



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

“RECONOCIMIENTO DE LA EXPRESIÓN FACIAL DE LA  
EMOCIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD O  
DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE APEGO Y  
LA EMPATÍA”

## **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**ILIANA GONZÁLEZ FLORES**

DIRECTOR: DR. JAIRO I. MUÑOZ DELGADO

México, D.F. 2013





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres y mi hermana, los tres pilares de mi cada día, los motores de mi vida, mi razón de ser. Simplemente sin ustedes cada logro, cada sonrisa, y cada momento no tendría sentido. Las palabras jamás serán suficientes para expresarles cuánto los amo y cuánto les agradezco todo lo que hacen por mi. No solo esta tesis va dedicada a ustedes, sino mi vida entera es por y para ustedes.*

*A Dios, por darme el regalo más preciado que cualquiera pueda tener: la vida, y darme la bendición de vivirla a lado de seres humanos maravillosos, como lo son mi familia.*

Agradezco a mi Universidad, a la Facultad de Psicología por todos los conocimientos, profesionales y personales que me brindó durante 4 años, que me permiten ahora ser una egresada competente y de ahora en adelante una profesionista de excelencia. Porque fue en ese espacio mágico que envuelve, donde viví una de las mejores etapas de mi vida, la cual guardo en mi corazón con infinito amor.

Al Dr. Jairo Muñoz Delgado , gracias por compartir aquel día en las mesas del área de comida de la Facultad la idea de llevar a cabo mi tesis contigo y en esta línea de investigación, por confiar en mí, por tu paciencia, por tu comprensión y valiosas enseñanzas “Gracias”.

Agradezco a mis abuelitos, mis angelitos terrenales, son dos seres maravillosos, de los cuales he recibido el amor más puro y hermoso, a quienes les debo infinidad de sonrisas dibujadas en mi rostro, desde que tengo uso de razón. A mis tíos y primos, por siempre estar al pendiente no sólo de esta investigación, sino de mi desde que soy pequeña, gracias por su cariño incondicional.

Gracias a mis amigos que me han acompañado en tantos momentos importantes, mis marianas: Mariana Ramírez, Mariana Ortega, Mariana Valdez, a Kathya, Joseph, los adoro, en definitiva ustedes le han dado color a mi vida. Sin importar cuántas experiencias malas o difíciles pueda atravesar ustedes multiplican mis felicidades, creando a mi lado instantes inolvidables.

A mis compañeros del laboratorio de Cronoecología del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, gracias por sus consejos, por su apoyo, por sus sonrisas y compañía, especialmente a mi estimado Javier, sabes que sin tu ayuda la elaboración de esta tesis hubiera sido eterna, gracias por tanta paciencia manito, por tanto apoyo, gracias por tu amistad.

Gracias a los sinodales por aceptar ser parte de este trabajo, al Dr. Samuel Jurado, que desde que recibí la primera clase de él, me ayudó incondicionalmente, cada vez que así lo necesité.

Agradezco a todas las personas que hicieron posible esta investigación, a Lucy Montes por darme la oportunidad de contactar a los primeros pacientes, algo que parecía imposible dejó de serlo gracias a ti. A la Mta. Asunción Valenzuela y la Psicóloga Teresa, por abrirme las puertas del Centro Comunitario Volcanes después de meses de negativas y tediosos papeleos, fueron una luz en este proceso, y a los 30 participantes, por su entusiasmo, por acceder a participar y dar unos minutos de su tiempo a esta investigación.

A todas las personas que alguna vez se cruzaron en mi vida y me hacen ser quien ahora soy.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1: EXPRESIÓN FACIAL DE LA EMOCIÓN .....	6
1.1 Definición de expresión facial de la emoción .....	6
1.2 Antecedentes: Origen e Historia del estudio de la expresión facial de la emoción.....	7
1.3 Funciones de la expresión facial de la emoción .....	9
1.4 Características de las expresiones faciales de la emoción.....	10
1.5 Diferencias individuales en la expresión facial de la emoción.....	13
CAPÍTULO 2: APEGO.....	15
2.1 Antecedentes y orígenes de la Teoría de Apego .....	15
2.2 Definición de apego.....	17
2.3 Apego Adulto .....	17
2.4 Estilos de apego y sus implicaciones emocionales.....	19
2.5 Apego y psicopatología.....	23
2.6 Evaluación del Apego en Adultos.....	25
CAPÍTULO 3: EMPATÍA.....	27
3.1 Antecedentes Históricos .....	27
3.2 Dimensiones de la empatía.....	29
3.3 Tipos de empatía .....	30
3.4 Empatía y diferencias individuales.....	32
3.5 Empatía y reconocimiento de la expresión facial de la emoción .....	34
3.6 Medición de la empatía.....	35
CAPÍTULO 4: TRASTORNO DE DEPRESIÓN.....	37
4.1 Causas.....	37
4.2 Características o síntomas.....	38
• A nivel neurológico .....	38
• A nivel fisiológico .....	38

• A nivel conductual .....	38
• A nivel Cognitivo .....	38
4.3 Tipos: .....	39
<i>Trastorno depresivo mayor</i> .....	39
<i>Trastorno distímico</i> .....	39
<i>Trastorno depresivo no especificado</i> .....	39
4.4 Prevalencia .....	40
4.5 Reconocimiento de la expresión facial de la emoción y la Depresión .....	40
CAPITULO 5: TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	43
5.1 Causas.....	44
5.2 Características o Síntomas .....	46
• A nivel neurológico .....	46
• A nivel fisiológico .....	46
• A nivel cognitivo .....	46
5.3 Tipos .....	47
<i>Crisis de angustia</i> .....	47
<i>Agorafobia</i> .....	47
<i>Trastorno de Angustia</i> .....	48
<i>Fobia específica</i> .....	48
<i>Fobia social</i> .....	49
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i> .....	49
<i>Trastorno por estrés post-traumático</i> .....	50
<i>Trastorno por estrés agudo</i> .....	50
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i> .....	51
<i>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias, debido a una enfermedad y no especificado</i> .....	51
5.4 Prevalencia .....	52
5.5 Reconocimiento de la expresión facial de la emoción y Ansiedad .....	52

CAPÍTULO 6: MÉTODO.....	55
Justificación.....	55
Pregunta de investigación.....	56
Objetivos.....	56
Objetivo General.....	56
Objetivos Específicos.....	56
Hipótesis.....	57
Diseño y tipo de estudio.....	57
Definición de Variables.....	58
Variables Independientes:.....	58
Variable Dependiente:.....	58
Participantes.....	58
Instrumentos.....	59
Procedimiento.....	61
Análisis de resultados.....	63
CAPÍTULO 7: RESULTADOS.....	64
Comparación del reconocimiento de la expresión facial de la emoción en los grupos... 64	64
Diferencias entre los grupos en empatía y estilos de apego.....	66
Correlación entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción 68	68
Correlación entre estilos de apego y reconocimiento de la expresión facial de la emoción.....	69
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	75
Referencias.....	80
ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ESTILOS DE APEGO.....	89
ANEXO 2: ESCALA DE CONDUCTA DE CAMBRIDGE.....	91
ANEXO 3: FEEST/MODALIDAD MEGAMIXES.....	93
ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	119

## RESUMEN

“Las expresiones faciales son una señal visible de las intenciones sociales y motivaciones de los demás, por lo que representan una variable crítica en la interacción social” (Schmidt, K. and Cohn. J, 2001). Por lo tanto las imprecisiones o fallas en el reconocimiento de la información emocional revelada en las expresiones faciales, pueden ser causa de conflictos interpersonales y sociales (Leber et. al., 2009).

Diversas investigaciones han encontrado diferencias en el reconocimiento de la expresión facial en pacientes con trastornos mentales tales como la Depresión o Ansiedad (Csukly, 2009; Joormann & Gotlib, 2006; Leber, Heidenreich, Stangier, & Hofmann, 2009); enfermedades que han cobrado gran importancia debido a la alta tasa de prevalencia actual a nivel nacional y mundial . El objetivo del estudio fue analizar el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Ansiedad o Depresión, correlacionando esta capacidad con las variables psicológicas de empatía y estilos de apego. Se evaluó a 30 personas, 16 controles, 8 ansiosos y 7 deprimidos, aplicándoles el FEEST para reconocimiento de la expresión facial de la emoción en la modalidad Megamixes, la Escala de Conducta de Cambridge y el Cuestionario de Estilos de Apego. Como resultados no se observaron diferencias significativas en el reconocimiento de la expresión facial entre los tres grupos, se encontraron correlaciones entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial de asco, así como entre los estilos de apego inseguro y el bajo reconocimiento de la expresión facial. Los resultados obtenidos sugieren la complejidad de la capacidad de reconocimiento de la expresión facial y la necesidad de continuar con investigaciones que corroboren la influencia de ésta en la salud mental y la adecuada interacción social, con el fin de promover una mejora en la calidad de vida de quienes padecen algún trastorno mental.

## INTRODUCCIÓN

Los gestos, las posturas, las miradas, los tonos de voz y otras señales no verbales constituyen un lenguaje complementario al de las palabras. El conjunto de estos elementos recibe el nombre de comunicación no verbal. Por medio de ella se expresa un complejo mundo afectivo compuesto por emociones, sentimientos y estados de ánimo. Refleja cómo se sienten las personas y también manifiesta la marcha de los procesos cognitivos relacionados con la atención, memoria e imaginación (Rulicki, 2007).

A través de los actos no verbales se evidencian las valoraciones positivas o negativas que experimentamos hacia otras personas, así como las intenciones. Incluso se ha planteado que la comunicación no verbal tiene más influencia que la comunicación verbal en las reacciones que se generan en el otro. Los comportamientos no verbales desempeñan un papel crítico en el proceso total de comunicación (Rulicki, 2007).

Según investigaciones en una conversación entre dos o más personas solo el 7% de la información que comparten la constituyen los mensajes verbales, mientras que el 93% restante está constituido por la comunicación no verbal (Abozzi, 1997).

Así pues la comunicación no verbal es muy importante, ya que representa un complemento de lo dicho con palabras y reafirma lo que se está diciendo verbalmente en su sentido e intención, o lo niega, entrando en contradicción lo dicho verbalmente; evitando que el traductor modifique la información original agregando o restando elementos indebidos o distorsionando el mensaje (García Gutiérrez, 2005).

Por ello la importancia de profundizar en el estudio de la comunicación no verbal, como lo son las expresiones faciales, principalmente, en la capacidad de reconocerlas acertadamente, pues de ésta depende que las interacciones sociales resulten adecuadas, aspecto que se ve afectado en las personas con algún trastorno mental, como lo son la Ansiedad y la Depresión.

# CAPÍTULO 1

## EXPRESIÓN FACIAL DE LA EMOCIÓN

### 1.1 Definición de expresión facial de la emoción

El término emoción proviene del latín *e: intensivo* y *movere: mover*.

Una emoción es una reacción repentina de nuestro organismo a eventos, agentes u objetos presentes en la cotidianidad. Una emoción provoca: sensaciones fisiológicas como activación del sistema nervioso simpático, sudoración, palpitación, etc.; así como pensamientos, evaluaciones y conductas (López Hernández, 2009).

Es decir, se caracteriza por ser un estado con activación fisiológica, cambios en la expresión facial, la postura y la presencia de sentimientos subjetivos (Coon, 2005).

De acuerdo con Ekman (1999), la función primordial de las emociones es movilizar al organismo para tratar rápidamente con las situaciones vitales.

La gama de expresiones que pueden ocurrir cuando se experimentan emociones, abre un sinfín de posibilidades para que la otra persona responda e interactúe con el que las emite (Coon, 2005).

Las expresiones faciales son parte de esa gama que se presenta al experimentarse una emoción. Son consideradas señales que revelan estados mentales complejos del otro (Fasel y Luetttin, 2003), se trata de cambios faciales en respuesta a los cambios internos que ocurren en el individuo (Tian, Kanade, y Cohn, 2005). Es a través del rostro que se hacen visibles las emociones de los individuos.

Son las configuraciones de rasgos característicos de cada emoción particular, producidas por los movimientos involuntarios de los músculos del rostro ante el desencadenamiento de las emociones (Rulicki, 2007).

A pesar de que existen una gran cantidad de emociones que el ser humano percibe, siente y transmite ante determinados acontecimientos, se consideran seis expresiones como básicas o universales, las cuales se presentan de manera similar en todas las culturas y comprenden ciertos movimientos específicos de diferentes partes del rostro, éstas son: enojo, asco, miedo, felicidad, tristeza y sorpresa ( Ekman, 1973; Izard, 1971).

## **1.2 Antecedentes: Origen e Historia del estudio de la expresión facial de la emoción**

El neurólogo y anatomista francés Guillaume Duchenne (1862) fue uno de los pioneros en el estudio de las expresiones faciales, a partir de la aplicación de corriente eléctrica a determinados músculos.

