolakis, Morgenfeld, Rosell & Deza (2012), están enfocados hacia “las variables que identifican la presencia o ausencia de una enfermedad, incluyendo el nombre de la misma, los signos o síntomas (identidad) y las creencias sobre la etiología (causas)”, (p. 404). Así mismo, estos autores también hacen referencia a otras variables muy estudiadas en relación con la percepción de la enfermedad, tales como “los efectos y las implicaciones físicas, emocionales, sociales y económicas de la enfermedad (consecuencias), sobre la duración y evolución de la enfermedad (tiempo), y las creencias sobre cómo puede controlarse la enfermedad o recuperarse de la misma (control/cura)”, (p. 404).

### **Categorías emergentes.**

Adicionalmente, a lo largo del análisis cualitativo de los datos obtenidos mediante la entrevista surgieron dos categorías emergentes que se definen a continuación:

**1. Idealización de las figuras de apego.** La definición de esta primera categoría emergente corresponde a los siguientes lineamientos teóricos: “Incapaz de hacer frente a la ambivalencia de los objetos, en parte buenos y en parte malos, quien idealiza tiene necesidad de un objeto absolutamente bueno, diferente de un objeto absolutamente malo” (Klein, citado por Galimberti, 2002). “La idealización lleva a la dependencia y al servilismo, puesto que quien idealiza tiene necesidad de que exista una persona perfecta hasta el punto de negar la existencia

de los atributos negativos que no satisfacen su necesidad” (Freud, citado por Galimberti, 2002, p. 580). La presente categoría emergente, tiene a su vez, una sub-categoría, que se presenta a continuación.

### *Sub-categoría*

**1a. Exclusión defensiva:** Bowlby (citado por Fresno, Spencer & Retamal, 2012), afirma que cuando se presenta el maltrato en épocas tempranas de la infancia, los niños desarrollan procesos defensivos para hacer frente a estas amenazas, como lo es la exclusión defensiva. “La exclusión defensiva busca proteger al individuo de ser consciente de eventos o pensamientos que pueden ser insoportables si son aceptados como verdaderos” (Bowlby, citado por Fresno et al., 2012, p. 830). Cuando los padres que maltratan a sus hijos no quieren hablar sobre el maltrato o lo niegan, e incluso, minimizan o ridiculizan los requerimientos afectivos de sus hijos, los niños maltratados van a desarrollar dos conjuntos de *modelos operativos internos (MIOs)* que estarán en conflicto. El *modelo operativo interno* que representa a un padre *malo* es excluido defensivamente de la conciencia porque se basa en la experiencia negativa del niño con esa figura de apego y, el segundo, sí continúa de manera consciente y alcanzable; éste, corresponde a la imagen de un padre *bueno*. También, puede representar “lo que el padre quiere que el niño crea sobre él, caso en el cual se considera un solo *self* que es protegido a través de la exclusión de la representación parental negativa reemplazándola por una positiva idealizada” (Bowlby, citado por Fresno et al., 2012, p. 830).

**2. Creencias religiosas reflejadas en el discurso del paciente oncológico:** Dentro de esta segunda categoría emergente se ubican los relatos que aluden a experiencias relacionadas con el

apoyo de seres superiores, a los que se les otorgan atributos divinos y quienes median como facilitadores para obtener la recuperación de la enfermedad, lo cual corresponde (en los casos contenidos en el presente trabajo) a creencias religiosas muy arraigadas en los individuos, derivadas de la tradición judeo-cristiana imperante en Colombia. Aquino & Zago (2007), mencionan que existen diversos estudios que muestran la forma en que la religión influye en la forma de enfrentar una enfermedad grave como el cáncer. Estos autores encontraron en sus trabajos con pacientes oncológicos que “la experiencia del cáncer es un proceso que desafía a la persona, la cual busca algo con lo cual poder enfrentarlo” (p. 2). De la afirmación anterior, surge una consecuencia, que estos autores refieren así: “la religión es descrita como una estrategia valorizada en la cultura occidental para enfrentar a la enfermedad y sus tratamientos” (p. 2). Así mismo, se observa en los estudios que indagan la forma como refieren sus creencias religiosas los pacientes con cáncer, que “la vida religiosa de los participantes fue expresada con más énfasis entre las mujeres y de forma menos abierta entre los hombres” (p. 3). De acuerdo con Aquino & Zago, “la fe religiosa es reconocida como una estrategia de negociación para sobrevivir al cáncer” (p. 4), encontrándose que dentro de su contexto socio-cultural, el paciente le atribuye un poder al elemento divino, el cual le “permite satisfacer sus necesidades que escapan al control humano, evitando sentimientos de miedo al futuro” (p. 4). Son tan importantes estos factores religiosos dentro de ciertas culturas, que en los años recientes, “la espiritualidad y la religión, en el cáncer, han sido reconocidos, pues contrariamente a las explicaciones reductoras de la medicina, los sistemas religiosos ofrecen una explicación de la enfermedad que la introduce dentro del contexto socio-cultural del paciente” (p. 6).

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

Se evaluaron en total 10 participantes, 5 mujeres y 5 hombres con un diagnóstico confirmado de cáncer, con edades comprendidas entre los 36 y los 46 años. El promedio de edad fue de 43,8 años, con una desviación estándar de 2,5 años. Todos los sujetos presentaban un nivel de escolaridad universitario y pertenecen a estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 (según clasificación anotada en la planilla de servicios públicos en Colombia). En su mayoría los pacientes reportaron estar casados y hacer parte de familias nucleares tanto en la actualidad como en su familia de origen. La religión principalmente reportada fue la católica. Hay una historia familia de cáncer en la mayor parte de los participantes.

Tabla 2.1

Datos sociodemográficos de las mujeres participantes

Sujeto	1	2	3	4	5
<b>Diagnóstico</b>	Cáncer de cérvix	Cáncer de tiroides	Cáncer de seno	Cáncer de seno	Cáncer de seno
<b>Estado civil</b>	Casada	Casada	Separada	Casada	Casada
<b>Ocupación</b>	Administradora de empresas	Administradora de empresas	Bacterióloga	Administradora de empresas	Administradora de empresas
<b>Estrato Socio-económico</b>	4	5	5	6	6
<b>Religión</b>	Cristiana cuadrangular	Católica	Católica	Católica	Católica

<b>Tipología familia de origen</b>	Con soporte (Abuelos paternos, ausencia de ambos padres)	Nuclear (Padres y 7 hermanos)	Extensa (Madre, 2 hermanos y abuela, padre ocasional)	Nuclear (Padres y 4 hermanos)	Nuclear (Padres y 4 hermanos)
<b>Tipología familia actual</b>	Simultánea/polo genética (Segundo esposo y 2 hijos del segundo matrimonio)	Nuclear (Esposo y 2 hijos)	Extensa/multigeneracional (Mamá y una hermana soltera)	Nuclear (Esposo y 1hijo)	Nuclear (Esposo y 3 hijos)
<b>Historia familiar de cáncer</b>	Si	Si	Si	Si	Si

Tabla 2.2

Datos sociodemográficos de los hombres participantes

<b>Sujeto</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Diagnóstico</b>	Linfoma	Cáncer de garganta	Cáncer gástrico	Cáncer de testículo	Cáncer de próstata
<b>Estado civil</b>	Casado	Casado	Unión libre	Casado	Casado
<b>Ocupación</b>	Odontólogo	Contador	Administrador de empresas	Ingeniero de petróleos	Odontólogo
<b>Estrato Socio-económico</b>	6	4	4	5	4
<b>Religión</b>	Católica	Católica	Agnóstico	Católica	Católica
<b>Tipología familia de origen</b>	Nuclear (Padres y 2hermanos)	Nuclear (Padres y 2 hermanos)	Nuclear (Padres y 2 hermanos)	Nuclear (Padres y 1hermano)	Nuclear (Padres y 1 hermano)
<b>Tipología familia actual</b>	Nuclear (Esposa y 2 hijos)	Nuclear (Segunda esposa y 1 hijo)	De Facto (Pareja)	Nuclear (Esposa y 1 hijo)	Nuclear (Esposa y 2 hijos)
<b>Historia familiar de cáncer</b>	Si	Si	No	Si	Si

## Resultados del instrumento de Lazos Parentales

Este instrumento evalúa dos dimensiones, el tipo de vínculo y el estilo apego. La evaluación del vínculo con la figura de apego se hace mediante dos variables: cuidado y sobreprotección. Las valoraciones son realizadas por separado para el vínculo con el padre y la madre. A continuación se presentan los resultados por cada dimensión y variable evaluadas.

### Vínculo materno

En la variable de *cuidado* la mayoría de los participantes (n=6) obtuvo un puntaje alto, lo cual indica que percibían a la madre como proveedora de cuidado y soporte para ellos durante la infancia. De estos 6 sujetos, 2 eran mujeres y 4 hombres. Para la variable de *sobreprotección*, en su mayoría los participantes (n=6) la calificaron como baja, lo cual significa que no percibían la relación materna como intrusiva o de cuidados excesivos. Estos 6 sujetos, corresponden a 2 mujeres y 4 hombres. En la Tabla 3 se muestran los resultados para el vínculo materno.

Tabla 3.

Puntajes relacionados con el vínculo materno

Sujeto	Variables			
	Cuidado		Sobreprotección	
	Puntaje	Clasificación	Puntaje	Clasificación
1	36	Alto	13	Bajo
2	17	Bajo	19	Alto
3	21	Bajo	22	Alto
4	30	Alto	12	Bajo
5	24	Bajo	14	Alto

6	32	Alto	3	Bajo
7	30	Alto	10	Bajo
8	3	Bajo	28	Alto
9	27	Alto	6	Bajo
10	30	Alto	5	Bajo

### Vínculo paterno

Para la variable de *cuidado* la mayoría de los participantes (n=7) le otorgó una calificación baja, lo cual significa que percibían al padre como no proveedor de cuidado y soporte para ellos durante la infancia. De estos 7 sujetos, 3 eran mujeres y 4 hombres. Para la variable de *sobreprotección* el 50% de los participantes obtuvo un puntaje bajo, mientras que la otra mitad percibió a su padre como una figura sobreprotectora, lo que se vio reflejado en una puntuación alta. En la Tabla 4 se muestran los resultados para el vínculo paterno.

Tabla 4.

Puntajes relacionados con el vínculo paterno

Sujeto	Variables			
	Cuidado		Sobreprotección	
	Puntaje	Clasificación	Puntaje	Clasificación
1	32	Alto	10	Bajo
2	14	Bajo	14	Alto
3	21	Bajo	22	Alto
4	29	Alto	23	Alto
5	18	Bajo	29	Alto
6	19	Bajo	1	Bajo
7	12	Bajo	28	Alto
8	36	Alto	5	Bajo
9	2	Bajo	5	Bajo
10	11	Bajo	12	Bajo

*Estilos de apego*

Partiendo de los resultados obtenidos para las dos variables, el instrumento permite realizar un análisis de los puntajes a partir del cual se clasifica el tipo de vínculo que presentan los sujetos en relación a cada una de las figuras parentales y a partir de este el estilo de apego correspondiente. Respecto al vínculo afectivo materno se observa que la mayoría de los participantes (n=6) perciben la relación con su madre como un vínculo óptimo, lo cual corresponde a un estilo de apego seguro, mientras que en menor proporción el resto (n=4) de pacientes la perciben como un vínculo de control sin afecto correspondiente a un apego ambivalente.