Describió que, en los seres humanos, la sonrisa se produce por una contracción de dos músculos de la cara: el orbicular y el cigomático mayor. Duchenne observó que dicho músculo podía controlarse de manera voluntaria, mientras que el orbicular únicamente se contraía ante una verdadera presencia de la emoción, lo que permitía distinguir una sonrisa falsa de una genuina (Redolar Ripoll et al., 2010).

Darwin (1872) a partir de su obra “The Expression of the Emotions in Man and Animals”, argumentó que las expresiones faciales son manifestaciones heredadas e involuntarias del estado interno.

Afirmó que las emociones y las expresiones faciales han evolucionado, tanto para quien expresa una emoción, como para quien la recibe, pues les permite responder adecuadamente a la situación.

Por lo tanto planteó que las expresiones emocionales son universales; todos los seres humanos, independientemente de su raza o cultura, expresan sus emociones (en el rostro) de la misma manera. Premisa a la que llegó después de obtener una gran cantidad de datos a través de distintos informantes que provenían de diversos países y analizando sus respuestas al observar diferentes expresiones faciales de la emoción.

Woodworth (1938), por su parte propuso establecer categorías de las seis emociones, para brindar orden a la variedad de respuestas que los observadores dan cuando juzgan una emoción expresada a través del rostro. Por su parte Schlosberg (1954) sugirió tres dimensiones para describir las expresiones faciales: Contenido-Descontento, Atención-Rechazo y una tercera que comprendía una escala de nueve valores (desde el sueño a la máxima tensión) (Anguera, 1997).

En 1950 y 1960 no existían muchas investigaciones acerca de las expresiones faciales, sin embargo Plutchik (1962) y Tomkins (1963) confirmaron la influencia de la evolución en las expresiones faciales. Tomkins y McCarter (1964) dieron la primera evidencia de un acuerdo en la mayoría de los observadores al realizar el juicio de las expresiones faciales. El trabajo de Tomkins influyó directamente a Ekman e Izard en sus respectivas investigaciones transculturales de los 60's.

Así dos líneas de investigación surgidas a finales de los 60's y principios de los 70's impulsaron los estudios de las expresiones faciales, la primera de ellas basada en estudios transculturales, dirigidos de manera independiente por Ekman y colaboradores, así como por Izard, sugirieron fuertemente la universalidad al interpretar las expresiones faciales de la emoción.

Estos hallazgos contrarrestaron las ideas de relativismo cultural, y confirmaron que independiente de la cultura, religión o raza, las expresiones faciales son parte fundamental de la naturaleza humana (Keltner y Ekman, 2000).

De esta manera también se desarrollaron medidas objetivas de las expresiones faciales. Tal es el caso de Paul Ekman y Friesen, quienes realizaron el Programa o instrumento llamado "The Facial Action Coding System (FACS)" para medir, describir e interpretar las expresiones faciales, incluso considerando las más mínimas contracciones musculares, determinando a que categoría o categorías pertenece la acción facial según los músculos involucrados (Kuhnke, 2007).

Teniendo en cuenta estos avances conceptuales y metodológicos, el estudio de la expresión facial se extendió a diversas áreas de investigación sobre las emociones (Keltner y Ekman, 2000).

Recientemente David Matsumoto se ha encargado de estudiar la conducta no verbal, específicamente las llamadas microexpresiones, antes ya descritas por Ekman, las cuales son expresiones sutiles no dominadas conscientemente y que tienen una duración de aproximadamente 1/5 de segundo, y sus aspectos transculturales (García Olvera, 2012).

### **1.3 Funciones de la expresión facial de la emoción**

Las expresiones faciales de la emoción tienen diferentes funciones, las cuales se basan principalmente en la idea de que éstas forman parte de la respuesta emocional, para complementarla, y funcionan como elementos importantes en la socialización, al generar ciertas respuestas del receptor; por lo que juegan un papel fundamental en la interacción social y el plano emocional de cualquier persona (Izard 1971, 1994, 1997; Fridlund 1992, 1994, 1997 en Gaspar, 2006).

Como un mayor acuerdo se considera que el objetivo de las expresiones faciales es transmitir emociones o intenciones para que el otro, pueda reconocerlas o inferirlas, y actuar conforme a ellas.

Así mismo en los infantes la expresión facial de la emoción tiene como principal función la comunicación de necesidades, logrando la atención para que éstas puedan ser satisfechas (Schmidt y Cohn, 2001).

Por otro lado las expresiones faciales permiten al otro deducir o atribuir rasgos de personalidad, se ha demostrado que aquellas personas con rostros sonrientes, son interpretadas como más sociales que aquellas con rostros neutrales (Matsumoto y Kudoh, 1993).

Las diferentes expresiones están también asociadas con variaciones específicas en el funcionamiento autónomo del organismo, lo que demuestra su intervención en diferentes procesos de autorregulación y emocionales. Por ejemplo, las expresiones de miedo provocan el aumento del ritmo cardíaco, mientras que las expresiones de tristeza lo disminuyen (Levenson, Ekman, y Friesen, 1990).

DePaulo (1992) encontró que las expresiones faciales, ya sean conscientes o no, funcionan como una autopresentación con los demás, las personas comúnmente tratan de mejorar y precisar las cualidades que poseen; lo cual podría tener como fin aparentar un mayor altruismo, aspecto que refiere una función adaptativa.

Finalmente existe evidencia que las expresiones faciales incrementan la cooperación y afiliación durante la interacción, lo cual se relaciona con la búsqueda de aceptación social y el evitar o moderar los efectos de las acciones sociales negativas (Schmidt y Cohn, 2001).

Así pues la habilidad para reconocer los estados mentales de los otros por medio de las expresiones faciales es esencial para guiar el propio comportamiento y la regulación de los estados emocionales en un contexto social (Domes, Schulze, y Herpertz, 2009). Por lo tanto los errores en la interpretación dan como resultado dificultades emocionales y un inadecuado comportamiento social (Domes et al., 2009). Brindan información a los miembros de la misma especie sobre qué está ocurriendo, qué lo provocó y cuáles son los cursos de acción más probables.

#### **1.4 Características de las expresiones faciales de la emoción**

Se considera que las expresiones faciales de la emoción poseen determinadas características mínimas (García Olvera, 2012):

- Simetría y Asimetría

Las expresiones con asimetría, presentan mayor movilización en un lado del rostro, se contempla que las expresiones con estas características son falsas, la persona las manifiesta intencionalmente.

- Temporalidad

Por el tiempo de duración se clasifican en:

Expresiones Faciales Sutiles: Tienen una duración de 1 a 4 segundos. Son expresiones que se realizan cotidianamente.

Microexpresiones: Se presentan durante 1/5 de segundo. No hay control sobre ellas.

Macroexpresiones: Son totalmente intencionales, tienen una duración de 4 segundos o más, son consientes, dirigidas y pensadas.

- Intensidad:

De acuerdo a que tan sutiles o intensas son, se dividen en:

Rastro de evidencia

Evidencia Leve

Evidencia Pronunciada

Evidencia Extrema

Evidencia Máxima

De acuerdo a Chóliz Montañés, 1995, cada reacción emocional puede caracterizarse por una serie de gestos, o movimientos faciales específicos que facilitan su reconocimiento por parte de observadores externos. Algunos de los más significativos son los siguientes:

Alegría:

-Elevación de las mejillas.

-Comisura labial retraída y elevada.

-Arrugas en la piel debajo del párpado inferior.

Asco:

-Elevación del labio superior. Generalmente asimétrica.

-Arrugas en nariz y áreas cercanas al labio superior.

-Arrugas en la frente.

-Elevación de las mejillas arrugando los párpados inferiores.

Ira:

-Cejas bajas, contraídas y en disposición oblicua.

-Párpado inferior tenso.

-Labios tensos, o abiertos en ademán de gritar.

-Mirada prominente.

Miedo:

-Elevación y contracción de las cejas.

-Párpados superior e inferior elevados.

-Labios en tensión. En ocasiones la boca está abierta.

Sorpresa:

-Elevación de las cejas, dispuestas en posición circular.

-Estiramiento de la piel debajo de las cejas.

-Párpados abiertos (superior elevado e inferior descendido).

-Descenso de la mandíbula.

Tristeza:

-Ángulos inferiores de los ojos hacia abajo.

-Piel de las cejas en forma de triángulo.

-Descenso de las comisuras de los labios, que incluso pueden estar temblorosos.

## **1.5 Diferencias individuales en la expresión facial de la emoción**

A pesar de que cada emoción tiene una expresión facial prototípica, ésta puede variar ligeramente de acuerdo a características individuales, principalmente en cuanto a intensidad y frecuencia. Esto debido a diferentes variables tales como las diferencias anatómicas y neurobiológicas de cada individuo, como el caso de los músculos, los cuales de acuerdo a su ubicación específica y exacta dentro de la cara generan particularidades y por tanto diferencias en la expresión de alguna emoción (Schimidt y Cohn, 2001).

Entre mujeres y hombres también se han hallado diferencias en la expresión facial, las mujeres son consideradas las especialistas en la sonrisa, expresión de felicidad, al mostrarla con mayor frecuencia e intensidad que los hombres, mientras ellos son considerados mejores presentando la expresión de enojo (Coats y Feldman, 1996).

Varios teóricos han relacionado las diferencias en la expresión facial con la personalidad. Estudios han documentado que la extroversión se vincula con expresiones faciales positivas, mientras que el neuroticismo con las negativas. (Keltner, 1996).

Autores como Izard, Hembree y Huebner (1987) han identificado diferencias individuales en la expresión facial a partir de los 7 meses de edad, sugiriendo que las diferencias individuales probablemente contribuyen al desarrollo y la continuidad del temperamento.

La psicopatología también ha sido un aspecto relacionado con la variabilidad en la expresión facial de la emoción. En algunos pacientes, a pesar de que se asume que las emociones tienen importantes funciones, se han detectado emociones inapropiadas, excesivas o insuficientes de acuerdo al contexto.

Personas con depresión presentan expresiones faciales limitadas, particularmente aquellas positivas (Ekman, Matsumoto, y Friesen, 1997). Los pacientes esquizofrénicos han demostrado ser menos expresivos durante las interacciones sociales (Krause, Steimer, Sanger-Alt, y Wagner, 1989).

Así mismo un estudio con adolescentes propensos a la agresión y comportamiento delictivo, demostró que expresaban con mayor proporción y mayor magnitud las expresiones de enojo (Keltner, Moffitt, y Stouthamer-Loeber, 1995).

## CAPÍTULO 2.

### APEGO

#### **2.1 Antecedentes y orígenes de la Teoría de Apego**

La noción de que las relaciones inadaptadas entre padres e hijos juegan un papel causal en la psicopatología ha sido central en la teorización del desarrollo.

Freud consideraba que los niños desarrollaban una mayor cercanía o dependencia hacia la persona u objeto que les proporciona satisfacción oral, generalmente la madre, al ser ésta quien lo alimenta. Postulado que fue falseado con los estudios realizados por Harry Harlow (1958) quien crió monos infantes, tratando de estudiar los efectos de la privación de cuidados maternos. Los separó de sus madres al nacer, dejándolos en jaulas que contenían a las “madres sustitutas”, una hecha de metal y otra de tela; la primera era quien otorgaba el alimento por medio de una mamila que se encontraba pegada a ella.

Durante seis meses registró el tiempo que pasaban las crías con cada una de las madres, demostrando que sin tomar en cuenta de cuál recibían alimento, las crías pasaban más tiempo con la madre de tela, se colgaban de ella y corrían hacia ella, incluso exploraban con mayor confianza un cuarto no conocido cuando la madre de tela estaba presente.

Dicho estudio demostró la importancia del contacto cercano y reconfortador para el desarrollo de vínculos (Gray, P., 2008).

Por su parte el psicoanalista y psicólogo infantil Erik Erikson (1963) planteó una teoría acerca del desarrollo social a mediados del siglo XX; en la cual considera que cada etapa de la vida está asociada a un problema o diversos problemas, a resolver a través de la interacción con los otros. La manera en que se resuelve el conflicto influye el modo en el que el individuo se aproxima a las siguientes etapas. Durante la infancia, específicamente en el primer año de vida, el problema principal se centra en el desarrollo de la confianza, un sentido de seguridad en otras personas en las que se puede confiar para el cuidado y la ayuda, se requiere de una sensación de comodidad, y al mismo tiempo una cantidad mínima de miedo y recelo al futuro. De esta manera se establecen las bases para forjar la esperanza de que el mundo será un lugar bueno y placentero(Gray, 2008; Santrock, 2006).