En cuanto a la relación con el padre, se observó el predominio (n=4) de la percepción de un vínculo controlador sin afecto correspondiente a un estilo de apego ambivalente con la figura paterna. El segundo vínculo más frecuente reportado por los participantes fue el vínculo débil (n=3) que corresponde a un apego evitativo. En menor proporción, 2 de los participantes reportaron un vínculo óptimo (apego seguro) y 1 reportó un vínculo de constricción cariñosa (apego ambivalente). De esta manera, el estilo de apego más prevalente para la figura paterna en los participantes fue el apego ambivalente encontrado en 50% de los casos. En la tabla 5 se resumen los tipos de vínculos y estilos de apego encontrados para los participantes.

Tabla 5.

Tipos de vínculos y estilos de apego parentales

Variable	Materno		Paterno	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Tipo de vínculo</i>				
Óptimo	6	60	2	20
Control sin afecto	4	40	4	40
Débil	0	0	3	30
Constricción cariñosa	0	0	1	10
<i>Estilo de apego</i>				
Seguro	6	60	2	20
Inseguro-ambivalente	4	40	5	50
Inseguro-evitativo	0	0	3	30

### Resultados de la entrevista de estilos de apego parentales

Los resultados de la investigación cualitativa se presentan en forma descriptiva, teniendo en cuenta cada una de las categorías formuladas. Cuatro de las categorías ya estaban pre-establecidas: *Estilo de Apego Seguro*, *Estilo de Apego Evitativo*, *Estilo de Apego Ambivalente* y *Percepción de la enfermedad*, y dos son emergentes: *Idealización de las figuras de apego* y *Creencias religiosas reflejadas en el discurso del paciente oncológico*, como resultado del proceso mismo de esta investigación. En las categorías *Estilo de Apego Seguro*, *Estilo de Apego Evitativo* y *Estilo de Apego Ambivalente* se efectuaron distinciones en cuanto a quién era el cuidador primario implicado en cada categoría evaluada, disponiendo de tres opciones: figura de apego materna, figura de apego paterna y figura de apego subsidiaria, siendo definidas como subcategorías en sus respectivos segmentos. Al analizar las dos categorías emergentes: *Idealización de las figuras de apego* y *Creencias religiosas reflejadas en el discurso del paciente oncológico*, se identificó una subcategoría dentro de la categoría emergente

*Idealización de las figuras de apego*, y esta se identificó con el nombre de *Exclusión defensiva*.

Estas categorías emergentes cumplen el papel de complementar y ampliar la información obtenida en las cuatro categorías previamente establecidas.

En la categoría *Estilo de Apego Seguro*, se ubicaron los participantes que identifican a sus figuras de apego como muy relevantes dentro de sus vidas cuando eran niños, que les aportaron afecto, seguridad, compañía y soporte emocional cuando fue requerido, podían contar con ellos cuando fuese necesario y evidencian gratitud hacia los cuidados recibidos de ellos durante su infancia. Se aprecia que el discurso de los sujetos participantes que pertenecen a esta categoría, está cargado de una connotación de carácter positivo. En esta categoría de Estilo de Apego Seguro se encuentra la Subcategoría *Percepción de apego seguro con la figura materna*, en la cual los sujetos identificaron a la madre, exclusivamente, como aquella persona con quien construyeron un vínculo afectivo sólido porque sus necesidades afectivas fueron cubiertas por ella, independientemente de las necesidades materiales, y se refieren a ella con una percepción positiva como en el caso del **Sujeto 6**, quien refiere: “Ella (mamá) fue una persona trascendental en mi vida, por su afecto, la bondad de su corazón, ella me dio su cariño, me quiso muchísimo”. Igualmente el **Sujeto 7** manifiesta que: “Mamá era demasiado especial, siempre pendiente de mí, yo sabía que siempre podía contar con ella, es esa persona que usted sabe que nunca le falla, le gustaba abrazarme cuando yo llegaba del colegio, era muy consentidora, lo que la gente llama cariñosa”. En relación con la subcategoría *Percepción de apego seguro con la figura paterna*, involucra la forma como los participantes, cuando eran niños, percibían la figura de apego del padre. Incluye la percepción sobre cuidado recibido, atención a sus demandas afectivas, presencia física, contención emocional, disponibilidad, tiempo compartido. Esta percepción está

presente en el **Sujeto 8**: “Con él (papá) compartía bastante cuando niño. Soy el único hombre de sus hijos. Con él íbamos para todas partes. Mi papá ha sido finquero toda su vida y siempre me llevaba con él en la camioneta los fines de semana y en todas las vacaciones del colegio. Yo sentía que él era algo bueno en mi vida y lo sigue siendo hoy en día”. En la subcategoría *Percepción de apego seguro con las figuras subsidiarias*, los sujetos identificaron personas diferentes a sus padres como muy significativas en sus vidas, incluso, sustituyendo a sus propios padres durante el proceso de la crianza durante su infancia temprana. Estos sujetos reportan que dichas personas tuvieron una relevancia mayor que sus propios padres, por sucesos que determinaron la presencia exclusiva de las figuras subsidiarias de apego por ausencia de padre y madre y, en otros casos, aunque estuviesen en el hogar tanto padre como madre, se generaron lazos de apego con personas que se encontraban trabajando en sus hogares durante los procesos de crianza, y que establecieron un vínculo afectivo con ese niño o niña, a través de su presencia permanente y sus cuidados, a tal punto que sus lazos de apego pueden equipararse con los de la madre o padre, e incluso, pueden sobrepasar el nivel de vínculo afectivo establecido con los progenitores, como en el caso específico del **Sujeto 4**, quien manifestó que para ella la persona en quien podía confiar y a quien acudía cuando se sentía sola, asustada o triste era a su niñera, a quien se refirió así: “Yo acudía a mi niñera. Yo adoraba a mi niñera, yo la adoraba y ella también me adoraba. Se llamaba Pastora y duró muchos años en mi casa. Ella estaba siempre pendiente de todo lo que yo necesitara. Me protegía y me consentía siempre. Ella fue una persona muy cercana a mi corazón durante mi infancia. Todo lo de ella fue bueno. Por eso todavía la recuerdo con mucho cariño. Esa era la persona que yo siempre buscaba cuando estaba asustada o triste”. Cuando esta participante destaca la figura de su niñera como figura subsidiaria de apego, lo hace con tal vehemencia y con tal contundencia en su discurso, que marca una diferencia muy

significativa, dado el alto nivel de valoración otorgado a su niñera, comparado con el que había referido respecto a su madre. El **Sujeto 1** refiere que por ausencia de su madre, quien cambió su ciudad de residencia y no la llevó con ella, quedó al cuidado de sus abuelos paternos, dado que su padre tampoco pudo encargarse de su crianza. A partir de los 5 años, creció con sus abuelos como figuras subsidiarias de apego: “Pues mi infancia estuvo mezclada de alegría y de dolor. Como mis abuelitos fueron los que me criaron, mis abuelitos me dieron toda la alegría que uno pueda necesitar y mi madre me dio todo el dolor del mundo, al ver que yo no podía tener mamá a pesar de estar viva. Todos los niños tienen a su mamá a menos que esté muerta”. El **Sujeto 10** se refiere a su abuela materna como aquella persona en quien podía confiar y a quien siempre acudía: “Mi abuela materna. Era la mamá de mamá. Era la persona en que uno podía confiar, pues mamá tenía que salir a trabajar. Siempre mi abuela la cubría, y así ella podía salir tranquila a trabajar. Yo sí puedo decir que tuve dos mamás. Porque ni siquiera le decíamos abuela. Le decíamos mamá Teresa. Ella, fue una verdadera mamá para mí. Mamá trabajaba en una empresa de confecciones con jornadas muy pesadas. Pero nunca nos faltó la compañía de mi abuela, su comida. Sobre todo, nos ayudó a criarnos derechos, porque nunca nos dejaron solos”.

En la categoría *Estilo de Apego Evitativo*, los individuos identificaron a sus figuras de apego con patrones de interacción social distante y evitativa, sin ninguna seguridad en el apego, predominio de emociones negativas sobre las emociones positivas, hostilidad, agresividad, minimización del afecto. Los pacientes refieren que esas figuras de apego no estaban disponibles para ellos cuando las necesitaron, por el contrario, su presencia conllevaba situaciones de injusticias y de maltrato. En la Subcategoría *Percepción de apego evitativo con la figura materna*, pudo identificarse que el **Sujeto 8** percibe a la figura de apego materna como incapaz

de brindarle una base segura, contención emocional, suplir las necesidades afectivas, generándose, por el contrario, emociones negativas que se traducen en un malestar emocional en relación con la figura materna. El **Sujeto 8** describe lo percibido con su figura de apego materna, así: “Sentía ira por la preferencia que tenía mi mamá por mis hermanas. A mí era al único que me castigaba, por cualquier cosa. Siempre encontraba un motivo para castigarme. Una vez que mi hermana Carolina rompió un vidrio de la casa vecina, ella dijo que yo era el que lo había partido y mi mamá me dio correa fue a mí, pero durísimo. Ella me pegaba con mucha rabia. Y había mucha injusticia conmigo. Yo sabía que a mí no me quería”. En cuanto a la Subcategoría *Percepción de apego evitativo con la figura paterna*, se identificó que los sujetos perciben a su figura de apego paterna como no grata, sin manifestaciones de afecto que suplan sus necesidades en este campo, padres distantes, evitan contacto físico, no los ayudaron cuando los necesitaron, emocionalmente fríos, invadían su intimidad, manifestaciones de ira y hostilidad, frustrando las expectativas que ese niño tiene ante sus cuidadores primarios, sumándose a lo anterior, la presencia de violencia intrafamiliar. El **Sujeto 5** percibe su relación con la figura de apego paterna de la siguiente manera: “Mi papá a la que consentía era a mi hermana menor. Ella era muy astuta y sabía cómo ganarse a mi mamá y a mi papá, que le daban gusto en todo. Era la consentida de ellos y al resto de los hermanos que éramos 5, no nos daban el mismo afecto. No es que no nos quisieran, pero si había preferencias. Si, en el tipo de regalos, en las manifestaciones de afecto, en la indulgencia con las travesuras que uno hacía cuando estaba chiquito, porque si ella hacía algo, pues no importaba, y si uno lo hacía, ahí si le daban cuero. Lo mismo con las notas del colegio, pues ella siempre fue demasiado floja y nunca le gustó el estudio pero no le decían nada. Injusticias”. El **Sujeto 10** refiere su relación con la figura de apego paterna: “Porque uno cuando está chiquito lo que siente es miedo y luego cuando va

creciendo uno lo que siente es rabia, mucha rabia porque uno dice: y por qué yo no puedo defender a mi mamá. Uno lo único que quiere es reventar al papá”. El participante identificado como **Sujeto 9**, manifiesta la percepción sobre la figura de apego paterna, así: “Ahora que me pregunta si el papá era cariñoso con uno o que si me consentía, pues ahí me doy cuenta porque es que carga uno esa rabia por el papá, aunque uno prefiere no pensar en eso, y más bien, como que a uno no se le ocurre pensar en eso. Y cuando piensa en eso, eso da rabia y como tristeza al mismo tiempo. Ahí es donde uno se da cuenta que a uno no le manifestaban que lo querían, ni de palabra ni de hecho, ni de ninguna forma”.