Por otro lado en cuanto al aprendizaje programado, Konrad Zacharias Lorenz descubrió que patos y gansos, inmediatamente después de salir del cascarón, siguen cualquier objeto en movimiento como si fuera la madre, siempre y cuando dicho objeto sea el primero que observen y no hayan pasado más de 30 horas después de nacer. Este comportamiento llamado impronta, ayuda para lograr pasar a la madurez de una manera eficiente. De acuerdo a Lorenz el mantenimiento de la proximidad con un adulto es algo benéfico para la cría, por lo que a lo largo de la evolución ha sido seleccionada esa conducta (Delval, 2000).

John Bowlby, psiquiatra inglés con formación psicoanalítica, fue una pieza clave para el desarrollo del término apego; a mediados del siglo XX propuso una perspectiva evolutiva acerca del desarrollo infantil.

Al realizar una investigación sobre delincuentes juveniles le llamó la atención una característica común en todas las historias de los sujetos estudiados: la carencia de atención materna y de afecto (Delval, 2000).

Posteriormente en 1948 la Organización Mundial de la Salud le encomendó la tarea de investigar las necesidades de los niños sin hogar, huérfanos y separados de sus familias, producto de la Segunda Guerra Mundial (Safrany, 2005).

Después de varias observaciones buscó explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación con éstos, construyendo y verificando una teoría que permitiera explicar la psicopatología a partir del abandono infantil.

Sostenía que el vínculo emocional entre el infante y el cuidador se fomenta por un conjunto de tendencias instintivas de ambas partes, como el llanto, o la sonrisa del bebé al ser reconfortado y el placer del adulto al recibir dicha señal.

Bowlby concebía a los bebés como seres activos y no pasivos, a pesar de su dependencia, ya que van aprendiendo quiénes son sus cuidadores, para entonces obtener la ayuda necesaria por medio de acciones que le permitirán establecer un vínculo con ellos, utilizando a los cuidadores como la base para explorar el mundo.

Es a través de las investigaciones, basadas en las teorías de la Evolución, de la Etología y de la Psicología Cognoscitiva, como John Bowlby elaboró un modelo que explicaba el apego en humanos y dio los fundamentos para la construcción del concepto de conducta de apego y, en consecuencia, de la Teoría de Apego (Bowlby, 1989 en Ojeda, 1998).

## **2.2 Definición de apego**

John Bowlby, en los años cincuentas, comenzó a utilizar el término apego, para referirse a la tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida.

Esta tendencia, como se mencionó anteriormente, se traduce en las conductas que establecen los infantes, para lograr la proximidad de las figuras de apego en momentos de temor, ansiedad o estrés, lo que le confiere a éstas un estatus de sobrevivencia y autoconservación (Chilena et al., 2006).

Bowlby sostuvo que el apego es un fenómeno humano universal con un fundamento biológico que se deriva de la selección natural, puesto que comienza a fortalecerse a la de edad de seis a ocho meses, tiempo en que los infantes comienzan a moverse solos.

Un infante que gatea o camina, intentando explorar el ambiente está en mayor peligro; para sobrevivir, la exploración resulta segura si el cuidador está presente, ya que busca en él señales de peligro o de seguridad, por lo que no sólo requieren de su presencia, sino de su disponibilidad emocional y expresiones de seguridad y tranquilidad (Gray, 2008).

## **2.3 Apego Adulto**

Las experiencias en las relaciones tempranas, activadas por el mecanismo de apego innato se interiorizan y generan estructuras internas constituidas por componentes afectivos, cognitivos y comportamentales. Sobre esta base se construye el sistema de apego, cuya función responde a necesidades humanas de protección, disponibilidad, seguridad, afecto, atención a la necesidad, confianza y

confirmación, por parte de los otros y que integrará los modelos internos de relación (Montilla, Padilla, & Enríquez, 2008).

La interacción que se produzca entre el cuidador y el niño generará expectativas en él acerca de sí mismo y de los demás, que le hacen posible anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya que integra experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales.

Es decir los patrones de apego, aunque han demostrado ser flexibles en el primer tiempo, luego se van estableciendo como formas seguras de relación, la pauta entonces se convierte en una característica del mismo individuo, que impone ante sus relaciones.

Como un modo de explicar la tendencia de los estilos de apego a convertirse en una característica relacional o vincular del niño, y que se evidencia en el futuro, en el adulto, Bowlby (1995) recurre al concepto de *modelo operante interno*, como una representación del sí mismo, por una parte, y una representación del sí mismo interactuando con una figura de apego en un contexto o entorno con carga emocional. Estos modelos influyen directamente en el modo en que un ser humano se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a sí mismo, el modo en que espera ser tratado, y el modo en que tratará a los demás cuando niño y, posteriormente, cuando adulto.

Bowlby (1995) afirma que, una vez construidos, estos modelos representacionales de los padres y de la interacción con ellos, tienden a persistir de manera más o menos estable a lo largo del tiempo y a operar a nivel inconsciente. Así, una pauta de apego de un niño pequeño estará en directa sintonía con los modelos de sus padres, en especial con el de su madre (Bowlby, 1995; Bretherton, 1999; Fonagy, 1991, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002 en Chilena et al., 2006).

Por lo tanto la conducta de apego se forma a lo largo del primer año de vida del individuo, pero continúa durante la adolescencia y la vida adulta, etapas en las que ocurren diversos cambios, incluidas las personas a las que va dirigida la conducta, pero es una conducta que se mantiene activa a lo largo de todo el ciclo vital (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1988).

La base segura que se establece en la relación niño y padres a una edad temprana tiene una influencia en la vida del sujeto hasta la adultez. El apego ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño/a desarrollará en su vida.

Una relación sólida y saludable con la madre o cuidador primario, se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros/as, mientras que un pobre apego parece estar asociado con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida (Bautista Salido, 2010).

#### **2.4 Estilos de apego y sus implicaciones emocionales**

Mary Ainsworth después de trabajar con Bowlby se interesó por evaluar sistemáticamente el apego, creando el diseño experimental llamado “La situación extraña”. En un ambiente no familiar se colocan madre e hijo, en donde interactúan por unos minutos, posteriormente un desconocido entra a escena, para después de un rato la madre salir discretamente, quedando el bebé solo, únicamente con el extraño por algunos minutos; la madre regresa, reconforta al menor, y nuevamente sale pero ahora despidiéndose, reingresa el desconocido intenta interactuar con él, y finalmente la madre vuelve.

Ainsworth creía que el bebé se apegaría con seguridad a la madre cuando ésta le respondiera con rapidez, sensibilidad y tranquilidad ante las señales de angustia (Gray, P, 2008).

Analizó las reacciones de los bebés ante cada separación, convivencia con el extraño y reencuentro con la madre, las pautas de comportamiento que encontró fueron las siguientes, postulando tres tipos de apego que conllevan o no la presentación de psicopatología en el niño.

##### *a) Apego seguro:*

El niño protesta únicamente ante la separación de la figura de apego, tranquilizándose a su regreso. Ante la presencia de la figura de apego mantiene conductas de exploración, pero también logra establecer relaciones de confianza con extraños. Buscando en la figura de apego el consuelo necesario.

La madre, o cuidador primario se caracteriza por estar emocionalmente disponible ante las necesidades del niño, siendo responsivo y sensible.

Esta situación es considerada como la de mayor normalidad. El niño será capaz de controlar sus propios estados emocionales de una manera adaptativa.

En el 2003 Mikulincer, Shaver, y Pereg propusieron que las personas con estilo de apego seguro reportan baja ansiedad y evitación, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, así como confianza en la búsqueda de apoyo, y poseen medios constructivos para lograr afrontar el estrés de manera adaptativa.

Este estilo está marcado por expresiones faciales de alegría y un sesgo favorecedor de la vergüenza; por el contrario, está negativamente asociado al rasgo de emoción negativa (Magai, Hunziker, Mesias y Culver, 2000 en Garrido-Rojas, 2006).

Consedine y Magai (2003) mencionan que mayor seguridad en el apego se asocia con mayor alegría, interés, tristeza, enojo y miedo; ya que existe un repertorio emocional balanceado y apertura a la experiencia emocional; además, este estilo se asocia con un contacto más frecuente y mayor intimidad, así como un mayor número de individuos en la red social, lo que posibilita mayor cantidad de experiencia emocional.

Además se ha comprobado que las personas que poseen un estilo de apego seguro reconocen con mayor facilidad las expresiones faciales de felicidad (Arango de Montis et al., 2013).

#### *b) Apego ansioso-evitativo.*

El niño se muestra poco afectado cuando la figura de apego se ausenta, al parecer no requiere esa comodidad brindada por la figura de apego, lo que da la impresión de independencia.

Su conducta exploratoria permanece en ausencia de la figura de apego como base de seguridad. Frecuentemente ante los extraños mantiene contacto, al parecer comprenden que no cuentan con el apoyo de su madre, y reaccionan por tanto de manera defensiva, adoptando una postura de indiferencia; intentan negar la necesidad de su madre, por ello ante su regreso evitan mostrar algún sentimiento hacia ella.

Suele establecerse este tipo de apego cuando las madres ignoran o rechazan al niño, o se muestran insensibles ante sus peticiones.

Al no ser considerada una relación adecuada existen distintas consecuencias como resultado tales como: Mantenimiento de conductas de evitación, ya que suelen utilizar estrategias de evitación y autosuficiencia como mecanismo de distanciamiento de los demás. Presentan altos niveles de hostilidad y agresividad, sus interacciones se caracterizan por ser negativas. En general sus conductas son negativas, ponen distancia emocional, son malhumorados y solitarios.

Mikulincer, (1998) a partir de un estudio comparativo en cuanto al manejo y la expresión del enojo, en relación con el estilo de apego, encontró que las personas con un tipo de apego evitativo tienden a la ira pero, aunque presenten intensos episodios de enojo con alta hostilidad, suelen reprimir esa sensación, escondiéndola por medio de la negación de la emoción o mostrándose positivos. Del mismo modo en un estudio realizado por Arango de Montis et al. en el 2013 en adultos, se menciona que las personas con estilo de apego evitativo, presentan dificultades para identificar las expresiones faciales de la tristeza y la sorpresa.

### *c) Apego ansioso-resistente o ambivalente.*

Son niños que se muestran muy perturbados con gran ansiedad o agitación durante la separación de la figura de apego. Fluctúan entre la irritabilidad, resistencia al contacto y el acercamiento.

Cuando buscan consuelo en la figura de apego, lo hacen de forma ambivalente: apego excesivo o rechazo.

Los niños que presentan este tipo de apego se caracterizan por presentar gran inmadurez y dependencia la cual puede ser adaptativa a un nivel biológico, ya que es la manera de obtener proximidad por parte de la figura de apego, pero a nivel psicológico impide que el niño se desarrolle adecuadamente.

Las consecuencias sobre el niño son importantes: suelen ser poco asertivos, inhibidos, con interacciones pobres y tendencia a la introversión en situaciones

sociales. Existe una fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado.

Para Lecannelier (2002) el estado emocional predominante para las personas que han desarrollado este estilo de apego, es la preocupación y el miedo, específicamente a la separación.

Por otro lado Kobak y Sceery (1988), señalan que las personas que presentan este estilo de apego se caracterizan por presentar sentimientos de ansiedad; los pares también los caracterizan con un predominio en los índices de ansiedad, y los sujetos con este patrón tienen una percepción mayor de síntomas que el estilo seguro.

Magai et al. (2000), Crittenden (1995), Mikulincer (1998) y Kerr et al. (2003) en Garrido-Rojas, 2006, coinciden que este estilo se asocia con las emociones de rabia, enojo, estrés, ansiedad y afecto depresivo, es decir presentan niveles más altos de afectos negativos.

Main y Cassidy en 1988 propusieron un cuarto estilo o tipo de apego llamado *Apego desorganizado / desorientado*.

Los niños con este tipo de apego suelen presentar conductas desorganizadas y confusión ante la ausencia de la figura de apego. Carecen de estrategias para lograr sentirse cómodos ante situaciones estresantes, siendo entonces su apego ambivalente y evitativo.

Las madres suelen ser ansiosas y temerosas; proyectan sus miedos en circunstancias actuales y son incapaces de reconocer las demandas de su hijo dando respuestas inconsistentes. Estos niños presentarán altos niveles de agresividad, conductas coercitivas y hostiles (Díaz Atienza y Blánquez Rodríguez, 2004).

Por lo tanto, a pesar del potencial genético para formar vínculos y apegarse, es la naturaleza, cantidad, patrón e intensidad de las experiencias en la vida temprana lo que permite la expresión de ese potencial genético. Sin unos cuidados

predecibles, sensibles, nutrientes y sensorialmente enriquecidos, el potencial del niño/a para poder vincularse y crear apego normal, no podrá materializarse. (Bautista, I, 2010).

Cabe destacar que el temperamento del infante será también una variable importante, ya que algunos de ellos por razones genéticas, son más fáciles de cuidar que otros, lo que permitirá que muestren un apego seguro ante la ausencia del cuidador, y sean exitosos para provocar la atención sensible de éste.

## **2.5 Apego y psicopatología**

Si los patrones regulatorios internos y las expectativas derivadas de la historia de interacciones entre un cuidador y un bebé forman las bases para la interpretación y la expresión emocional y conductual del niño, las relaciones de apego tempranas distorsionadas estarán ligadas con la psicopatología en el transcurso de la niñez, adolescencia y adultez (Safrany, 2005).

Las observaciones de Bowlby sobre los efectos de un vínculo de apego perturbado en situaciones extraordinarias, como la hospitalización o la institucionalización, concuerdan con los efectos de otras experiencias adversas excepcionales durante la infancia, como los abusos físicos o sexuales, que han sido asociadas con un incremento del riesgo en adultos de padecer diversas enfermedades.

Varios autores han sugerido que los estresores tempranos, donde se incluye una mala calidad en la interacción entre padres-hijos, se asocian con un aumento en la incidencia de síntomas ansiosos en la edad adulta (Carrera-Guermeur, 2007).

Marrone (2001), menciona que en algunos estudios se han encontrado relaciones entre estilo de apego y trastornos psicopatológicos:

El apego inseguro se ha vinculado con la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia (Weinfield et al. 1999).

El apego ambivalente con el trastorno de ansiedad en el adolescente y síntomas disociativos a edades entre 17-19 años con el estilo de apego inseguro evitativo o desorganizado.

Aquellas personas con un tipo de apego seguro muestran menos hostilidad y mayor habilidad para regular la relación con los otros. Dozier y Kobak (1992), señalan que diferentes estudios han relacionado el patrón de apego evitativo con personalidad antisocial, abuso de drogas y de comida. Por otra parte, se ha encontrado también correlación significativa entre el patrón de apego inseguro con una personalidad marcada por sentimientos depresivos.

Phillips, Hammen, Brennan, Najman y Bor (2005), comprobaron que los adolescentes que presentaban ansiedad o depresión, en su mayoría habían sido expuestos a estímulos estresores tempranos, relacionados con los cuidados maternos y el estado de salud mental de la madre.

De igual modo Chapman et al. (2004), comprobaron que adultos que habían tenido experiencias adversas en la infancia en cuanto a las relaciones primarias, tenían un mayor riesgo de presentar depresión en la adultez.

Así mismo Rosenstein y Horowitz (1993), constataron el vínculo existente entre el tipo de apego inseguro y mayores niveles de depresión, ansiedad y problemas en el consumo de alcohol, e incluso en la conducta alimentaria.

La drogadicción o abuso de sustancias es otra problemática que se ha relacionado con un estilo de apego inseguro, específicamente de tipo evitativo, justificando que el consumo de drogas resulta como una “solución” ante los conflictos en las relaciones interpersonales (De Lucas Taracena y Montañés Rada, 2006).

Por lo tanto el tipo de vínculo que se establece entre madre-hijo o cuidador principal-niño, resulta de gran importancia, el patrón de apego seguro es un factor de protección respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos. Por el contrario una mala calidad en éste, propicia una serie de consecuencias a nivel emocional, de personalidad, e interpersonal, puesto que el individuo carece de las habilidades necesarias para establecer relaciones adecuadas, posee una

percepción del sí mismo distorsionada y una falta de regulación emocional adecuada. A pesar de estas consecuencias no ser irreversibles o definitivas, son un factor, entre otros, de riesgo para la presencia de psicopatología en un futuro.

## **2.6 Evaluación del Apego en Adultos**

Debido a la importancia que cobró el conocer el estilo de apego se generaron distintos instrumentos para su medición. A continuación se hará mención de algunos de ellos:

La Entrevista de Apego para Adultos (AAI) fue desarrollado por Main, Kaplan y Cassidy quienes tuvieron como objetivo estudiar las representaciones en los adultos respecto a sus relaciones de apego en la niñez. Este instrumento consistía en una entrevista en la que se pedía a los adultos que describieran sus relaciones de apego en la niñez para reconocer los efectos de tales experiencias en el desarrollo de su personalidad (Betancourt Ocampo, 2002).

Bartholomew y Horowitz (en Marrone 2001) crearon una entrevista semiestructurada en la que se solicita al sujeto que describa sus relaciones de amistad y sentimentales, así como una evaluación sobre la importancia de tales relaciones. De acuerdo a las respuestas del sujeto, éste es calificado dentro de los siguientes prototipos: Seguro, Evitativo, Preocupado y Temeroso.

Existe otra entrevista basada en la *Entrevista de Estilos de Apego*, desarrollada por de Bifulco y Brown (1994). Establece un contraste entre la naturaleza externa de las interacciones diádicas entre los adultos (particularmente en la pareja) y el mundo representacional del individuo que interviene en tal relación. De esta manera se exploran temas tales como la confianza con la que un individuo establece y mantiene nuevas relaciones, su intolerancia a la separación, el grado de rabia que aparece en sus relaciones íntimas, etcétera. Un aspecto importante de esta entrevista consiste en averiguar la facilidad con la que un individuo puede establecer relaciones cercanas con personas ajenas a su grupo familiar (Marrone, 2001).

También se encuentra el instrumento denominado Cuestionario de Estilos de Apego- Attachment Style Questionnaire que será utilizado en esta investigación debido a los objetivos de la misma.

Mide los estilos de apego evitativo, ansioso y seguro, a través de los siguientes factores: Confianza, incomodidad con el acercamiento, relaciones como secundarias, incomodidad con el acercamiento, necesidad de aprobación, preocupación ante las relaciones.

El evaluado responde a través de una escala tipo Likert colocando su respuesta del 1 al 6, es decir de totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Siendo en total 40 ítems.

La prueba fue traducida al español y estandarizada para la población mexicana por el Dr. Juan Pablo Ahumada Castillo en el año 2011.

## CAPÍTULO 3

### EMPATÍA

#### 3.1 Antecedentes Históricos

En la estética, ciencia de la afectividad creada en 1750, surgió el término empatía, considerándola un proceso mediante el cual se percibe y logra el conocimiento sensible, siendo éste el principal objeto de estudio de dicha ciencia.

Robert Vischer usó por primera vez formalmente el término empatía en el siglo XVIII, 1873, con el vocablo alemán “Einführung”, que se tradujo como “sentirse dentro de” (Davis, 1996).

Pero no fue hasta 1909 cuando Titchener acuñó el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega εμπάθεια, cualidad de sentirse dentro, como una traducción del vocablo alemán.

Durante el siglo XX, comenzaron a surgir nuevas definiciones de la empatía. Lipps señaló que la empatía se produce por una imitación interna que sucede a través de la proyección de uno mismo en el otro, se refería a ella como un “sentimiento de unión con” (Wispé, 1986).

Uno de los pioneros en el estudio de la empatía desde un enfoque cognitivo fue Köhler para quien la empatía consistía en la comprensión de los sentimientos de los otros (Davis, 1996).

Años más tarde, Mead (1934) continuó con esta visión, y utilizó el término “role taking” para referirse a la capacidad de adoptar la perspectiva del otro, indispensable para el despliegue de relaciones interpersonales adecuadas. Por su parte, en 1947, Fenichel habló de la empatía como identificación con el otro.

Así mismo Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás, concibiéndola como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos. Para Hogan, por tanto, la empatía era una capacidad metarrepresentativa.

Hasta este punto la mayor parte de los autores consideraban una visión cognitiva de la empatía, a partir de los años 60, se empezó a consolidar una visión distinta de la empatía, que otorgaba mayor importancia a su componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario.

Stotland (1969) se sitúa entre los primeros autores en definir la empatía desde este punto de vista, considerándola como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción” (1969, p.272).

Por su parte, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. Mehrabian y Epstein (1972) por su parte, hablan de la empatía como una respuesta emocional que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente.

Salovey y Mayer (1990) afirmaron que la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales en otras personas e implica no sólo actitudes sino también habilidades o competencias bien definidas.

Davis (1980) propone una definición multidimensional de la empatía y un nuevo instrumento para su medida, marcando un punto de gran relevancia en la historia del desarrollo del constructo. La visión integradora propone que la empatía se compone de aspectos cognitivos y afectivos. Establece que la empatía es un constructo que incluye cuatro componentes diferentes aunque relacionados entre sí. Por un lado, dentro de la dimensión cognitiva distingue: Fantasía, que se refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción y adopción de perspectivas, que es lo que se definió previamente como adopción de perspectiva cognitiva. En relación a la dimensión afectiva Davis propone dos escalas: Angustia empática, que es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro y Aflicción Personal, que se refiere a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro.

En 1996, Davis definió la empatía como un “conjunto de constructos que incluye los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (p.12).

Actualmente, la empatía es entendida desde este enfoque multidimensional, haciendo énfasis en la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, y destacando la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás. La empatía incluye tanto respuestas emocionales como experiencias vicarias, es decir la capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás (Aguilar López, 2008).

### **3.2 Dimensiones de la empatía**

Después del surgimiento de dos perspectivas opuestas considerando a la empatía como un aspecto cognitivo o afectivo, en la actualidad se reconoce que existen en ella dos dimensiones la emocional y la cognoscitiva, y en ocasiones pueden ser vistos como fenómenos distintos.

La empatía en el rubro cognitivo es considerada un mecanismo, a través del cual el individuo infiere los estados mentales del otro, basado en las experiencias propias. Para ello intervienen diversas funciones, tales como la atención selectiva, la memoria de trabajo, el pensamiento abstracto, así como la flexibilidad cognitiva tanto espontánea como reactiva, es decir la capacidad para cambiar la respuesta emocional, debido a cambios en las características de la situación, modificándose la hipótesis elaborada sobre el estado emocional de la otra persona (Jimenez-Cortés et al., 2012).

Por lo tanto la dimensión cognitiva implica únicamente el conocimiento intelectual del estado emocional de otra persona, sin que necesariamente exista una respuesta de tipo afectivo; es decir a la capacidad de poder asumir el punto de vista de otro (Regan y Totten, 1975). Desde la perspectiva cognitiva hay una

capacidad de comprender pensamientos, sentimientos e intenciones de los otros (Strayer, 1992).

En cuanto al componente emocional, la empatía es una respuesta afectiva hacia otros, que implica compartir su estado emocional, reconociendo las emociones basado en una interpretación correcta de las diferentes señales tales como la expresión facial, mirada, expresión corporal, y voz. Implica la existencia de una emoción como consecuencia de la percepción del estado de otra persona (Jimenez-Cortés et al., 2012).

Aunque estas dos dimensiones son las llamadas básicas dentro de la empatía, ésta también puede incluir un elemento conductual (lo cual se vincula con la conducta prosocial). En suma estas tres dimensiones, que universalmente se consideran constituyentes de toda experiencia psicológica (aspecto afectivo, cognitivo y conductual) permiten ordenar de manera adecuada el complejo fenómeno empático.

Sin embargo, al interior de éstos tres elementos se encuentran una gran cantidad de componentes que determinan los diferentes tipos de empatía (Arriaga, 1994).

### **3.3 Tipos de empatía**

De acuerdo a Hoffman (1990) existen 4 tipos de empatía según el grado cognitivo del sujeto, los cuales van ligados a su desarrollo:

- Empatía global- De 0 a 1 año. Se trata de una conducta principalmente refleja, considerada de activación automática.

El grado de desarrollo cognoscitivo es dado por la fusión del sí mismo con el objeto.

- Empatía egocéntrica- De 1 a 2 años.

Con una forma de activación a través de las expresiones faciales y corporales.

El menor desarrolla la existencia del objeto permanente. Separación del yo- no yo.

- Empatía por lo sentimientos de otro- De 2 a 8 años.  
Se desencadena la conducta empática debido al condicionamiento y asociación, determinadas situaciones evocan vivencias personales experimentadas anteriormente, cargadas de afecto.  
Cognitivamente se toma la perspectiva de otro, quien se concibe como alguien con sus propias características y necesidades.
- Empatía por la situación de otro, más allá de su situación inmediata-  
De 8 años en adelante.  
Se activa por la asociación mediada por el lenguaje, colocándose imaginativamente en el lugar del otro.  
El individuo percibe la identidad del otro, considerándolo como alguien que se caracteriza más allá de la situación inmediata.

Por lo tanto se habla de una empatía innata, involuntaria y refleja, la cual es presentada por los bebés, y una empatía de nivel más alto que requiere de estructuras cognitivas y afectivas, las cuales involucran un crecimiento que a su vez exige un proceso de aprendizaje.

De igual modo Barret-Lenard (1981) desde un punto de vista de las relaciones humanas identificó 2 tipos de empatía:

- Observacional- Es un tipo de empatía unidireccional, es decir no existe retroalimentación, ya que la persona que empatiza no da a conocer su comprensión empática al empatizado.
- Relacional- Por el contrario a la empatía observacional la persona que empatiza refleja comprensión al empatizado, quien tiene la plena conciencia de que es atendido, escuchado y entendido.