En la categoría de *Estilo de Apego Ambivalente*, los sujetos manifiestan que el vínculo con su figura de apego paterna fue débil, con sentimiento de temor ante las diferentes situaciones domésticas, incluso aquellas que pudieran generar alegría, demandaban cercanía afectiva y no la obtenían, hogar con predominio de hostilidad, ira desbordada, la figura paterna no aportaba apoyo emocional, soledad a pesar de estar dentro de un núcleo familiar, presencia de violencia intrafamiliar. Respecto a la subcategoría *Percepción de apego ambivalente con la figura paterna*, el **Sujeto 7** refiere: “Manifestaciones de afecto de mi padre, pocas, más bien, por no decir ninguna. Esa pregunta del cuestionario, me puso a pensar porque a mí, mi papá nunca me consintió. Nunca fue cariñoso conmigo. Él decidía todo por mí y, no solo por mí, sino por todos los de mi familia. Allá se hacía lo que él decía. Y nos sacaba en cara cada peso que tenía que gastar en mi mamá y en los hijos. Siendo un muchacho, me alejé de él, tan pronto terminé el bachillerato. Murió sin que nos volviéramos a hablar”.

En la categoría *Percepción de la enfermedad*, los pacientes manifiestan, de diferentes formas, cómo perciben la presencia del cáncer en sus vidas. Algunos sujetos, se afectan con la pregunta, quebrándoseles la voz en el momento de responder, e incluso, con presencia de lágrimas. Los sujetos manifiestan sus frustraciones, expectativas, dudas, temores, afectación emocional, esperanza, fe. El **Sujeto 9** expresó: “Imagínese, a quién se le va a pasar por la cabeza que a los 38 años uno tenga cáncer. A nadie. Y, más encima con esposa y una hija de 4 años. Todavía no me he recuperado del impacto. A veces me parece, como que fue que alguien me contó eso de otra persona. La psicóloga de la empresa donde yo trabajo me dijo que eso le pasaba a todo el mundo y después a uno se le olvida y vuelve a la vida normal”. El paciente **S9**, al igual que con el paciente **S7**, enfoca su preocupación hacia el futuro de su hija pequeña. En su discurso entrega una evidencia de la afectación emocional que le produjo su diagnóstico. Trata de asimilar como creíbles las palabras de la psicóloga de su empresa. Con una perspectiva similar al Sujeto 9, aquí el **Sujeto 7** manifiesta: “Pues, imagínese. Por mí, en sí, por mí, pues la verdad no me importa. Yo no tenía hijos y cometí el error de volverme a casar y ahora tengo un hijo de 6 años que solo Dios sabe qué irá a pasar con él. Lo que le decía hace un rato, la enfermedad en sí, y lo que pase conmigo, pues, qué carajos, pero el futuro de mi hijo si me aterra, y no por la plata sino por el tipo de mamá que tiene”. La paciente identificada como **Sujeto 5**, se expresa así: “Pues yo aquí *guerreando* con ella. Considero que ésta si se la gané, porque uno no puede perder la esperanza ni las ganas de vivir. Lo complicado *es que el mío es de seno, es de los más traicioneros*. Afortunadamente mi caso es bueno y, aunque fueron muy difíciles los ciclos de la *quimio*; de eso ya hace un año, aquí estoy. ¿Cómo me ve? Divinamente, ¿no?” Otro paciente, hombre, el **Sujeto 10**, cuándo se le pregunta cuál es su percepción sobre la enfermedad, responde lo siguiente: “Con esta enfermedad fui un afortunado. Yo le oigo aquí a

los otros pacientes luchando con las EPS que les niegan todo. La mía no me negó nada. Pasar uno por una prueba de estas y más encima sin el respaldo de la EPS, eso sí es terrible”. Esta respuesta sugiere que para este sujeto, si bien el cáncer es una prueba difícil, el contar con las posibilidades de atención médica alivia de alguna forma la situación. Cuando se le dice al paciente que se refiera a cómo fue su percepción interna de la enfermedad, independientemente de las circunstancias que acababa de relatar, agregó: “La primera impresión fue: desorientado. Yo me dije: yo no puedo irme de aquí sin preguntar todo lo que se me venga a la cabeza, todo, todo. Y, afortunadamente, aquí me dieron todo el tiempo para que yo me desahogara a punta de preguntas, preguntas y preguntas. Afortunadamente me tocó con el Doctor “C” porque si me hubiera tocado con el Doctor “R”, dicen que es muy malgeniado. Ya pasé por la Radioterapia, me tocó con él. Vamos a ver cómo sigo. Es que acabo de terminarla apenas hace dos semanas. Vamos a ver”.

En la categoría emergente *Idealización de las figuras de apego*, los participantes perciben la imagen de la figura de apego (materna y/o paterna) en forma discrepante con aquello que acaban de manifestar en sus relatos, observándose que algunos pacientes elaboran una lectura idealizada de los hechos vividos con la madre o con el padre, totalmente alejada de la realidad que acaban de describir. A continuación, la paciente **Sujeto 4** considera la relación con su padre como perfecta, sin interpretar las conductas paternas como controladoras. Por el contrario, existe una distorsión del concepto de control, al calificar las conductas de su padre como un indicativo de amor y no de control: “Pues a él, todo lo que yo dijera o hiciera le parecía divino. Podía ir a donde yo quisiera pero con él. Me dejaba tener el novio que yo quisiera pero a él le gustaba que uno le preguntara si a él le gustaba y que le pidiera la aprobación. Jamás me

castigó ni me regaño. Nunca supe qué era eso con mi papá”. La paciente siguiente, identificada como **Sujeto 3**, no identifica situaciones de distancia afectiva con su padre, independientemente de la distancia geográfica que hubiesen tenido que enfrentar. A través de su discurso, ella valida la conducta de su padre que está ausente durante todo un año del hogar y, aunque solo visita a su familia en vacaciones, la paciente menciona que “siempre vivieron juntos”. Esa idealización de las figuras de apego tanto paterna como materna, es referida por esta paciente así: “Mis padres eran unas personas muy unidas, siempre vivieron juntos. Mi padre trabajaba con el gobierno, y tenía que estar cambiando de residencia alrededor de cada 3 años, porque le tocaba ir a donde lo trasladaran. Nosotros nunca nos cambiamos de ciudad, siempre vivimos aquí con mi mamá y mis hermanos. Él venía a visitarnos solo en la época de vacaciones. Realmente recuerdo poco de papá porque casi nunca lo veíamos y tampoco había oportunidad para que él fuera cariñoso y como que eso no se acostumbraba, eso de ser cariñoso con los hijos”. Respecto a la subcategoría emergente *Exclusión defensiva*, si los sujetos tienen experiencias negativas sucesivas con una determinada figura de apego, la conciencia va a excluir defensivamente al padre o madre, *malo o mala*. La paciente identificada como **Sujeto 2**, presenta un patrón de apego ambivalente con sus cuidadores primarios, pero por tratarse de un caso donde el contenido de su discurso evidencia una incoherencia entre lo relatado y lo percibido, se decidió ubicarla en esta subcategoría. Es pertinente mencionar aquí que cuando esta participante relata las experiencias que se refieren al vínculo afectivo con su figura de apego materna, ella hace una lectura de los hechos relatados que no es coherente con la naturaleza de los mismos. En consecuencia, su discurso describe hechos que evidencian explícitas situaciones de maltrato físico y emocional, pero ella las valida e, incluso, enfatiza que extraña mucho a su madre, ya muerta. Cuando habla de su relación con la figura materna, ella expresa lo siguiente. **Entrevistador:** Usted menciona que su mamá era

muy brava. Me puede ampliar esa información? Responde el **Sujeto 2**: “Por ejemplo, yo salía a comprar helados al lado de mi casa, pero si no le había dicho a mi mamá que iba a comprar helados, y si ella se daba cuenta, era muenda segura. Yo tampoco me podía caer y rasparme cuando estaba jugando porque ella me advertía: si se cae y se raspa, más encima yo le doy fuede. Cuando me pasaba algo así, yo temblaba del susto, por los correazos que me esperaban. Yo le suplicaba que no me pegara y me tapaba las piernas con los brazos y las manos para que no me vieran después los morados en el colegio. Pero, créame, de veras, que ella nos hace mucha falta a toda la familia y yo la extraño mucho. Fueron épocas muy lindas y muy felices cuando ella todavía vivía”.

En la categoría emergente *Creencias religiosas reflejadas en el discurso del paciente oncológico*, se identifica la forma como ciertos patrones culturales están muy arraigados en este grupo de pacientes. Es el caso de las creencias religiosas, que se transmiten de generación en generación en los hogares colombianos y que sirven de bálsamo en los momentos de crisis, respecto a las cuales los pacientes refieren que sus creencias les ayudan a sobrellevar la enfermedad, contribuyen a la paz interior y les permite reconciliarse con Dios, dado que algunos de ellos relatan haberse “*peñado* con *ÉL*”. Se evidencia el peso de una tradición cristiana en Colombia cuando la paciente identificada como **Sujeto 4** acude a sus convicciones religiosas como mecanismo de apoyo ante la carga emocional que genera la enfermedad. Este es un recurso muy generalizado dentro de los pacientes oncológicos: “Yo soy una persona muy creyente. Todo lo he puesto en manos de mi Dios y de la Virgen, yo sé que ellos no me fallan. Le cuento que estoy muy bien, sin evidencia de la enfermedad desde hace 3 años, o sea que si funcionan ellos allá arriba”. La contención emocional que supuestamente otorgan las creencias religiosas, puede observarse en la paciente **Sujeto 1**: “Mi vida se me acabó. Mire yo tengo 36 años y pensaba tener

hijos con mi segundo esposo. Con la cirugía que me practicaron, esa ilusión ya no es posible. Me he refugiado en las *escrituras* pues ahí es que me tengo que apoyar porque emocionalmente estoy en el piso”. Igualmente, la costumbre de asignarle atributos humanos al concepto o figura de Dios, a tal punto que se puede disgustarse o pelear con Él, puede evidenciarse en el relato del paciente **Sujeto 5**: “Dejé de *pelear* con Dios. Ahora somos amigos. Todos los días nos hablamos y eso me ha servido mucho. Huy, me siento mucho mejor. A Dios hay que tenerlo de aliado”. Acudir a lo aprendido en la infancia para emplearlo como recurso espiritual de primer orden, es lo manifestado por la paciente **Sujeto 3**: “Cuando estaba niña, estudié en un colegio de religiosas y, con mi abuelita, todas las noches rezábamos el rosario. Eso le sirve a uno cuando es adulto porque a raíz de lo de esta situación, uno necesita mucho apoyo espiritual. Yo diría que eso es lo único que le da a uno la verdadera paz, la comunicación con Dios. La oración es muy poderosa”.

## DISCUSIÓN

En relación con el objetivo general planteado al inicio de la presente investigación, los hallazgos indican que se identificaron los estilos de apego presentes en una muestra de pacientes oncológicos a través de la aplicación del Parental Bonding Instrument (PBI), traducido al español como Instrumento de Lazos Parentales. Se exploraron y describieron tales estilos de apego aplicando este instrumento cuantitativo para evaluar la calidad del vínculo generado en la infancia con los cuidadores primarios, indagando en forma independiente el vínculo con la figura de apego materna y con la figura de apego paterna. Como se trata de un enfoque mixto, la entrevista semiestructurada, diseñada para explorar en adultos los vínculos afectivos con cuidadores primarios amplió la información recaudada con el PBI, destacándose la inconsistencia

y disparidad de criterios entre lo marcado en el PBI en cuanto a la percepción sobre las figuras de apego en la infancia, y los relatos posteriores entregados durante las entrevistas.

Los hallazgos muestran que al hacer uso del Instrumento de Lazos Parentales para evaluar el vínculo con la madre, las dos variables implícitas dentro de las 25 afirmaciones y que están identificadas como cuidado y sobreprotección, arrojan una puntuación alta para *cuidado* y baja para *sobreprotección*. Ese resultado muestra que existe una tendencia de los participantes a percibir a la figura materna como alguien quien les brindó cuidado y afecto en la infancia. En este mismo segmento de la madre, la variable sobreprotección puntuó baja, indicando que los participantes perciben que sus madres no ejercieron sobreprotección sobre ellos. Al revisar la puntuación obtenida por la mayoría de los sujetos, en relación con las dos variables mencionadas, la relación con la madre se clasifica como un vínculo óptimo en la mayoría de los casos. Desde la perspectiva de la Teoría del Apego de Bowlby, y de acuerdo con las categorías de apego establecidas por Bowlby (1969, 2014) y revisadas por Ainsworth (1985), al vínculo de apego óptimo se llega a través de un estilo de apego seguro con la figura materna.

Vale la pena recordar aquí, que como el Parental Bonding Instrument (PBI) mide las evocaciones y recuerdos de los adultos entrevistados respecto a su etapa de desarrollo infantil, y de acuerdo a lo referido por Fegran, Helseth, & Solveig (2008), se encontró que en ese primer ciclo de vida durante su infancia, un porcentaje mayoritario de los seres humanos califican como más cercana y afectiva la relación percibida con la figura materna, en comparación con la existente con la figura paterna. Los autores pudieron inferir que dicha percepción está directamente relacionada con pautas culturales ancestrales tales como la asignación de las funciones de cuidado y expresión afectiva a la madre y, en consecuencia, los niños identifican el vínculo con su progenitora como un vínculo preferente. En consecuencia, los hallazgos

coinciden aquí con la literatura consultada, observándose -en general- que los participantes atribuyeron las funciones de cuidado y protección a la figura materna.

Al realizar la exploración del vínculo de apego con la figura paterna, los valores encontrados puntúan bajos para la variable de *cuidado* en la mayor parte de los individuos, mientras que para la de *sobreprotección*, los participantes presentaron opiniones divididas a este respecto, reflejándose en puntajes altos y bajos en igual proporción. Estos resultados del PBI evidencian una tendencia de los sujetos a percibir al padre como una figura que no logró cumplir con su función de proveer cuidado y afecto y, adicionalmente, en algunos casos, actuó de manera controladora e intrusiva en la relación con sus hijos. Los datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Lazos Parentales, en este caso, permiten inferir el predominio de un tipo de vínculo con la figura paterna identificado como *control sin afecto*. Ahora bien, extrapolándolo a la teoría del apego, se evidencia en la muestra estudiada, la prevalencia de un estilo de apego inseguro de tipo ambivalente con el padre. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de otras investigaciones. Thomas (citado por Tacón, 2003) en el *Precursors Study*, que constituye la fuente más extensa de información acerca de las relaciones padre-hijo, encontró que rasgos psicológicos como la ausencia de relaciones cercanas con los padres, junto con la presencia de actitudes ambivalentes ante la vida y las relaciones interpersonales, se encontraban ligados al cáncer. En esta misma línea, otros estudios sobre el apego (Bowlby, citado por Bretherton, 1992) en personas adultas sugieren que cuando se establecen en la infancia apegos de tipo inseguro (ambivalente y evitativo) se desarrollan vínculos disfuncionales en relación a una pobre regulación de las emociones (Feeney & Noller, 2001). Lo que acaba de exponerse adquiere relevancia al considerar que las relaciones que generan los estilos de apego, se convierten en la vía a través de la cual los individuos aprenden, desde su infancia, el manejo de sus emociones,

las cuales siempre van a jugar un papel preponderante dentro de todos los contextos donde se produce la interacción social humana. Teniendo en cuenta dichos postulados, algunos autores (Rodríguez, Pérez, Villarreal, Loaiza, Corona, & Iglesias, 2009) han propuesto que es posible que la aparición subsecuente de enfermedades crónicas como el cáncer esté relacionada con el estilo de apego que la persona estableció durante su infancia (Puig, Englund, Simpson & Collins, 2013), afirmando que las emociones derivadas del apego inseguro tienen repercusiones sobre el sistema nervioso y el sistema inmune (Cohen, 1995).

A través de la entrevista semiestructurada, se obtiene información que indica que una mayoría de los pacientes generó durante su infancia un estilo de apego evitativo con la figura paterna, información está, que al ser contrastada con los hallazgos cuantitativos del PBI, se pudo observar que a través de ese instrumento la mayor parte de los pacientes generó un apego ambivalente con la figura paterna. Esta es la forma como difieren los resultados entre un instrumento y el otro. Cabría preguntarse aquí, ¿cuál de ellos puede considerarse más confiable? El objetivo central de este estudio era identificar los estilos de apego en la muestra de pacientes oncológicos escogida, y lo importante fue haber podido determinar el alto nivel de apego inseguro (independientemente de cuál subtipo esté presente), lo cual ubica a estos pacientes en un mayor riesgo de vulnerabilidad ante la aparición de una enfermedad como el cáncer, que aquellos individuos que presenten apegos seguros. Respecto al estilo de apego evitativo, Bowlby (2014) se refiere a éste diciendo que está caracterizado por incomodidad en las relaciones afectivas y la falta de una conexión real con las figuras parentales primarias y las relaciones subsecuentes. De acuerdo con Sánchez (2011) “los niños que han adquirido este patrón de conducta han experimentado que, en realidad, no pueden contar con sus figuras de apego, no los quieren, no los valoran o no tienen capacidad para ayudarlos” (p. 25). Lo planteado por este

autor se confirma dentro de los hallazgos presentes en los relatos de los participantes, tales como una percepción de rechazo, dentro de su discurso emergen las figuras parentales como incompetentes o inconstantes y con poca expresión de afectividad; tampoco estuvieron disponibles o accesibles para ellos cuando eran niños. Como pudo encontrarse, en este estilo de apego evitativo se presentan emociones negativas como ansiedad, ira y tristeza, las cuales modularán las futuras relaciones que el individuo establezca, estructurándose así un patrón constante de desregulación emocional, que conlleva efectos lesivos tanto para la dimensión física como para la salud mental. Afirman Holmes & Johnson (2009), que cuando los seres humanos se ven enfrentados a episodios de vida donde la falta de afecto se convierte en una situación constante, estas personas, a través del tiempo van desarrollando conductas de distanciamiento y resentimiento que permearán sus relaciones posteriores. En consecuencia, y de acuerdo a lo expresado por Repetur y Quezada (2005), se infiere la importancia que conlleva para un ser humano, el hecho de sentirse amado, considerándose como una necesidad de todo ser humano, teniendo en cuenta su dimensión como un ser afectivo. Si en lugar de recibir afecto, se le hiere en sus lazos vinculares, entonces la conducta de ese individuo estará mediada por mecanismos de defensa tales como el desapego. Algunos autores, como Dalton, Boesen, Ross, Shapiro & Johansen (2002), incluso llegan a sugerir que el desarrollo del cáncer podría encontrarse ligado con aquellos eventos en los cuales los individuos perciben, en forma reiterativa, que son rechazados e, incluso, cuando perciben que no fueron deseados por sus padres.

A esta categoría, también pertenecen aquellos discursos que refieren situaciones de pérdida y separación que no fueron procesadas por los pacientes siendo niños, e inclusive, permanecen sin resolver durante toda su vida adulta. A este respecto, Tacón (2002) afirma que la pérdida temprana puede constituirse en un hecho crítico a nivel socioemocional, debido a que en

sus investigaciones se ha estado observando que la pérdida es un tema recurrente en las historias psicológicas de las personas con diagnóstico de cáncer. Así mismo, afirma la autora, que en sus estudios ha encontrado que la pérdida está relacionada con los hallazgos previos acerca del apego inseguro y un bajo sentido de cercanía con los padres. En los discursos se evidencia que este tipo de apego pudo tener su origen en la pérdida de una figura encargada de suministrar afecto y protección, que posteriormente el niño observó ausente, de modo que tuvo que afrontar situaciones de estrés sin la presencia de vínculos significativos, es decir, sin figuras que contribuyeran a procesar ese malestar emocional.

A través de la entrevista semiestructurada, también se identificó otro segmento de pacientes que presenta un estilo de apego ambivalente hacia la figura paterna o materna, reflejado en los relatos de los participantes, donde se encontraron experiencias de relaciones dicotómicas con las figuras parentales, en mayor proporción con el padre, pero también, algunos casos, con la madre. Los pacientes expresaban confusión en cuanto a la afectividad que sus padres les manifestaban, porque se presentaban simultáneamente, situaciones de castigo y maltrato que generaban una sensación de ambivalencia y poca estabilidad, que en alguna de las pacientes, posiblemente, se presenta como una *exclusión defensiva*, en razón a que en sus percepciones de la figura materna, no se encuentra coherencia entre los hechos relatados y las emociones que estos le generan, dado que desarrolla su discurso excluyendo la connotación dolorosa contenida en su descripción de algunos episodios de maltrato sucedidos durante la infancia.

En este apego ambivalente, al igual como sucede en el estilo evitativo, se presentan de forma constante emociones negativas que dificultan a las personas establecer relaciones sanas. Este resultado coincide con lo reportado por Garrido-Rojas (2006) cuando afirma que el estilo de

apego ambivalente en pacientes oncológicos está caracterizado por discursos relacionados con la “búsqueda de proximidad hacia figuras de apego, hipervigilancia, errores cognitivos como rumiación, y sobreactivación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos, activación crónica y disfuncional del sistema de apego” (p. 494).

La figura paterna es percibida como violenta y castigadora, tal como lo refieren algunos participantes en sus relatos, situación que también puede influir en el desarrollo de un estilo de apego inseguro. Según Maughan & Cicchetti (2002) cuando los niños son expuestos a situaciones de violencia por parte de alguno de los progenitores, desarrollan estilos de apego defensivos y/o ambivalentes, lo cual se refleja en sus relaciones íntimas posteriores y en deficiencias en el desarrollo de habilidades emocionales. Agregan los autores, que cuando se generan situaciones de esta naturaleza, los vínculos afectivos con la figura maltratadora se ven gravemente dañados, requiriendo trabajo terapéutico con resultados poco alentadores. El estilo de apego ambivalente es particularmente perjudicial, según lo referido por Collins & Read (1990), porque las personas permanecen en un estado de constante dualidad respecto a la forma cómo deben relacionarse con los otros, estableciendo pautas de relación controladoras o sumisas y percibiendo que las personas con las que establecen intimidad no las aman ni les corresponden en igual medida como ellos lo hacen.

Ahora bien, en relación con el establecimiento del apego y la aparición de cáncer en la vida adulta, cabe mencionar aquí una investigación longitudinal iniciada en 1948 en Johns Hopkins Hospital la cual tuvo un seguimiento de alrededor de 40 años. En este estudio prospectivo que constituye la mayor fuente de información acerca de las interacciones afectivas tempranas entre padres e hijos, se analizaron datos acerca de las relaciones familiares de 1337 estudiantes de

medicina. El hallazgo más importante consistió en que aquellos individuos que desarrollaron cáncer durante los años de seguimiento habían reportado los puntajes más bajos de cercanía con sus figuras parentales en la infancia, lo que puede ser interpretado como calidad del apego en las interacciones afectivas tempranas entre padres e hijos. Los hallazgos psicosociales y las descripciones por parte de los investigadores acerca de las historias de los pacientes que desarrollaron cáncer a lo largo de más de 40 años de seguimiento permitieron advertir la presencia de: pérdida parental temprana, pérdida importante, tensión emocional no resuelta con los padres, distanciamiento emocional, padres menos amorosos y necesidades emocionales no resueltas en la niñez, elementos estos que pueden analizarse bajo el contexto de la teoría del apego (Tacón, 2003).