Egan, (1981/1975) estableció 2 tipos de empatía, basado en el ambiente psicoterapéutico:

- Empatía precisa primaria- El terapeuta empatiza sobre lo que ha expresado el paciente, en otras palabras se limita al contenido manifiesto.
- Empatía precisa avanzada- El terapeuta empatiza sobre el contenido implícito, realiza inferencias a partir de lo expresado.

Finalmente otra clasificación elaborada por Fuentes et al. (1993) la existencia de los siguientes 2 tipos de empatía:

- Empatía disposicional (rasgo)- consiste en una tendencia relativamente estable de la persona a percibir y experimentar de forma vicaria los afectos de otras personas.
- Empatía situacional (estado)- se entiende como el grado de experiencia afectiva vicaria que tienen las personas en una situación concreta (este tipo de empatía es menos estable que la disposicional), por lo que depende de las variables situacionales o de contexto.

### **3.4 Empatía y diferencias individuales**

La empatía se da en función de la relación que la respuesta empática pueda tener con otros fenómenos psicológicos que convergen en ella, por ejemplo: factores como la atribución de causalidad, la personalidad, la edad, grado de desarrollo cognoscitivo, determinan diferentes modalidades de respuesta empática (Arriaga, 1994).

Uno de los objetivos de los investigadores interesados en la empatía es conocer la relación que ésta guarda con determinados rasgos de personalidad. Uno de los primeros trabajos en este sentido es el de Hogan (1969), quien encontró relaciones positivas entre la empatía, entendida como capacidad cognitiva, y la sociabilidad, la autoestima, la eficiencia intelectual y la flexibilidad.

Además, encontró una relación positiva entre la empatía y la escala Ma (manía) del MMPI (Hathaway & McKinley, 1943) así como una asociación negativa con las escalas Anx (ansiedad) y Si (introversión social) del mismo instrumento.

Años más tarde Mehrabian y Epstein (1972) encontraron una relación positiva entre la empatía, la disposición a mostrar conducta de ayuda y tendencia a la afiliación, resultado que replicaron Coke, J., Batson, C. y McDavis (1978). De igual modo en un trabajo del año 1997, Mehrabian identificó una relación negativa entre empatía y agresividad.

Varios estudios han identificado una asociación positiva entre empatía y neuroticismo así como una relación negativa entre esta variable y la introversión (Rim, 1974).

Otros autores como Mehrabian, Young y Sato (1988) han establecido que las diferencias individuales en la empatía dependen de la disposición a activarse, es decir, el grado en el que una información repentina afecta a la activación del individuo.

De modo muy similar, Eisenberg, N. y Fabes (1990) plantean que las diferencias individuales en empatía dependen en gran medida de las diferencias en el nivel típico de activación emocional vicaria, concepto muy relacionado con la intensidad emocional. De hecho, hay evidencias de una relación positiva entre la empatía y la intensidad emocional (Moore, 1996). A su vez, la intensidad emocional es un componente fundamental del “estilo afectivo” de las personas, el cual está en la base de la personalidad y el temperamento y se encuentra fuertemente influenciado por los genes y disposiciones biológicas de éstas (Davidson, 2001).

Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig, y Pinuelas (1994) señalaron la relación existente entre regulación emocional y empatía. Sus resultados demostraron que en la medida disposicional, las diferencias en emocionalidad y regulación, se relacionaban con la respuesta emocional vicaria, mencionan que es necesario conocer la regulación emocional para poder predecir el comportamiento social en contextos angustiosos.

Diversas investigaciones han demostrado que el estado emocional que presenta una persona influye o sesga el cómo ésta percibe las emociones de los demás.

De acuerdo a Schmid y Schmid Mast (2010) las llamadas “Teorías de la congruencia de estado” mencionan que encontrarse en un estado negativo promueve que el individuo juzgue a los otros en un modo negativo, por el contrario un estado positivo facilita el hacer juicios positivos hacia los demás.

De esta manera la percepción, interpretación y comprensión de los estados de ánimo del otro, se ven alterados conforme la situación interna de quien la percibe (Schmid y Schmid Mast, 2010).

El sexo ha sido otro factor, que se ha encontrado, interviene en el nivel de empatía, la mayoría de las investigaciones (Michalska, Kinzler, y Decety, 2013; Davis 1980; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) comprueban que las mujeres suelen ser más empáticas que los hombres.

Así mismo otros estudios han demostrado un vínculo entre la relación padres e hijo y el desarrollo de un nivel alto de empatía. Los padres no empáticos, tienden a tener hijos no empáticos, a diferencia de los padre empáticos, ya que éstos transmiten empatía al hijo mediante el proceso de modelado.

Cuestión que queda demostrada en el caso de los niños maltratados, en estudios observacionales George y Main (1979) encontraron que los niños que habían sufrido de maltrato manifestaban una menor preocupación ante el malestar expresado por sus compañeros que aquellos niños no maltratados; lo que refiere la influencia de aspectos personales de vida en la expresión de respuestas empáticas ante los otros.

### **3.5 Empatía y reconocimiento de la expresión facial de la emoción**

Como se ha mencionado anteriormente las expresiones faciales transmiten emociones e influyen sobre los afectos de quien las expresa y quien las percibe, en primera instancia las emociones se intensifican cuando se expresan facialmente y disminuyen cuando se suprime la expresión (Ekman, Levenson y Friesen, 1983 en Eisenberg y Strayer, 1992). Y al mismo tiempo son estímulos poderosos que evocan expresiones similares en el receptor. Por lo que las expresiones faciales conforman una potente medida no verbal de las respuestas empáticas, aunque no representan una medida definitiva o determinante (Eisenberg y Strayer, 1992).

El reconocimiento de las expresiones faciales de la emoción conforma una variable importante para las diferencias individuales en el nivel de empatía, y de acuerdo al objetivo y método de esta investigación es importante destacarla de modo independiente.

Algunos estudios han correlacionado el reconocimiento de la expresión facial de la emoción y el nivel de empatía.

Tal es el caso del estudio realizado por Gery, Miljkovitch, Berthoz, y Soussignan (2009), quienes a partir de una investigación comparativa realizada con presos acusados de abuso sexual a menores, presos acusados por otros delitos, y no delincuentes, encontraron una correlación positiva entre el nivel de empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción; ya que el primer grupo obtuvo un pobre reconocimiento en comparación con los otros grupos, siendo el nivel de empatía lo único que los diferenciaba de los otros participantes, determinándose esta relación entre empatía y reconocimiento de la expresión facial de la emoción.

De igual modo Martin, Berry, Dobranski, Horne, y Dodgson (1996) con un grupo de estudiantes de psicología confirmaron que el nivel de umbral para reconocer las emociones, tiene relación con el grado de empatía o respuesta emocional a los otros. Aquellos con un umbral bajo, es decir que requerían de menos tiempo para identificar si la expresión facial correspondía al placer o displacer, reportaron un mayor grado de empatía en el autoreporte aplicado, al contrario de quienes mostraron un umbral de percepción más alto.

Por otra parte Besel y Yuille (2010) hallaron igualmente una correlación positiva entre altos puntajes en el cociente de empatía (EQ) y asertividad en el reconocimiento de las expresiones faciales en un tiempo de exposición breve.

### **3.6 Medición de la empatía**

Se han desarrollado diferentes formas para medir la empatía debido a las distintas concepciones que existen sobre ella, por lo cual los autores suelen elegir aquellas modalidades o instrumentos que se acoplen de mejor manera a la postura del concepto de empatía.

En lo que respecta a los cuestionarios o autoinformes, método más común para la medida de emociones empáticas, encontramos como uno de los pioneros a Hogan (1969) quien construyó un escala (EM) para medir empatía con 63 ítems.

Un instrumento que adquirió gran relevancia fue el QMEE (Questionnaire Measure of Emotional Empathy; Cuestionario de Medida de la Empatía Emocional) desarrollado por Mehrabian y Epstein (1972), el cual desde su publicación se ha convertido en uno de los más utilizados en la investigación.

Davis (1980), desde una perspectiva multidimensional, propuso la medición de la empatía a través del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, 1980).

Uno de los instrumentos que se ha desarrollado para la población de habla hispana es el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008), el cual es una adaptación de la elaborada por Batson, Fultz, Vanderplas e Isen (1983).

Otra forma de medir la empatía ha sido a través de medidas somáticas, es decir correlatos fisiológicos, así como indicadores faciales. Para ello suele medirse la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la respuesta galvánica de la piel u observarse las expresiones faciales manifestadas por el sujeto mientras observa una situación o escucha una historia. Ya que de esta manera se pueden identificar estados emocionales que implican la existencia de empatía. (Eisenberg y Strayer, 1992).

Finalmente un instrumento destacado es el Empathy Quotient (EQ) o Coeficiente de Empatía de Baron-Cohen (2003) que también integra la perspectiva multidimensional de la empatía. De la cual se hizo una traducción al español y reducción de 60 a 40 ítems y es utilizada en esta investigación.

## CAPÍTULO 4

### TRASTORNO DE DEPRESIÓN

La tristeza, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para atraer la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar energía para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal, y McKinney Jr., 1984).

Se habla de depresión para hacer referencia a una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Puede abarcar desde sentimientos de melancolía menor hasta una visión profundamente negativa del mundo, generándose una incapacidad para funcionar eficientemente en la vida diaria (Sarason y Sarason, 2006).

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses.

#### **4.1 Causas**

Es difícil hablar de una herencia directa de la depresión, pero existe la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como sucede con otras enfermedades. Además la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados (Piqueras-Rodríguez et al., 2008).

Los conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez pueden ser un factor de vulnerabilidad, es decir se habla de una situación no resuelta en la infancia, que puede ser determinante al existir una mala integración de la personalidad en la etapa formativa (Calderón Narvaes, 1987).

Algún desencadenante como lo es también la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de poder, de la salud, cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos, o diversos trastornos físicos o médicos.

Así mismo la desintegración familiar, o la falta de vínculos, pueden ocasionar el desarrollo y la presencia de un Trastorno Depresivo (Calderón Narvaes, 1987).

## 4.2 Características o síntomas

- **A nivel neurológico**

1. A nivel del sistema nervioso central, existe una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, y posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas. La disfunción central de la neurotransmisión, además origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento (Sandín, 2001).

2. El perfil bioquímico es similar tanto endocrina como inmunológicamente al que se produce en situaciones de estrés. Éste consiste en la activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, la perturbación de los ritmos circadianos de cortisol, la ausencia de respuesta al test de supresión de la dexametasona y la hiperactividad de la hormona liberadora de la corticotropina (Sandín, 2001).

- **A nivel fisiológico**

El paciente deprimido generalmente presenta problemas de sueño, fatiga, pérdida de apetito, cambios en el peso, pérdida del apetito sexual, lentitud motora y agitación (Lemos Giraldez, 1995).

- **A nivel conductual**

Inactividad, inquietud, llanto, quejas (Lemos Giraldez, 1995).

- **A nivel Cognitivo**

Presentan problemas de concentración y memoria. Sus valoraciones acerca del entorno y su futuro suelen ser negativas, por lo que se considera que prevalece una perspectiva pesimista. Poseen un pensamiento lento, confuso e ineficaz, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para tomar decisiones y baja autoestima (Lemos Giraldez, 1995; Ortiz-Tallo Alarcón, 1997).

Hay una falta de interés por las actividades, ya sean laborales o de ocio, existe escasa confianza en sí mismo, ideación suicida, sentimientos de incapacidad, apatía y anhedonia (Lemos Giraldez, 1995; Ortiz-Tallo Alarcón, 1997).

### 4.3 Tipos:

#### *Trastorno depresivo mayor*

De acuerdo al DSM-IV la característica principal en este trastorno es la presencia de un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, es decir presentar un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de la capacidad para el placer, junto con al menos 3 de los siguientes síntomas: Pérdida o aumento de peso sin implementar algún régimen alimenticio, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento, pensamientos de muerte frecuentes, indecisión, dificultad para pensar y concentrarse, fatiga y culpa o sentimientos de inutilidad, dichos síntomas deben persistir por más de 2 meses.

Este trastorno puede ser de tipo único (un episodio depresivo mayor) o recidivante (dos o más episodios depresivos mayores). Y debe tipificarse entre leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial o total, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el postparto.

#### *Trastorno distímico*

Según las pautas del DSM-IV la característica esencial es la presencia de un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 años.

Existe pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, desesperanza, dificultades para concentrarse o tomar decisiones.

#### *Trastorno depresivo no especificado*

El DSM-IV incluye en esta categoría los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para clasificarse como alguno de los dos tipos anteriores o algún trastorno adaptativo.

Trastorno disfórico menstrual: los síntomas se presentan con regularidad durante la última semana de la fase lútea en la mayoría de los ciclos menstruales, pero remiten a los pocos días del inicio del ciclo menstrual, e interfieren de manera importante en las actividades habituales.

Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero no cumplen con al menos 5 de los síntomas para que sea un trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante un año.

Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia.

Episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

#### **4.4 Prevalencia**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (Medina-Mora et al., 2003).

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó que una de cada ocho personas, es decir el 12.8% de la población padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año, lo que representa el 6.1% (Slone, Norris, Murphy, y Baker, 2006).

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (Benjet, G., y Medina-Mora, M. E Zambrano, 2009).

#### **4.5 Reconocimiento de la expresión facial de la emoción y la Depresión**

En los últimos 20 años, numerosos estudios han otorgado importancia al papel que el reconocimiento de las expresiones faciales juega en varias condiciones psiquiátricas.

En los pacientes con depresión se ha demostrado un déficit significativo en la capacidad para reconocer las expresiones faciales (Csukly, 2009).

Surguladze et al. (2004) analizaron dicha capacidad considerando diferentes niveles de intensidad en las expresión de felicidad y tristeza. Encontraron que los individuos con depresión a comparación del grupo control, presentan mayores

dificultades para identificar rostros que expresan tristeza y rostros felices con una intensidad moderada.

Joormann y Gotlib, en el 2006 también realizaron un estudio con pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor mostrándoles rostros con distintas intensidades de la emoción. Los resultados demostraron que los pacientes con TDM requieren de una intensidad menor para las expresiones faciales de tristeza e ira, pero una intensidad mayor para lograr reconocer las expresiones de felicidad.

Por su parte Mendlewicz, Linkowski, Bazelmans y Philippot (2005), al comparar entre un grupo de mujeres con Trastorno Depresivo Mayor, con mujeres anoréxicas y mujeres sanas, observaron resultados significativos en el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en el primer grupo, quienes demostraron un pobre desempeño principalmente para la expresión de enojo.

Yoon y colaboradores (2009) estudiaron la respuesta de individuos con TDM en una tarea de reconocimiento de rostros en el que se comparaban diadas de fotografías de expresiones faciales (neutras-positivas, neutras-negativas y positivas-negativas) y se les pidió que indicaran cuál de las dos imágenes mostraban la emoción más intensa. A comparación de los otros grupos evaluados, los diagnosticados con TDM fueron significativamente menos propensos para juzgar la intensidad de los rostros positivos (de felicidad) ante los rostros neutros y los negativos. No se encontraron diferencias entre los grupos cuando tenían que comparar los rostros en la diada neutras-negativas.

Otro estudio que corrobora la existencia de alteraciones en el reconocimiento de las expresiones faciales en pacientes deprimidos, es el realizado por Csukly (2009), quien encontró un bajo desempeño en la tarea de percibir las emociones a través del rostro e identificar la pose neutral, en los pacientes con Trastorno de Depresión, a diferencia de las personas sanas.

Así mismo Pérez-Rincón, Cortés y Díaz-Martínez (1999) llevaron a cabo un estudio con pacientes esquizofrénicos, deprimidos y 2 grupos controles conformados por obreros y estudiantes, encontrando que los sujetos con esquizofrenia mostraban mayores dificultades para reconocer emociones por medio de la expresión facial, en al menos 5 de las seis emociones estudiadas (tristeza, sorpresa, alegría, asco, miedo e ira). Los pacientes con depresión, a diferencia del grupo de estudiantes y obreros, cometieron más errores al reconocer las expresiones faciales de la emoción, aunque en menor grado que los pacientes esquizofrénicos.

## CAPITULO 5

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión, difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos (G. Sarason y R. Sarason, 2006).

La ansiedad bajo ciertas circunstancias y condiciones representa un mecanismo que funciona de forma adaptativa, ya que pone en marcha el dispositivo de alerta del individuo ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Es decir, permite movilizar las operaciones defensivas del organismo, por lo que tiene un papel tan esencial como el dolor, como instrumento de supervivencia. Además, la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento.

Sin embargo, la ansiedad se torna en clínica cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta. Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten; o cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales. (Piqueras-Rodríguez et al., 2008; González-Ceinos, 2007).

En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal; en cambio, la ansiedad patológica es desproporcionada con la situación, o se presenta en ausencia de cualquier peligro evidente, se vivencia más corporalmente, compromete el funcionamiento del individuo y lo impulsa frecuentemente a pedir ayuda médica. (Hoehn-Saric R, Merchant AF, Keyser ML, Smith VK. en González-Ceinos, 2007).

De esta manera los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación, en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real.

Son considerados formas exageradas de las reacciones y conductas normales que tienen lugar ante diversos acontecimientos estresantes.

Estos padecimientos afectan de manera importante el desempeño laboral, académico y social, consumen muchos recursos de salud y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares.

## **5.1 Causas**

Varios autores han desarrollado explicaciones para la presencia de los trastornos de ansiedad.

Se ha comprobado que las contribuciones de muchos genes en diferentes áreas de los cromosomas nos hacen vulnerables a la ansiedad, cuando están en su lugar los factores psicológicos y sociales precisos (Kendler et al., 1995). Una persona que se halla bajo tensión, quizá propicie las condiciones para desarrollar ansiedad, aunque no lo genere de manera directa (Durand y Barlow, 2007).

Las condiciones laborales y de vida, han demostrado tener un papel importante, como altos niveles de estrés. Así como características de personalidad, niveles elevados de neuroticismo e introversión (Lemos Giraldez, 1995).

Neurobiólogos han planteado la asociación existente entre circuitos cerebrales específicos, áreas cerebrales y sistemas de neurotransmisores (sistema corticotropinal, niveles de GABA, sistema límbico), asociados a la ansiedad. Es probable que factores en el entorno hagan cambios en los circuitos cerebrales; haciendo a la persona susceptible en mayor o menor grado a desarrollar ansiedad y sus trastornos (Durand y Barlow, 2007).

Por otro lado Barlow (2000), en Durand y Barlow (2007), considera un modelo integral, que involucra distintos factores, los cuales aumentan la probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad, y considera tres vulnerabilidades:

La vulnerabilidad biológica generalizada: las tendencias a ser nervioso o sensible puede ser hereditaria.

La vulnerabilidad psicológica generalizada: cuando el individuo ha crecido con la idea de que el mundo es peligroso y fuera de control; por lo que no es capaz de enfrentarse a las cosas cuando salen mal.

La vulnerabilidad psicológica específica: el individuo ha aprendido, a partir de las experiencias tempranas, que existen sucesos incontrolables o impredecibles, lo que disminuye la confianza en el mismo.

La existencia conjunta de las 3 vulnerabilidades aumenta considerablemente la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad.

Chorpita y Barlow (1998) mencionan que es probable que durante la infancia se adquiera la conciencia de que existen sucesos que no están bajo control del individuo. Las acciones y actitudes de los padres en la llamada niñez temprana contribuirán a fomentar un sentido de control o fuera de control. Al parecer los padres que interactúan con sus hijos de manera positiva y predecible ante sus necesidades, y les permiten explorar les están enseñando que tienen control sobre el ambiente, que sus respuestas tienen un efecto en éste y los otros, y pueden desarrollar capacidades y habilidades para enfrentarse a hechos inesperados, y por ende un sentido de control. Por el contrario padres que son sobreprotectores, impiden el aprendizaje necesario para enfrentar las adversidades, y para saber que se puede controlar el ambiente. Según el sentido de control que se despliegue habrá una mayor vulnerabilidad a la ansiedad.

La familia entonces conforma un núcleo importante para que la persona pueda evaluar adecuadamente el peligro ante las circunstancias, a partir de lo que aprende en ésta puede llegar a sobrevalorar los hechos adversos.

Por lo tanto, como ocurre con la mayoría de los trastornos mentales no existe una causa única, sino que es la conjunción de distintos factores la que genera que se desencadene el padecimiento. Cabe aclarar que para cada trastorno de ansiedad existen planteamientos más específicos de los factores etiológicos asociados, sobre todo a nivel neuroanatómico.

## 5.2 Características o Síntomas

- A nivel neurológico

A un nivel neurológico presentan las siguientes alteraciones

1. Aumento en la respuesta de la amígdala a los estímulos de miedo.
2. Disminución de la capacidad de la corteza prefrontal ventral para disminuir la respuesta de miedo antes de que se extinga y disminución de la conectividad con el hipocampo (Mallen Martínez y López Garza, 2011).

- A nivel fisiológico

Incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sensación de ahogo y opresión en el pecho, incremento de tensión arterial, mareos, vómitos, sequedad de boca, sudoración, dilatación pupilar, sensación de cansancio, defecaciones o micciones frecuentes o involuntarias (Ortiz-Tallo Alarcón, 1997).

En términos generales los síntomas que presentan son: Nerviosismo, agitación, tensión, sensación de cansancio, irritabilidad, mareos, micción frecuente, palpitaciones cardíacas, sensación de desmayo, dificultad para respirar, sudoración, temblores, preocupación y aprensión, insomnio, dificultad para concentrarse e hipervigilancia (G. Sarason y R. Sarason, 2006).

- A nivel cognitivo

Reacción de preocupación, miedo o pánico ante la amenaza, pensamientos de incapacidad para controlar la situación, sentimientos de inferioridad, falta de concentración, dificultad para organizar pensamientos, tomar decisiones y evocar conocimientos previamente adquiridos (Ortiz-Tallo Alarcón, 1997).

Las personas que sufren este padecimiento, poseen pensamientos intrusivos los cuales toman la forma de preocupaciones sobre acontecimientos y consecuencias futuras probables, o interpretaciones catastróficas de acontecimientos pasados que destacan lo negativo, especialmente los errores que el individuo pudo haber cometido. Estas preocupaciones intrusivas e interpretaciones exageradamente angustiosas son características de la experiencia de la ansiedad, que con frecuencia parecen tener un carácter automático que proviene más de los

individuos que de lo que realmente está sucediendo en sus vidas (G. Sarason y R. Sarason, 2006).

Suelen presentar la sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.) (Piqueras-Rodríguez et al., 2008).

### **5.3 Tipos**

De acuerdo a la clasificación realizada por el DSM-IV, los trastornos de ansiedad son los siguientes:

#### *Crisis de angustia*

El DSM-IV define este trastorno como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- (2) sudoración.
- (3) temblores o sacudidas.
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) sensación de atragantarse.
- (6) opresión o malestar torácico.
- (7) náuseas o molestias abdominales.
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) miedo a morir.
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- (13) escalofríos o sofocaciones.

#### *Agorafobia*

Se caracteriza, según el DSM-IV, por el miedo de encontrarse en una situación atemorizante o desconocida. La sensación de ansiedad aparece al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o

donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor.

La persona con agorafobia tiene miedo a sus propias señales internas, las sensaciones físicas sin importancia quizá se interpreten como el preludio de alguna amenaza catastrófica a su vida (G. Sarason y R. Sarason, 2006).

### *Trastorno de Angustia*

Este trastorno denota el abrupto surgimiento de una intensa ansiedad que aumenta al máximo, que se desencadena por la presencia de estímulos particulares o pensamientos acerca de ellos, o que ocurre sin señales claras y es espontáneo e impredecible (G. Sarason y R. Sarason, 2006).

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias.

Por lo que las personas con este tipo de trastorno no necesariamente están ansiosas todo el tiempo. Algunas veces sufren crisis que se repiten después de algunos períodos de funcionar con normalidad (G. Sarason y R. Sarason, 2006).

### *Fobia específica*

El DSM-IV menciona que la fobia específica se refiere a un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.

Los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional.

Este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas

del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si provoca un malestar evidente.

### *Fobia social*

De acuerdo a los lineamientos del DSM-IV la fobia social es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.

La persona piensa que va a ser observada y evaluada por los demás (lo cual no necesariamente es así), evaluación que pudiera tener un resultado negativo y con consecuencias perjudiciales para la persona. Las situaciones sociales que generan ansiedad social pueden ser muy variadas: hablar en público, realizar acciones en presencia de otros, iniciar y mantener conversaciones, asistir a fiestas y actos sociales, hablar con figuras de autoridad, ser observado al entrar en un sitio, estar con la persona por la que se siente atracción, hablar por teléfono, entre otras (Camilli & Rodríguez, 2008).

### *Trastorno Obsesivo Compulsivo*

El DSM-IV menciona que la característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo.

Las obsesiones se definen mediante los siguientes cuatro parámetros: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos (Ortíz Tobón, 2002).

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo y fantasías sexuales. Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real, incluso rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

Las compulsiones se definen por los siguientes dos elementos: comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión. Para la persona el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención de algún acontecimiento o situación negativa; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos (Ortíz Tobón, 2002).