Los hallazgos de este estudio son coherentes con lo reportado por la literatura en la cual se subraya el rol de la afectividad en la aparición de enfermedades oncológicas. Puntualmente, coinciden con investigaciones que sugieren que el cáncer podría estar relacionado con dificultades emocionales, experiencias desagradables durante la infancia, conflictos no resueltos y estilos de apego inseguro con las figuras parentales, es decir, de tipo evitativo y ambivalente (Rodríguez et al., 2009; Garrido-Rojas, 2006; Tacón, 2002-2003). La posible relación entre la afectividad y el desarrollo del cáncer adquiere validez cuando se encuentran contenidos teóricos de otros autores como Rodríguez et al. (2009) quienes sostienen que “los factores psicológicos pueden influir en la respuesta inmune mediante la intervención con procedencia directa del Sistema Nervioso Central o por mecanismos hormonales” (p.23). Así mismo, estos autores refieren que cuando se presentan cambios de conducta, “asociados a características de personalidad o procesos de adaptación o de afrontamiento frente a situaciones estresantes, o estados emocionales negativos relacionales, también pueden alterar la inmunidad y con ello, el

curso de enfermedades crónicas como el cáncer” (p. 23). Además, ellos mencionan estudios donde se han analizado la interacción entre el funcionamiento de los sistemas biológicos (endocrino e inmunológico) y las variables psicológicas, indicando la existencia de unos posibles precursores del cáncer, tales como “el estrés y el afrontamiento, las dificultades emocionales, la depresión y sentimientos de indefensión, y las variables de personalidad” (p. 20). Estas variables de personalidad “han sido asociadas con un sistema inmunológico menos eficiente y es posible que bajo estas condiciones, el cáncer pudiera tener una mayor probabilidad de tomar una posición en el organismo” (Rodríguez et al, 2009, p. 20).

Algunos autores hacen énfasis en la relación entre los estilos de apego y las emociones que se derivan de ellos, lo cual permite cuestionarse la forma en que las afectaciones negativas dentro de las historias de vida de los pacientes evaluados (evidenciadas en los hallazgos tanto cuantitativos como cualitativos) han contribuido al deterioro de la salud de estos pacientes, pero, específicamente, a un deterioro de la salud que conlleve a la generación de una patología maligna como el cáncer. Vale la pena recordar aquí, el tipo de emociones presentes en los diferentes estilos de apego, de acuerdo a lo señalado por Garrido-Rojas (2006), cuando afirma que “en el apego seguro se presentan mayor cantidad de emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad; en el estilo evitativo predominan emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza y, en el estilo ambivalente, resaltan emociones como preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad” (p. 497). Así mismo, es a partir del apego como se adquieren las habilidades de regulación emocional. En el apego seguro se utiliza un mayor número de “estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración; alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social” (p.497). Ahora bien, al revisar el tipo de emociones presentes en los dos tipos de apego catalogados como inseguros, empezaremos aquí por las del estilo de apego evitativo, en el

cual se presenta una tendencia a "utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego" (p. 497). En el otro estilo de apego inseguro, el ambivalente, están presentes "estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación, y sobreactivación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos, activación crónica y disfuncional del sistema de apego" (p. 497).

Teniendo en cuenta lo que acaba de exponerse, cabe destacar aquí la importancia que tiene el apego en el desarrollo de habilidades emocionales, especialmente si se considera que algunos autores sostienen que hay ciertas emociones que tienen un efecto dañino sobre la salud física (Rodríguez et al, 2009), y que al contextualizar esta teoría dentro de lo encontrado al aplicar los dos instrumentos en la muestra de pacientes oncológicos, se evidencia que en los hallazgos están presentes emociones negativas como la ira, la ansiedad y la tristeza, las cuales pueden afectar la probabilidad, inicio y progresión de diversas enfermedades en relación con el sistema nervioso e inmune, de acuerdo a lo referido por Rodríguez et al. (2009). En este sentido, también Garrido-Rojas (2006) sostiene que existe una relación entre desregulación emocional, estilos de apego y deterioro de la salud, pudiendo afirmarse que "se hipotetiza que estilos inseguros, tanto ambivalente como evitativo, están más expuestos a problemas de salud física por la presencia constante, justamente, de las emociones que producen los mayores daños según lo reportado en la mayoría de las investigaciones" (p. 503).

Por otra parte, llama la atención la falta de coincidencia en los resultados obtenidos en cuanto a la evaluación del apego con la figura materna. Como puede observarse en el capítulo de

resultados, el Instrumento de Lazos Parentales indica que la mayoría de los participantes consideran que tuvieron un estilo de apego seguro con su madre, pero cuando se efectúa la triangulación entre esta información cuantitativa y lo referido en las entrevistas, se evidencia que no solamente aparecen elementos de juicio para determinar un apego seguro sino que también emergen percepciones asociadas con estilos de apego inseguro (evitativo y ambivalente) con la figura materna. Esta ambigüedad encontrada en los resultados podría explicarse por la presencia de una idealización de ciertas figuras de apego tradicionales, como es el caso de la madre, considerándose pertinente aquí, citar a Bowlby (2010), cuando él afirma que existe una marcada tendencia de algunas personas, que se manifiesta, especialmente durante las entrevistas, y que dichas personas realizan generalizaciones sobre su infancia “en las que presentan una imagen idealizada, imagen decididamente contrastante con los terribles episodios descritos cuando se les pedían detalles” (p. 102). Agrega el autor que, precisamente, es en este campo en el que los clínicos y los entrevistadores inexpertos se equivocan con más frecuencia dada la percepción errada que puede producir la poca experticia en el momento de hacer la lectura de la realidad del entrevistado.

Lo que acaba de mencionar Bowlby, (2010) permite abrir un espacio para realizar aquí otra triangulación con la información obtenida a través del instrumento cualitativo empleado, dado que en los hallazgos dentro de los resultados de las entrevistas, se encontró el caso de una paciente (S2) cuyo discurso se encuentra en concordancia con lo que acaba de exponer Bowlby (2010) respecto a la imagen idealizada de la madre, contrastando con los episodios descritos y que fue ubicada dentro de una subcategoría de la idealización, identificada como *exclusión defensiva*. Respecto a la idealización de las figuras de apego, determinadas percepciones de algunos pacientes corresponden a la idealización de sus figuras de apego, tanto del padre como

de la madre. De acuerdo con Klein (citada por Galimberti, 2002), el individuo que acude a la idealización, es “incapaz de hacer frente a la ambivalencia de los objetos, en parte buenos y en parte malos; quien idealiza tiene necesidad de un objeto absolutamente bueno, diferente de un objeto absolutamente malo” (p. 580). Freud complementa lo dicho por Klein, cuando afirma que “la idealización lleva a la dependencia y al servilismo, puesto que quien idealiza tiene necesidad de que exista una persona perfecta hasta el punto de negar la existencia de los atributos que no satisfacen su necesidad” (Freud, citado por Galimberti, 2002, p. 580).

Contrastando los hallazgos de la presente investigación con lo señalado por Quick (citado por Tacón, 2002), la teoría del apego puede ayudar a explicar los mecanismos por los cuales las relaciones interpersonales de la muestra de pacientes oncológicos evaluados han llegado a afectar su salud, ya que provee un marco teórico para comprender el desarrollo de las mismas. En las relaciones interpersonales tempranas de los individuos participantes en el presente estudio el apego fue el proceso inicial que contribuyó, inicialmente, a desarrollar la manera como un individuo va a responder ante situaciones estresantes a lo largo de su vida y las estrategias comportamentales que utilizará para afrontarlo. De esta manera, debe procurarse el desarrollo de un estilo de apego seguro que promueva un desarrollo saludable y provea herramientas con las cuales puedan enfrentarse a los desafíos de la vida (Tacón, 2002).

De este modo, se entiende que la presencia de al menos una figura de apego es esencial para el desarrollo social y emocional. En el ámbito de la salud, la calidad de las experiencias tempranas es vital para el desarrollo de reactividad emocional ante el estrés. Esto se debe a que la base segura que representa la figura de apego va a ejercer un efecto regulador externo sobre la respuesta del niño, a nivel afectivo y conductual, ante situaciones de angustia. Por citar un

ejemplo, se ha encontrado que una relación de apego seguro entre padre e hijo es predictor de la respuesta que presentará el cortisol del niño ante un estresor (Tacón, 2003).

Para concluir, se mencionará otro aspecto que fue incluido dentro de las categorías pre-establecidas, se trata de la percepción que el paciente tiene de la enfermedad. La gran mayoría de ellos accedió a responder la pregunta pero algunos se abstuvieron, aduciendo que no les gustaba “volver atrás” con ese tema. A este respecto, Gercovich, López, Bortolato, Margiolakis, Morgenfeld, Rosell & Deza (2012), mencionan que la percepción de la enfermedad, en el paciente con cáncer, es uno de los constructos que ha despertado gran interés en las últimas décadas. Los síntomas y las emociones experimentadas por los pacientes influyen en la percepción de enfermedad y en las posteriores estrategias de afrontamiento. Por lo tanto “los pacientes son procesadores activos que elaboran una representación particular de la enfermedad y que, a partir de ella, regulan su comportamiento” (p. 404). Así mismo, respecto a los hallazgos relacionados con las creencias religiosas presentes en el discurso de los pacientes con cáncer, las mujeres se mostraron más colaboradoras y se evidenció en sus relatos la presencia de creencias religiosas como un mecanismo de apoyo ante la carga emocional de su enfermedad. Este aspecto se encuentra en concordancia con lo expresado por Aquino & Zago (2007), cuando afirman que aspectos relacionados con la vida religiosa son más fácilmente expresados por las mujeres que por los hombres. Así mismo, las autoras mencionan que a través de varios estudios se ha demostrado que la religión influye de manera positiva para poder enfrentar el cáncer, dado que los pacientes que manejan creencias religiosas se recuperan mejor gracias a la esperanza y satisfacción por la vida e, incluso, dichas creencias religiosas pueden bajar sus niveles de depresión. Las autoras refieren que las creencias religiosas son reconocidas como “una estrategia de negociación para sobrevivir al cáncer, dentro de una concepción teológica” (p. 4).

Al recapitular sobre lo que aquí se ha escrito y expuesto con extensión, se considera pertinente tener en cuenta, para futuros estudios, la importancia del nexo inequívoco entre los estilos de apego y la salud de los individuos, de tal forma que ello se refleje en la utilización de los resultados de las investigaciones, para profundizar en los alcances del tema, con miras a la implementación de políticas públicas que lideren programas encaminados a la promoción masiva de estilos de apego destinados a favorecer un sano desarrollo afectivo en la infancia. La única forma de cambiar la situación actual es a través de una cobertura masiva, donde los estamentos oficiales se involucren en estas campañas. Un primer paso, podría darse dentro del ámbito universitario en la U.P.B., donde se están formando los futuros padres y madres de las siguientes generaciones de colombianos.

### CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio evidencian un predominio de estilos de apego inseguro, tanto evitativo como ambivalente, en la muestra de pacientes con cáncer.

Existe una divergencia entre los resultados obtenidos mediante el Instrumento de Lazos Parentales y la entrevista semiestructurada para la figura materna, ya que el primero evidencia una prevalencia de apego seguro para la madre, mientras que el segundo, prevalencia de apego ambivalente. Esto podría ser explicado por inconsistencias en el recuerdo o la tendencia a la idealización de la figura materna e, incluso, a distorsionar intencionalmente la realidad ante el temor de ser juzgado por el entrevistador.

En los relatos de la entrevista semiestructurada se evidencia que en las relaciones de apego de los pacientes oncológicos predominan: percepción de rechazo, percepción de las

figuras parentales como incompetentes, inconstantes y con poca expresión de afectividad, falta de disponibilidad y accesibilidad, situaciones de pérdida y separación, relaciones dicotómicas con las figuras parentales e insatisfacción hacia las manifestaciones de afecto recibidas.

La presencia de por lo menos una figura de apego es de gran importancia para el desarrollo social y emocional de un individuo. Y el tipo de vínculo que se desarrolle con ambas figuras parentales parece ser importante.

Las relaciones iniciales de apego definen la forma como los individuos van a afrontar las situaciones de estrés y a regular sus emociones, lo que tiene un impacto sobre la salud. Individuos con apegos inseguros tienden a implementar estrategias desadaptativas que mantienen al organismo en hipervigilancia y altos niveles de estrés, lo cual va generando múltiples problemas de salud.

La relación entre la afectividad y el cáncer podría estar fundamentada en el efecto que han evidenciado algunos investigadores respecto a la influencia de factores psicológicos sobre la respuesta inmune, lo cual acarrea grandes implicaciones sobre el individuo, aumentando su vulnerabilidad frente al desarrollo de ciertas enfermedades.

### **RECOMENDACIONES**

Sería conveniente ejecutar este tipo de investigaciones con múltiples instrumentos que permitan realizar un mejor contraste de los hallazgos.

Para realizar análisis más completos sería importante desarrollar investigaciones similares con grupos control, puesto que sería altamente provechoso, poder disponer de unos parámetros de comparación.

Con base en la presente investigación, se recomienda trabajar en el diseño de unos protocolos de intervención psicológica para pacientes oncológicos, especialmente, para manguar el impacto emocional del apego inseguro.

Se sugiere, para futuras investigaciones, la conveniencia de evaluar una muestra más amplia a través del Parental Bonding Instrument, que permita que los resultados puedan ser generalizados a la población.

Sería pertinente poder utilizar, en un futuro, el Parental Bonding Instrument para población entre 16 y 64 años (no validado aún para población colombiana) debido a que la población que acude a recibir sus servicios médicos a la IPS Cal-oncológicos / Master Cáncer, se encuentra, mayoritariamente, en un rango entre 45 y 65 años.

Los pacientes con acceso a una escolaridad alta exigen demasiado acerca de su privacidad y confidencialidad, en contraste con los pacientes de estratos con muy baja escolaridad, quienes se sinceran sin reparos ante el entrevistador, condición ésta, comprobada durante la práctica académica en el primer semestre de 2014. Sería conveniente replicar este estudio en una población con baja escolaridad.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. (1989). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 773-791.
- Alonso, C. & Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207.
- American Psychosocial Oncology Society (2014). *Officers and directors*. Recuperado de <http://www.apos-society.org/about/org/officers/bio-holland.aspx>
- Aquino, V. & Zago, M. (2007). El significado de las creencias religiosas para un grupo de pacientes oncológicos en rehabilitación. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15(1), 42-47.
- Asili, N., & Pinzón, B. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Avenburg, R. (2009). Acerca de los afectos. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1, 1-4.
- Bowlby, J. (1982). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Bowlby, J (1988). *Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1996). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (2009). *La pérdida (el apego y la pérdida III)*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata. Libro electrónico.

- Bretherton, I. (1992). The origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Development Psychology, 28*, 759-775.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud, 25*, 67-74.
- Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L.M., Vega, L., & Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*(3), 409-430.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.
- Cohen, S. (1995). Psychological stress and susceptibility to upper respiratory infections. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 152*, 54-58.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663.
- Crittenden, P. (1995). Attachment and psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. New York: The Analytic Press.
- Dalton, S., Boesen, E., Ross, L., Shapiro, I., & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? *European Journal of Cancer, 38*, 1313-1323.
- Fegran, L., Helseth, S., & Solveig, M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 810-816.
- Feeney, J., & Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993): Measuring the Ghost in the Nursery: an Empirical Study of the Relation Between Parent's Mental Representations of Childhood Experiences and their Infant's Security of Attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3, 1-5.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Publicaciones Médicas Espaxs.
- Frías, J., & Rodríguez, A. (2006). Estilos de apego en pacientes con cáncer de mama y próstata. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Fresno, A., Spencer, R., & Retamal, T. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memorias y estrategias, una revisión. *Universitas Psychologica*, 11(3) – 829-838.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 493-507.
- Gercovich, D., López, P., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Rosell, L. & Deza, E. (2012). Rol del estrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 403-414.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Gómez, Y., Vallejo, V., Villada, J., & Zambrano, R. (2009). Caracterización de lazos parentales en estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia. *Revista de Psicología* 1(1), 1-20.

- Gómez, Y., Vallejo, V., Villada, J., & Zambrano, R. (2010). Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 1-9.
- Grassi L., & Molinari, S. (1986). Family affective climate during the childhood of adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4(3): 53-62.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Holmes, B., & Johnson, K. (2009). Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships* 26(6), 833–852.
- Holwerda, N. (2012). *Adaptation to cancer from an attachment theoretical perspective*. Universidad de Groningen, Groningen, Países Bajos.
- International Agency for Research on Cancer. (2013). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon. Recuperado de [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
- Johnson, S. (2012). Medicine's paradigm shift: An opportunity for psychology. *Monitor on Psychology*, 43(8). President's column.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J., & Glaser, R. (1988). Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships. *Journal of Medical Psychology*, 61, 77-85.
- López, N. (2009). Comunicación materno-filial en el embarazo. *Cuadernos de Bioética*, XX (3), 303-315.
- Luoma, M.L., & Hakamies-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study. *Psychooncology*, 13(10), 729-739.

- Maldonado, C., & Carrillo, S. (2002). El vínculo de apego entre hermanos. Un estudio exploratorio con niños colombianos de estrato bajo. *Suma Psicológica*, 9(1), 107-132.
- Mandal, J. M., Ghosh, R., & Nair, L. (1992). Early childhood experiences and life events of male cancer patients, psycho-somatic patients and normal persons: A comparative study. *Social Science International*, 8(1-2): 44-49.
- Marrone, M. (2009). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Martínez, C., & Santelices, M. (2005). Evaluación del Apego Adulto: Una Revisión. *Psyche*, 14(1), 181-191.
- Martínez, C., & Núñez, C. (2007). Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): Propiedades Psicométricas de su Versión en Chile.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525-1542.
- Miles, M., & Huberman, A. (1985). *Qualitative Data Analysis: A sourcebook of new methods*. Estados Unidos: SAGE Publications.
- Mooney, C. (2010). *Theories of attachment: an introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Keunell and Klaus*. Minnesota: Readleaf press.
- Oates, J. (ed) (2007). *Relaciones de apego*. Londres: The Open University Ed.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4(1), 65-81.
- Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behaviour: a developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment based on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 97-117.

- Pinedo, J.R., & Santelices, M.P. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Treapia Psicológica*, 24(2), 201-210.
- Puig, J., Englund, M., Simpson, J., & Collins, A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. *Health Psychology*, 32(4), 409 – 417.
- Quezada, V., & Santelices, M. (2009). Apego y psicopatología paterna: relación con el estilo de apego del bebe al año de vida. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(1), 53-61.
- Repetur, K., & Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-15.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, E., Pérez, S., Villarreal, L., Loaiza, D., Corona, R., & Iglesias, J. (2009). Fenomenología del resentimiento: expresiones en mujeres con cáncer terminal y de mama. *Revista de Investigación y divulgación sobre estudios de géneros*, 2, 19-35.
- Rodríguez, A.I., & Do Muíño, M. (2010). Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. *Cuadernos de atención primaria*, 17, 92-96.
- Rozenel, V. (2006). Los modelos operativos internos dentro de la teoría del apego. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23, 1-7.
- Russek, L., & Schwartz, G. (1988). Perceptions of parental caring predict health status in midlife: A 35-year follow-up of the Harvard mastery of stress study. *Psychosomatic Medicine*, 59, 144–149.
- Sánchez, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto. Influencia en las relaciones amorosas y sexuales*. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

- Santelices, M., Guzmán, M., & Garrido, L. (2011). Apego y psicopatología: estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(1), 49-55.
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.
- Sroufe, A. (2000a). *Desarrollo Emocional*. México: Oxford.
- Tacón, A., Caldera, Y., & Bell, N. (2001). Attachment style, emotional control and breast cancer. *Family System & Health*, 19, 319-326.
- Tacón, A. (2002). Attachment and Cancer. *Integrative Cancer Therapies* 1(4), 371-381.
- Tacón, A. (2003). Attachment experiences in women with breast cancer. *Family & Community Health*, 26(2), 147-156.
- Vega, E. (2013). El apego en contextos clínicos institucionales. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Argentina*, 1, 1-17.
- Wallin, D. (2012). *El apego en la psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Zavace, P. (2011). *Bienestar psicológico y fortalezas del carácter en adultos con estilo de apego seguro e inseguro*. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

## ANEXOS

### ANEXO No. 1

Fecha: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_

Identificado con cédula de ciudadanía No.: \_\_\_\_\_

Expedida en \_\_\_\_\_

Manifiesto que acepto participar voluntariamente en la investigación titulada “Estilos de apego en una muestra de pacientes oncológicos”. La metodología contempla la utilización de los siguientes instrumentos de evaluación:

- 1) Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI), desarrollado por Parker, Tupling y Brown (1979) que permite medir el apego adulto. Validado para población colombiana en el año de 2007 por Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano.
- 2) Entrevista semiestructurada, no directiva, orientada a explorar la percepción que tienen las personas objeto de este estudio acerca de las relaciones vinculares establecidas con las figuras parentales o cuidadores.

Así mismo, informo que se me ha comunicado que esta investigación hace parte de un trabajo de grado de una alumna de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga y que los datos de investigación que se recogen en el presente estudio podrán ser utilizados en futuras investigaciones.

Igualmente, informo que he recibido una explicación clara y completa sobre el carácter general, el propósito de este estudio y el manejo que se le dará a toda la información y sus resultados, el cual se hará de forma anónima y la identidad del participante nunca será revelada.