#### *Trastorno por estrés post-traumático*

El DSM-IV señala que quien padece este trastorno suele ser testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. Debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático, evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación.

El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y acompañado por un aumento de la activación (irritabilidad, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño). (Mallen Martínez y López Garza, 2011).

#### *Trastorno por estrés agudo*

Este trastorno según el DSM-IV se caracteriza por la aparición de ansiedad, síntomas disociativos tales como: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa; que ocurren después de estar expuesto a un acontecimiento de carácter extremo.

Dicho evento es revivido de forma recurrente, y suelen evitar estímulos que pueden generar recuerdos.

Presentan síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación. Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.

Además el sujeto muestra una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad.

#### *Trastorno de ansiedad generalizada*

La característica distintiva de este cuadro es la preocupación excesiva, ya que el resto de los síntomas que los definen pueden estar presentes en otros trastornos. Las personas que lo padecen muestran un estado constante de preocupación que les resulta difícil de controlar (Ortiz-Tallo Alarcón, 1997).

De acuerdo al DSM-IV la ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor.

#### *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias, debido a una enfermedad y no especificado*

El DSM-IV contempla estas últimas clasificaciones. En el primer trastorno, como el mismo nombre lo refiere, los síntomas aparecen durante la intoxicación o

abstinencia de sustancias o en el primer mes siguiente, o debido al consumo del medicamento, el cual está relacionado etiológicamente con la alteración.

En la categoría de trastorno de ansiedad debido a una enfermedad, las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

Finalmente el trastorno de ansiedad no especificado, incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

#### **5.4 Prevalencia**

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de ansiedad en México fue de 6.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), la más alta en comparación con otros trastornos (Medina-Mora et al., 2003).

De acuerdo a La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 14.3% de los mexicanos en el año 2003 ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. Reporta que los trastornos más comunes dentro de la clasificación de trastornos de ansiedad son las Fobias específicas 7.1% y Fobia social 4.7% (Medina-Mora et al., 2003).

#### **5.5 Reconocimiento de la expresión facial de la emoción y Ansiedad**

Se ha demostrado en diferentes estudios que el reconocimiento de la expresión facial se ve afectado en diferentes trastornos psiquiátricos, como lo son la esquizofrenia, la depresión, los desórdenes de ansiedad, los desórdenes del espectro autista, trastorno antisocial y los desórdenes neurodegenerativos como el Alzheimer, debido a diferentes causas, y no específicamente a un solo aspecto psicopatológico. (Kohler et al., 2003; Bolte y Poustka, 2003; Leppanen, 2006; Montagne et al., 2006; Blair, Colledge, Murray y Mitchell, 2001; Kohler et al, 2005; Sprengelmeyer et al. 2003 en Domes, G., Schulze, L., y Herpertz, S. C., 2009).

De acuerdo a la investigación realizada por Leber, S., Heindereich T., Stangier, U., y Hoffmann, S. en el 2009, los pacientes con Ansiedad social tienen una mayor facilidad para reconocer aquellas expresiones negativas, mostrando también una tendencia o sesgo para darles una connotación negativa a las expresiones neutras.

Los autores consideran que las expresiones de tristeza y miedo son fáciles de reconocer por que representan de mejor manera el estado o la situación emocional en la que se encuentra la persona, mientras que la de enojo ante un contexto social suele ser identificada rápidamente, debido a la expectativa que tiene de ser rechazados o juzgados negativamente.

Por otro lado Sprengelmeyer *et al.*, 1997 evaluaron el reconocimiento de pacientes con TOC, pacientes con Gilles de la Tourette sin TOC (GT) y con TOC (GT-TOC), pacientes con ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de pánico. Los resultados obtenidos demostraron que los pacientes con TOC y GT-TOC, muestran dificultad para reconocer las expresiones faciales de asco a comparación del grupo control, mientras que los sujetos con Trastornos de Ansiedad no presentan algún deterioro, por el contrario, detectan con mayor facilidad las expresiones faciales de enojo, tristeza y miedo.

Joormann y Gotlib, en el 2006, comprobaron que los pacientes con diagnóstico de Fobia Social requieren una menor intensidad de la expresión facial de la emoción para poder identificarla correctamente, sobretodo en el caso del enojo. Tendencia que podría contribuir a la presencia y persistencia de la ansiedad y la manifestación de conductas de evitación en situaciones sociales (Clark, 2001).

De igual modo Arango de Montis *et al.* (2013) encontraron relación entre síntomas psicopatológicos y el reconocimiento de la expresión facial en residentes de Psiquiatría, comprobando que los sujetos con mayores niveles de ansiedad reconocen de manera más certera la expresión facial de miedo.

La falla en la interpretación de las señales no verbales, como lo son las expresiones faciales contribuye a la existencia de dificultades sociales comunes de presentarse en los pacientes con algún trastorno de ansiedad.

#### **Justificación**

El Trastorno de Ansiedad y el Trastorno de Depresión representan dos de los trastornos mentales con mayor prevalencia a nivel mundial y nacional.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, la tasa de prevalencia anual de depresión en el país fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años. Así mismo permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de ansiedad en México fue de 6.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), la más alta en comparación con otros trastornos (Medina-Mora et al., 2003).

Por otra parte, el reconocimiento de la expresión facial de la emoción es un factor esencial dentro de la comunicación y por tanto de la interacción social, ya que si no se identifican dichas señales de manera adecuada, por consecuencia no se responde y actúa acertadamente, afectándose la interacción con el otro (Arango de Montis et al., 2013; Leber et al., 2009).

De esta manera resulta de suma importancia abordar dichos trastornos y la capacidad de reconocimiento de la expresión facial de la emoción. Pues a pesar de que existe evidencia acerca de las modificaciones existentes en pacientes con algún trastorno mental para el reconocimiento de la expresión facial de la emoción (Cavieres F. y Valdebenito V., 2007; Cristinzio, Sander, y Vuilleumier, 2007; Domes et al., 2009), este estudio pretende evaluar que además del padecimiento de un desorden mental y el daño fisiológico que éste puede causar, existen otros factores que sesgan el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en el individuo que padece un trastorno mental, como en el caso de la Ansiedad o de la Depresión.

Las investigaciones que han sido realizadas muestran la influencia de los estilos de apego, o la empatía en el reconocimiento de la expresión facial de la emoción (Besel y Yuille, 2010; Gery, Miljkovitch, Berthoz, y Soussignan, 2009) pero de manera aislada, y generalmente son estudios que se han llevado a cabo en poblaciones europeas o estadounidenses (Csukly, 2009; Leber et al., 2009; Mendlewicz et al., 2005; Sprengelmeyer et al., 1997). Las tres variables no han

sido estudiadas en conjunto, ni tampoco en pacientes mexicanos con Trastorno de Ansiedad o Trastorno de Depresión.

Indagar acerca de la influencia del estilo de apego y la empatía para reconocer las emociones expresadas a través del rostro, permitirá ofrecer una mejor comprensión acerca de las relaciones sociales que establecen las personas con dichos trastornos, pues como se mencionó, el adecuado reconocimiento de las expresiones faciales resulta de gran relevancia para entablar relaciones interpersonales exitosas; pudiéndose generar nuevas conceptualizaciones o líneas de investigación para el enriquecimiento y la mejora del tratamiento con pacientes deprimidos o ansiosos.

### **Pregunta de investigación**

¿Existe relación entre el estilo de apego y el nivel de empatía en el reconocimiento de la expresión facial de la emoción, en personas con Trastorno de Depresión o de Ansiedad?

### **Objetivos**

#### Objetivo General

Analizar el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o de Ansiedad, tomando en consideración el estilo de apego y el nivel de empatía.

#### Objetivos Específicos

1. Conocer cómo es el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad y en personas sanas.
2. Comprobar si existe relación entre el nivel de empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción.
3. Comprobar si existe relación entre el estilo de apego y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción.

## **Hipótesis**

### Hipótesis 1

H<sub>1</sub>. Los pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad presentarán modificaciones en la capacidad de reconocimiento de la expresión facial de la emoción en comparación con un grupo de personas sanas.

H<sub>0</sub>. Los pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad no presentarán modificaciones en el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en comparación con un grupo de personas sanas.

### Hipótesis 2

H<sub>2</sub>. El estilo de apego estará correlacionado con el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad.

H<sub>0</sub>. El estilo de apego no estará correlacionado con el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad.

### Hipótesis 3

H<sub>3</sub>. El nivel de empatía estará correlacionado con el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad.

H<sub>0</sub>. El nivel de empatía no estará correlacionado con el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o Ansiedad.

## **Diseño y tipo de estudio**

De acuerdo a la clasificación de Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2006) este estudio es considerado de tipo correlacional, exploratorio y explicativo.

## **Definición de Variables**

Variables Independientes:

*Estilos de apego:* Patrones conductuales o tipo de vínculo (relación afectiva, conexión emocional) que se establece entre el niño/a y quien se encarga de su crianza, que generalmente es la madre y/o el padre (Bautista Salido, I., 2010).

Entendiéndose como apego, de acuerdo a Bowlby (1985), la habilidad innata de los humanos para formar fuertes vínculos de afecto con las personas significativas de la infancia.

*Empatía:* El término empatía se refiere a la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar sentimientos, pensamientos y experiencias de otros, sin que éstos hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita (Farrow y Woodruff, 2007).

Variable Dependiente:

*Reconocimiento de la expresión facial de la emoción:* Es la capacidad del individuo para identificar adecuadamente las señales expresadas a través del rostro, acerca del estado interno del otro.

## **Participantes**

Se obtuvo una muestra de 31 personas en total, con las cuales se conformaron 3 grupos, uno integrado por 8 pacientes diagnosticados con Trastorno de Ansiedad, otro grupo conformado por 7 pacientes diagnosticados con Trastorno de Depresión, y el grupo control integrado por 16 personas sanas. Los grupos integrados por pacientes con Trastorno de Ansiedad o de Depresión fueron constituidos previa valoración psiquiátrica, siguiendo los lineamientos del DSM-IV; mientras que el grupo control se obtuvo dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México, previa valoración con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2.

Criterios de inclusión para el Grupo integrado por pacientes con Trastorno de Ansiedad o Depresión (GA) (GD)

1. Haber sido diagnosticados con el trastorno mental correspondiente (Depresión o Ansiedad), de acuerdo a los lineamientos del DSM-IV.
2. Tener entre 20 y 50 años de edad.

Criterios de exclusión de los grupos A1 y A2:

1. Presentar estado psicótico.
2. Tener problemas visuales severos que impidan identificar adecuadamente estímulos de este tipo.
3. No saber leer.

Criterios de inclusión del Grupo Control (GC):

1. Haber obtenido en la prueba del MMPI-2 un resultado que refleje estabilidad emocional, de acuerdo a las normas de la misma prueba.
2. Tener entre 20 y 50 años de edad.

Criterios de exclusión del grupo A3, o grupo control:

1. Haber padecido algún tipo de trastorno mental con anterioridad.
2. Tener problemas visuales severos que impidan identificar adecuadamente estímulos visuales.
3. No saber leer.

## **Instrumentos**

1. Cuestionario de Estilos de Apego- Attachment Style Questionnaire.

Desarrollado en 1994 por Judith Feeney y colaboradores. La prueba fue traducida al español y estandarizada para la población mexicana por el Dr. Juan Pablo Ahumada Castillo ( 2011).

El instrumento mide el o los estilos de apego predominantes en un individuo a través de la solución de 3 factores:

- Evitativo: evalúa un estilo tendiente a la devaluación de las relaciones por encima de otros valores como el éxito personal y puede manifestarse por un constante distanciamiento de las figuras significativas.
- Ansioso: evalúa un estilo de vínculo con otros significativos en los que el individuo mantiene una relación ambivalente con respecto al contacto y la distancia, que resulta en un enfoque inapropiado de la atención ante estas situaciones y lo que representan para el individuo.
- Seguro: se refiere a un estilo de apego en el que predomina la confianza en la posición de uno mismo y del otro en todas las relaciones y bajo todos los contextos.

Así como con los siguientes 5 factores:

- **Confianza:** evalúa la capacidad de un individuo de manejar sus relaciones interpersonales de una forma relajada en la que la atención se centra en ellas de manera adecuada.
- **Incomodidad con el acercamiento:** evalúa el malestar que puede generar el involucrarse emocionalmente en una relación significativa que generalmente deriva en la búsqueda de distancia.
- **Relaciones como secundarias:** evalúa la jerarquización de las relaciones que resulta en una evaluación de su importancia por debajo del logro personal.
- **Necesidad de aprobación,** evalúa la tendencia a verificar con el otro significativo toda conducta que el individuo lleva a cabo en búsqueda de valor propio.
- **Preocupación:** evalúa la atención excesiva a las relaciones significativas al grado de dejar al individuo con malestar importante con respecto a su posición en ellas.