---

FIRMA

Der. Autor: CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

**ANEXO No. 2**

**Ficha socio-demográfica**

Estudio sobre estilos de apego en pacientes oncológicos

CAL ONCOLÓGICOS / MASTER CÁNCER

• Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

• Género:

Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_

• Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

• Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

• Estado Civil:

Casado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_

• Nivel de escolaridad (grado): \_\_\_\_\_

• Profesión: \_\_\_\_\_

• Actividad laboral actual: \_\_\_\_\_

• Actualmente, usted vive en la ciudad de \_\_\_\_\_

- Estrato socioeconómico (de 1 a 6): \_\_\_\_\_
- Religión: \_\_\_\_\_
- Historia familiar de cáncer: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Der. Autor: CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

**ANEXO No. 3****Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)**

(Parker, Tuplin &amp; Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada &amp; Zambrano, 2007)

## INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres.  
 Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su *madre* hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba  
 2= Algunas veces pasaba  
 1= Rara vez pasaba  
 0= Nunca pasaba

## MADRE

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.                      | ( ) |
| 2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.                     | ( ) |
| 3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.                    | ( ) |
| 4. Parecía emocionalmente fría conmigo.                           | ( ) |
| 5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.               | ( ) |
| 6. Era cariñosa conmigo.  | ( ) |
| 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.               | ( ) |
| 8. No quería que yo creciera.                                     | ( ) |
| 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.                     | ( ) |
| 10. Invadía mi intimidad.   | ( ) |
| 11. Disfrutaba hablar conmigo.                                    | ( ) |
| 12. Frecuentemente me sonreía.                                    | ( ) |
| 13. Tendía a consentirme.   | ( ) |
| 14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.        | ( ) |
| 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.                       | ( ) |
| 16. Me hacía sentir que no me quería.                             | ( ) |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.     | ( ) |
| 18. No hablaba mucho conmigo.                                     | ( ) |
| 19. Trataba de hacerme sentir dependiente de ella.                | ( ) |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. | ( ) |
| 21. Me daba tanta libertad como yo quería.                        | ( ) |
| 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.                   | ( ) |
| 23. Fue sobreprotectora conmigo.                                  | ( ) |
| 24. No me alababa.  | ( ) |
| 25. Me dejaba vestir como yo quería.                              | ( ) |

**Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)**

(Parker, Tuplin &amp; Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada &amp; Zambrano, 2007)

## INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su **padre** hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba  
 2= Algunas veces pasaba  
 1= Rara vez pasaba  
 0= Nunca pasaba

PADRE

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.                      | ( ) |
| 2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.                     | ( ) |
| 3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.                    | ( ) |
| 4. Parecía emocionalmente frío conmigo.                           | ( ) |
| 5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.               | ( ) |
| 6. Era cariñoso conmigo.  | ( ) |
| 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.               | ( ) |
| 8. No quería que yo creciera.                                     | ( ) |
| 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.                     | ( ) |
| 10. Invadía mi intimidad.   | ( ) |
| 11. Disfrutaba hablar conmigo.                                    | ( ) |
| 12. Frecuentemente me sonreía.                                    | ( ) |
| 13. Tendía a consentirme.   | ( ) |
| 14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.        | ( ) |
| 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.                       | ( ) |
| 16. Me hacía sentir que no me quería.                             | ( ) |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.     | ( ) |
| 18. No hablaba mucho conmigo.                                     | ( ) |
| 19. Trataba de hacer sentir dependiente de él.                    | ( ) |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. | ( ) |
| 21. Me daba tanta libertad como yo quería.                        | ( ) |
| 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.                   | ( ) |
| 23. Fue sobreprotector conmigo.                                   | ( ) |
| 24. No me alababa.  | ( ) |
| 25. Me dejaba vestir como yo quería.                              | ( ) |

#### ANEXO No. 4

### Entrevista para explorar en adultos los vínculos afectivos con cuidadores primarios

(Blanco, 2014)

1. Al recordar su infancia ¿cuál es la persona que primero llega a su mente?  
¿Por qué? Amplíe su respuesta.
2. Al recordar su infancia ¿qué persona le trae a su mente los recuerdos más felices?  
¿Por qué? Amplíe su respuesta.
3. Cuando usted era un bebé, quién fue la persona o personas que estuvieron a cargo de su cuidado. Si conoce más detalles a este respecto, por favor refiéralos.
4. Cuando usted era un niño o una niña ¿a qué persona acudía usted cuando se sentía solo, asustado o triste?  
¿Por qué? Amplíe su respuesta.
5. Al recordar su infancia ¿qué persona le trae recuerdos desagradables?  
¿Por qué? Amplíe su respuesta.
6. Al recordar su infancia ¿qué persona le trae recuerdos tristes?  
¿Por qué? Amplíe su respuesta.
7. Al recordar su infancia ¿qué persona le produce ira?  
¿Por qué? Amplíe su respuesta.
8. ¿Podría decirme cómo estaba conformada su familia durante su infancia?

9. ¿Su padre y su madre vivían juntos durante los primeros años de su vida?

Si\_\_\_

No\_\_\_

¿Por qué razón no vivían juntos? Amplíe su respuesta.

10. Si su padre y su madre vivían juntos: considera que ese hogar era para usted un sitio seguro, el cual le ofrecía paz, armonía y usted se sentía a gusto dentro de él?

Si\_\_\_\_\_ ¿Por qué? Amplíe su respuesta

No\_\_\_\_\_ ¿Por qué? Amplíe su respuesta

11. Si no vivían juntos ¿cuál de ellos vivía con usted?

Padre \_\_\_

Madre\_\_\_

Otro\_\_\_ Tipo de parentesco o de relación con usted\_\_\_\_\_

12. ¿Quién decidió que usted viviría con esa persona?

¿Por qué? Amplíe su respuesta.

13. ¿A usted se le consultó, en alguna forma, para ese tipo de decisión que menciona la pregunta anterior?

Si\_\_\_ ¿Por qué? Amplíe su respuesta.

No\_\_\_ ¿Por qué? Amplíe su respuesta.

14. escoja una de las dos circunstancias siguientes, de acuerdo a su situación personal:

a) Esa decisión que usted acaba de mencionar: ¿fue tomada en paz, calma y armonía?

Si\_\_\_ ¿Por qué? Amplíe su respuesta.

b) Esa decisión que usted acaba de mencionar: ¿fue tomada dentro de un ambiente hostil, en medio de enfrentamientos entre su padre y su madre. En esta situación, hubo participación de otros miembros de la familia (abuela, abuelo, tías, tíos)?

Si \_\_\_\_\_ ¿Por qué? Amplíe su respuesta.

15. ¿Cuáles hechos o situaciones considera usted como los más importantes en su infancia?

Explicar situaciones mencionadas.

16. Vamos a hablar acerca de palabras para describir su infancia.

a) ¿Podría mencionar una palabra a través de la cual pueda describir su infancia?

Si el participante se toma mucho tiempo buscando la palabra y no encuentra ninguna, el entrevistador puede leerle la siguiente lista de palabras.

A continuación se leerán ante el participante unas opciones de palabras para su escogencia. Lista de palabras:

Buena, mala, alegre, triste, con dolor, con sufrimiento, con rabia, no me acuerdo, con indiferencia, la peor época de mi vida, la mejor época de mi vida, no quiero recordarla.

¿Qué razones tuvo para escoger esa palabra?

17. ¿Podría explicarme cómo percibe usted la enfermedad?

Der. Autor: CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN

## ANEXO No. 5

## Categorización y análisis de las entrevistas

**Nota:** A continuación se presentan (en calidad de anexo) algunos apartados de los relatos de cada uno de los pacientes participantes. La totalidad del análisis de dicho discurso se encuentra dentro de la respectiva sección en el presente trabajo y, dada la extensión del análisis de cada entrevista, no era posible trasladar el contenido total de dicho análisis a este anexo # 5. Cabe aclarar que ningún paciente fue excluido en el presente anexo y todos ellos están allí representados.

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Texto</b>	<b>Análisis</b>
<b>1. Estilo de Apego Seguro</b>	<i>1a. Percepción de apego seguro con la figura materna</i>	<p><b>S6:</b> “Mamá. Ella fue una persona trascendental en mi vida, por su afecto, la bondad de su corazón, ella me dio su cariño, me quiso muchísimo. Era una persona noble. Jamás intentó controlarme y siempre estaba ahí cuando la necesitaba”.</p> <p><b>S7:</b> “Mamá era demasiado especial, siempre pendiente de mí, yo sabía que siempre podía contar con ella, es esa persona que usted sabe que nunca le falla, le gustaba abrazarme cuando yo llegaba del colegio, era muy consentidora, lo que la gente llama cariñosa”.</p>	A través de su discurso, S6 y S7 perciben un apego seguro con la figura materna. La madre les brindó durante toda su vida apoyo y cercanía afectiva. Su actitud, cuando hablan de ella, evidencia una percepción sana y positiva ante el recuerdo de su madre.
	<i>1b. Percepción de apego seguro con la figura paterna</i>	<p><b>S8:</b> “Con él (papá) compartía bastante cuando niño. Soy el único hombre de sus hijos. Con él íbamos para todas partes. Mi papá ha sido finquero toda su vida y siempre me llevaba con él</p>	El paciente S8 percibe que su padre lo valoró y le otorgó un lugar importante en su vida.

<p><i>Ic. Percepción de apego seguro con las figuras subsidiarias</i></p>	<p>en la camioneta los fines de semana y en todas las vacaciones del colegio. Yo sentía que él era algo bueno en mi vida y lo sigue siendo hoy en día”.</p>	<p>S1 refiere que por ausencia de su madre, quien cambió su ciudad de residencia y no la llevó con ella, quedó al cuidado de sus abuelos paternos, dado que su padre tampoco pudo encargarse de su crianza. En su niñez creció con sus abuelos como figuras subsidiarias de apego.</p>
<p><i>Der. Autor: CARMEN DOI</i></p>	<p><b>E:</b> A qué persona acudía usted cuando se sentía sola, asustada o triste?  <b>S4:</b> “Yo acudía a mi niñera. Yo adoraba a mi niñera, yo la adoraba y ella también me adoraba. Se llamaba XXXXX y duró muchos años en mi casa. Ella estaba siempre pendiente de todo lo que yo necesitara. Me protegía y me consentía siempre. Ella fue una persona muy cercana a mi corazón durante mi infancia. Todo lo de ella fue bueno. Por eso todavía la recuerdo con mucho cariño. Esa era la persona que yo siempre buscaba cuando estaba asustada o triste”</p>	<p>Quando esta participante destaca la figura de su niñera como figura subsidiaria de apego, lo hace con tal vehemencia y con tal contundencia en su discurso, que marca una diferencia muy significativa, dado el alto nivel de valoración otorgado a su niñera, comparado con el que había referido respecto a su madre.</p>
	<p><b>S10:</b> “Mi abuela materna. Era la mamá de mamá. Era la persona en que uno podía confiar, pues mamá tenía que salir a trabajar. Siempre mi abuela la cubría, y así ella podía salir tranquila a trabajar.</p>	<p>S10 se refiere a su abuela materna como aquella persona en quien podía confiar y a quien siempre acudía.</p>

	<p>Yo sí puedo decir que tuve dos mamás. Porque ni siquiera le decíamos abuela. Le decíamos mamá XXXXX. Ella, fue una verdadera mamá para mí. Mamá trabajaba en una empresa de confecciones con jornadas muy pesadas. Pero nunca nos faltó la compañía de mi abuela, su comida. Sobre todo, nos ayudó a criarnos derechos, porque nunca nos dejaron solos”.</p>	
<p><b>2. Estilo de Apego Evitativo</b></p> <p><i>2a. Percepción de apego evitativo con la figura materna</i></p>	<p><b>S8:</b> “Sentía ira por la preferencia que tenía mi mamá por mis hermanas. A mí era al único que me castigaba, por cualquier cosa. Siempre encontraba un motivo para castigarme. Una vez que mi hermana XXXXX rompió un vidrio de la casa vecina, ella dijo que yo era el que lo había partido y mi mamá me dio correa fue a mí, pero durísimo. Ella me pegaba con mucha rabia. Y había mucha injusticia conmigo. Yo sabía que a mí no me quería”.</p>	<p>S8 percibe a la figura de apego materna como incapaz de brindarle una base segura, contención emocional, suplir las necesidades afectivas, generándose, por el contrario, emociones negativas que se traducen en un malestar emocional en relación con la figura materna.</p>
<p><i>2b. Percepción de apego evitativo con la figura paterna</i></p>	<p><b>S5:</b> “Mi papá a la que consentía era a mi hermana menor. Ella era muy astuta y sabía cómo ganarse a mi mamá y a mi papá, que le daban gusto en todo. Era la consentida de ellos y al resto de los hermanos que éramos 5, no nos daban el mismo afecto. No es que no nos quisieran, pero si había preferencias. Si, en el tipo de regalos, en las manifestaciones de afecto, en la indulgencia con las travesuras que uno</p>	<p>S5 percibe a la figura de apego paterna como incapaz de brindarle una base segura, contención emocional, suplir las necesidades afectivas, generándose, por el contrario, emociones negativas que se traducen en un malestar emocional en relación con la figura paterna. Minimización del afecto.</p>

hacía cuando estaba chiquito, porque si ella hacía algo, pues no importaba, y si uno lo hacía, ahí si le daban cuero. Eso me daba mucha rabia. Lo mismo con las notas del colegio, pues ella siempre fue demasiado floja y nunca le gustó el estudio pero no le decían nada”.

**S9:** “Ahora que me pregunta si el papá era cariñoso con uno o que si me consentía, pues ahí me doy cuenta porque es que carga uno esa rabia por el papá, aunque uno prefiere no pensar en eso, y más bien, como que a uno no se le ocurre pensar en eso. Y cuando piensa en eso, eso da rabia y como tristeza al mismo tiempo. Ahí es donde uno se da cuenta que a uno no le manifestaban que lo querían, ni de palabra ni de hecho, ni de ninguna forma”.

**S10:** “Porque uno cuando está chiquito lo que siente es miedo y luego cuando va creciendo uno lo que siente es rabia, mucha rabia porque uno dice: y por qué yo no puedo defender a mi mamá. Uno lo único que quiere es reventar al papá”.

S9 y S10 perciben a sus figuras de apego paternas como no gratas y distantes, emocionalmente frías, sin manifestaciones de afecto que suplan sus necesidades en este campo. Se evidencian manifestaciones de ira y hostilidad.

En el discurso de S10 se evidencia la presencia de violencia intrafamiliar.

*2c. Percepción de apego evitativo con las figuras subsidiarias*

**3. Estilo de Apego Ambivalente**

*3a. Percepción de apego ambivalente con la figura materna*

**E:** Usted menciona que su mamá era muy brava. Me puede ampliar su información?

**S2:** “Por ejemplo, yo salía

La ambivalencia en las emociones de S2 puede evidenciarse a través de su discurso. Así mismo, a través de su relato, la

a comprar helados al lado de mi casa, pero si no le había dicho a mi mamá que iba a comprar helados, y si ella se daba cuenta, era muenda segura. Yo tampoco me podía caer y rasparme cuando estaba jugando porque ella me advertía: si se cae y se raspa, más encima yo le doy fute. Cuando me pasaba algo así, yo temblaba del susto, por los correazos que me esperaban. Yo le suplicaba que no me pegara y me tapaba las piernas con los brazos y las manos para que no me vieran después los morados en el colegio. Pero, créame, de veras, que ella nos hace mucha falta a toda la familia y yo la extraño mucho”.

paciente S2 parece no ser capaz de evidenciar ningún tipo de maltrato en la conducta de su madre hacia ella. Además, con sus palabras finales, se presenta una evidente idealización de la figura de apego materno, cuando enfatiza sobre la falta que le hace su madre y la forma como la extraña.

*3b. Percepción de apego ambivalente con la figura paterna*

**S7:**“Manifestaciones de afecto de mi padre, pocas, más bien, por no decir ninguna. Esa pregunta del cuestionario, me puso a pensar porque a mí, mi papá nunca me consintió. Nunca fue cariñoso conmigo. Él decidía todo por mí y, no solo por mí, sino por todos los de mi familia. Allá se hacía lo que él decía. Y nos sacaba en cara cada peso que tenía que gastar en mi mamá y en los hijos. Siendo un muchacho, me alejé de él, tan pronto terminé el bachillerato. Murió sin que nos volviéramos a hablar”.

Este sujeto manifiesta que el vínculo con su figura de apego paterna fue débil, carente de cercanía afectiva y de apoyo emocional. En su hogar predominaba la hostilidad y sobreprotección por parte de la figura paterna.

*3c. Percepción de apego ambivalente con las figuras subsidiarias*

#### 4. Percepción de la enfermedad

**E:** ¿Podría explicarme cómo percibe usted la enfermedad?

**S7:** “Pues, imagínese. Por mí, en sí, por mí, pues la verdad no me importa. Yo no tenía hijos y cometí el error de volverme a casar y ahora tengo un hijo de 6 años que solo Dios sabe qué irá a pasar con él. Lo que le decía hace un rato, la enfermedad en sí, y lo que pase conmigo, pues, qué carajos, pero el futuro de mi hijo si me aterra, y no por la plata sino por el tipo de mamá que tiene”.

**S9:** “Imagínese, a quién se le va a pasar por la cabeza que a los 38 años uno tenga cáncer. A nadie. Y, más encima con esposa y una hija de 4 años. Todavía no me he recuperado del impacto. A veces me parece, como que fue que alguien me contó eso de otra persona. La psicóloga de la empresa donde yo trabajo me dijo que eso le pasaba a todo el mundo y después a uno se le olvida y vuelve a la vida normal”.

El paciente S7, al igual que S9, enfoca su preocupación hacia el futuro de su hija pequeña. En su discurso entregan una evidencia de la afectación emocional que les produjo su diagnóstico. S9 trata de asimilar como creíbles las palabras de la psicóloga de su empresa.

**E:** ¿Podría explicarme cómo percibe usted la enfermedad?

**S5:** “Pues yo aquí guerreando con ella. Considero que ésta si se la gané, porque uno no puede perder la esperanza ni las ganas de vivir. Lo complicado es que el mío es de seno, es de los más traicioneros.

Afortunadamente mi caso es bueno y, aunque fueron muy difíciles los ciclos de

la quimio; de eso ya hace un año, aquí estoy. ¿Cómo me ve? Divinamente, ¿no?”

**E:** ¿Podría explicarme cómo percibe usted la enfermedad?

**S10:** “Con esta enfermedad fui un afortunado. Yo le oigo aquí a los otros pacientes luchando con las EPS que les niegan todo. La mía no me negó nada. Pasar uno por una prueba de estas y más encima sin el respaldo de la EPS, eso sí es terrible”.

La entrevistadora interpreta esa respuesta de S10 como un distractor; posiblemente, el paciente está blindándose a través de tratar de ignorar hacia dónde se dirige la pregunta y podría no desear contestarla. Cuando se le dice al paciente que se refiera a cómo fue su percepción interna de la enfermedad, independientemente de las circunstancias que acababa de relatar, agregó:

**S10:** “La primera impresión fue: desorientado. Yo me dije: yo no puedo irme de aquí sin preguntar todo lo que se me venga a la cabeza, todo, todo. Y, afortunadamente, aquí me dieron todo el tiempo para que yo me desahogara a punta de preguntas, preguntas y preguntas.

Afortunadamente me tocó con el Doctor XXXX porque si me hubiera tocado con YYYY, dicen que es muy malgeniado. Ya pasé por la Radioterapia, me tocó con él. Vamos a ver cómo sigo. Es que acabo de terminarla apenas hace dos semanas. Vamos a ver”.

## EMERGENTES

### 1. Idealización de las

**S4:** “Pues a él, todo lo La paciente S4 considera

*figuras de apego*

que yo dijera o hiciera le parecía divino. Podía ir a donde yo quisiera pero con él. Me dejaba tener el novio que yo quisiera pero a él le gustaba que uno le preguntara si a él le gustaba y que le pidiera la aprobación. Jamás me castigó ni me regañó. Nunca supe qué era eso con mi papa”.

la relación con su padre como perfecta, sin interpretar sus conductas como controladoras. Por el contrario, existe una distorsión del concepto de control, al calificar las conductas paternas como indicadores de amor y no de control.

S3: “Mis padres eran unas personas muy unidas, siempre vivieron juntos. Mi padre trabajaba con el gobierno, y tenía que estar cambiando de residencia alrededor de cada 3 años, porque le tocaba ir a donde lo trasladaran. Nosotros nunca nos cambiamos de ciudad, siempre vivimos aquí con mi mamá y mis hermanos. Él venía a visitarnos solo en la época de vacaciones. Realmente recuerdo poco de papá porque casi nunca lo veíamos y tampoco había oportunidad para que él fuera cariñoso y como que eso no se acostumbraba, eso de ser cariñoso con los hijos”.

La paciente S3 no identifica situaciones de distancia afectiva con su padre, independientemente de la distancia geográfica que hubiesen tenido que enfrentar. Ella valida las conductas de su padre realizando generalizaciones de ciertos patrones conductuales en algunos segmentos de población. Se observa idealización de las figuras de apego tanto paterna como materna.

1a. *defensiva*

*Exclusión*

S2: “Por ejemplo, yo salía a comprar helados al lado de mi casa, pero si no le había dicho a mi mamá que iba a comprar helados, y si ella se daba cuenta, era muenda segura. Yo tampoco me podía caer y rasparme cuando estaba jugando porque ella me advertía: si se cae y se raspa, más encima yo le doy fuerte. Cuando me pasaba algo así, yo temblaba del susto,

Cuando esta participante relata las experiencias que se refieren al vínculo afectivo con su figura de apego materna, ella hace una lectura de los hechos relatados que no es coherente con la naturaleza de los mismos. En consecuencia, su discurso describe hechos que evidencian explícitas situaciones de maltrato físico y emocional, pero ella las valida e, incluso,

	<p>por los correazos que me esperaban. Yo le suplicaba que no me pegara y me tapaba las piernas con los brazos y las manos para que no me vieran después los morados en el colegio. Pero, créame, de veras, que ella nos hace mucha falta a toda la familia y yo la extraño mucho. Fueron épocas muy lindas y muy felices cuando ella todavía vivía”.</p>	<p>enfatisa que extraña mucho a su madre, ya muerta.</p>
<p><b>2. Creencias religiosas reflejadas en el discurso del paciente oncológico</b></p>	<p><b>S4:</b> “Yo soy una persona muy creyente. Todo lo he puesto en manos de mi Dios y de la Virgen, yo sé que ellos no me fallan. Le cuento que estoy muy bien, sin evidencia de la enfermedad desde hace 3 años, o sea que si funcionan ellos allá arriba”.</p>	<p>La paciente S4 acude a sus convicciones religiosas como mecanismo de apoyo ante la carga emocional que genera la enfermedad.</p>
	<p><b>S1:</b> “Mi vida se me acabó. Mire yo tengo 36 años y pensaba tener hijos con mi segundo esposo. Con la cirugía que me practicaron, esa ilusión ya no es posible. Me he refugiado en las escrituras pues ahí es que me tengo que apoyar porque emocionalmente estoy en el piso”.</p>	<p>En el discurso de S1 se evidencia la contención emocional que supuestamente otorgan las creencias religiosas.</p>
	<p><b>S5:</b> “Dejé de <i>pelear</i> con Dios. Ahora somos amigos. Todos los días nos hablamos y eso me ha servido mucho. Uy, me siento mucho mejor. A Dios hay que tenerlo de aliado”.</p>	<p>En el discurso de S5 se observa la costumbre de asignarle atributos humanos al concepto o figura de Dios, a tal punto que se puede disgustarse o pelear con Él.</p>
	<p><b>S3:</b> “Cuando estaba niña, estudié en un colegio de religiosas y, con mi abuelita, todas las noches rezábamos el rosario. Eso</p>	<p>La paciente S3 acude a lo aprendido en la infancia para emplearlo como recurso espiritual de primer orden.</p>

---

le sirve a uno cuando es adulto porque a raíz de lo de esta situación, uno necesita mucho apoyo espiritual. Yo diría que eso es lo único que le da a uno la verdadera paz, la comunicación con Dios. La oración es muy poderosa”.

---

Der. Autor: CARMEN DOLORES BLANCO DE DURÁN