El evaluado responde a través de una escala tipo Likert colocando su respuesta del 1 al 6: 1 = “totalmente en desacuerdo” 2= “fuertemente en desacuerdo” 3= “moderadamente en desacuerdo” 4= “moderadamente de acuerdo” 5= “fuertemente de acuerdo” 6 = “totalmente de acuerdo”. Siendo en total 40 ítems (ANEXO1).

2. Escala de Conducta de Cambridge, denominada también Coeficiente de empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

La prueba fue traducida al español por Claudia Pezzuto y Joaquín Fuentes, y validada por Jiménez-Cortés (2009), generándose posteriormente una versión reducida de 60 a 40 ítems, dado que se encontró que los otros 20 no influían en el resultado final.

Cada reactivo ofrece 4 opciones de respuesta, que van del Totalmente de acuerdo-Bastante de acuerdo-Un poco de acuerdo hasta Totalmente desacuerdo. Arrojando como resultados un determinado nivel de empatía de acuerdo a la puntuación obtenida, en un rango que va de Bajo, La media, Sobre la media y Muy alto (ANEXO 2).

3. Facial Expressions of Emotion Stimuli and Tests (FEEST). Aplicación de la forma: Megamixes.

El FEEST está compuesto por una serie de imágenes derivadas de las fotografías de Afecto Facial de Ekman y Friesen de 1976. Son 10 modelos, 6 mujeres y 4 hombres, que presentan las 6 emociones básicas, felicidad, tristeza, enojo, asco, sorpresa y miedo, además de la neutra.

Dichas imágenes fueron modificadas para dar gradientes, es decir cada expresión va desde una intensidad del 25 % hasta llegar al 150%, una versión caricaturizada de la expresión de la emoción, creándose el FEEST.

La modalidad de megamixes contemplada como una forma alternativa del FEEST, presenta las diferentes expresiones en un continuo de distintos grados que va del 25% al 100% de intensidad, mostrando transiciones entre una expresión y otra.

Para evitar que la aplicación resultara agotadora para el evaluado y los resultados se vieran afectados, se realizó una selección de 70 imágenes de 2 mujeres (43 imágenes femeninas) y 1 hombre (27 imágenes masculinas) con las 6 emociones, las cuales tienen un tiempo de exposición de 8 segundos entre una y otra.

Se repiten en 3 ocasiones, pues la prueba se dividió en tres bloques, en los 2 primeros (del rostro 1 al 52) se muestran las expresiones faciales de 100% al 25% o del 25 % al 100%, intercalándose 4 neutrales, antes de la transición siguiente. Mientras que en el tercer bloque (del rostro 53 al 70) para incrementar la dificultad en el proceso de reconocimiento de las expresiones, las imágenes se presentan únicamente del 25% al 75%, sin poses neutras (ANEXO 3).

## **Procedimiento**

Se realizó la modificación del FEEST, con la modalidad de Megamixes, posteriormente se hizo el estudio piloto para comprobar su validez. Una vez hecho este primer paso se procedió a la búsqueda de los participantes.

Para conformar el grupo control se hizo una invitación a estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México que cumplieran con los criterios de inclusión. Las personas que desearon acudir a una cita previamente acordada para realizar la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

Se seleccionaron a los evaluados que obtuvieron un parámetro de normalidad según los criterios señalados por el MMPI-2; y se les hizo la invitación para participar en el proyecto. Aquellos que así lo decidieron formaron parte del grupo control. Posteriormente se concertaron citas para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos (FEEST, Cuestionario de Estilos de Apego y Escala de Conducta de Cambridge).

Para conformar el Grupo de pacientes con Depresión y el Grupo de pacientes con Ansiedad se invitó a diferentes Instituciones Psiquiátricas gubernamentales, y privadas, para participar en la investigación y realizar el contacto con los pacientes que cumplieran con los criterios señalados anteriormente. Una vez que los pacientes fueron contactados e invitados, se les informó acerca del estudio y en lo que consistiría su participación. De la misma manera que con el Grupo Control, con quienes aceptaron se acordó una cita para realizar la aplicación de los instrumentos de manera individual. Verificándose en todos los casos que el escenario fuera un espacio en silencio, con iluminación y ventilación adecuada.

En el momento de la aplicación se les dieron las instrucciones de cada instrumento de manera verbal, además de escrita, asegurándose que no quedara alguna duda para contestarlo. Antes de empezar a contestar cada una de las pruebas, los participantes firmaron la carta de consentimiento (ANEXO 4).

De primer orden, con cada uno de los participantes, se aplicó el FEEST, posteriormente el Cuestionario de Estilos de Apego, y finalmente la Escala de Conducta de Cambridge, siempre siguiendo este orden. La duración total de la sesión fue de aproximadamente 40 minutos.

## **Análisis de resultados**

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 19. Para la comparación entre los resultados obtenidos por los tres grupos en el Cuestionario de Estilos de Apego, en la Escala de Conducta de Cambridge y en el FEEST se aplicó una prueba de *Chi Cuadrada* ( $\chi^2$ ). Para obtener las correlaciones entre Empatía y Reconocimiento de la expresión facial y entre Estilos de apego y Reconocimiento de la expresión facial se utilizó el coeficiente de Correlación de Spearman. El nivel de significancia se fijó con una  $p \leq 0.05$ .

## CAPÍTULO 7

### RESULTADOS

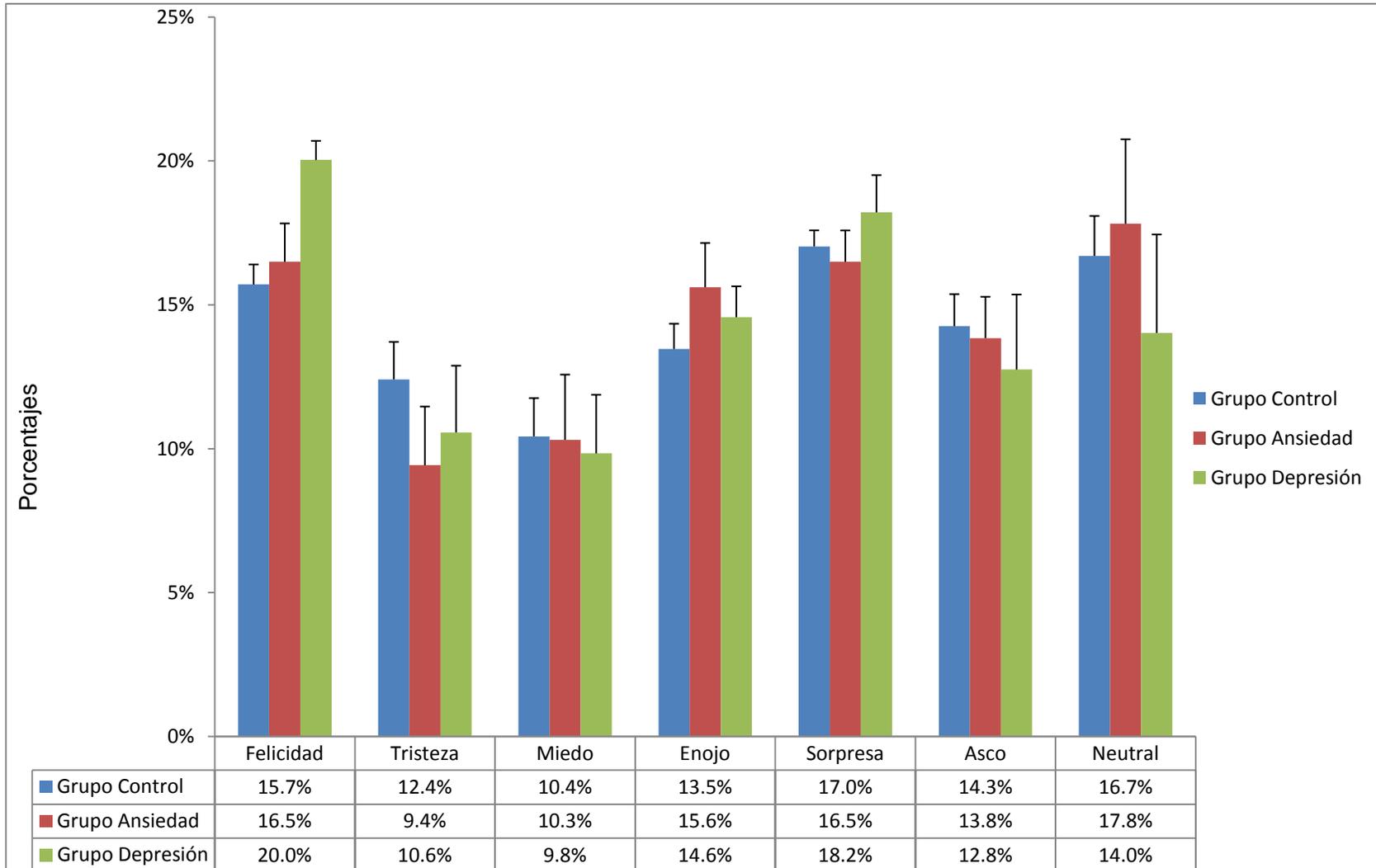
La muestra quedó conformada por 8 personas con Ansiedad, 7 personas con Depresión y 16 controles, en total 17 mujeres y 15 hombres, en un rango de edad entre 20 y 50 años.

#### **Comparación del reconocimiento de la expresión facial de la emoción en los grupos**

A través del número de aciertos y errores en el FEEST-Modalidad Megamixes se llevó a cabo una comparación de las medias que obtuvo cada grupo por cada emoción.

No se encontraron diferencias significativas en el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en los tres grupos estudiados (Felicidad:  $\chi^2 = 1.22$ ; 2gl;  $p = 0.54$ . Tristeza:  $\chi^2 = 4.46$ ; 2gl;  $p = 0.10$ . Miedo:  $\chi^2 = 1.01$ ; 2gl;  $p = 0.60$ . Enojo:  $\chi^2 = 1.77$ ; 2gl;  $p = 0.412$ . Sorpresa:  $\chi^2 = 5.38$ ; 2gl;  $p = 0.068$ . Neutral:  $\chi^2 = 2.48$ ; 2gl;  $p = 0.28$ ) (Veáse Figura 7.1).

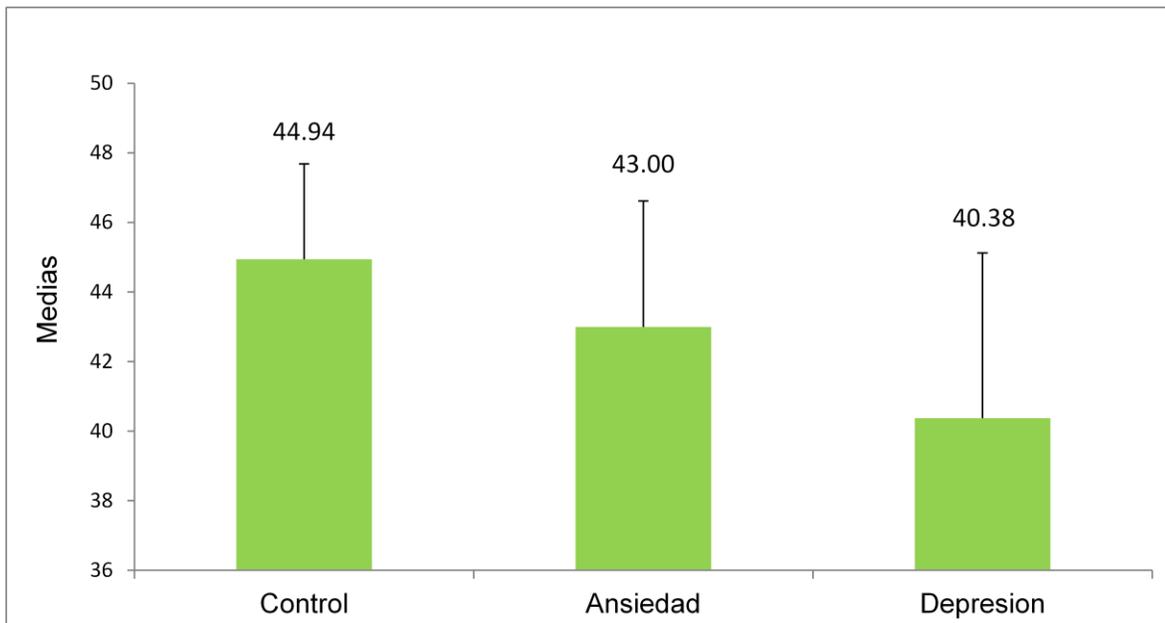
Figura 7.1 Comparación de las medias de reconocimiento de la expresión facial de la emoción entre los grupos



## Diferencias entre los grupos en empatía y estilos de apego

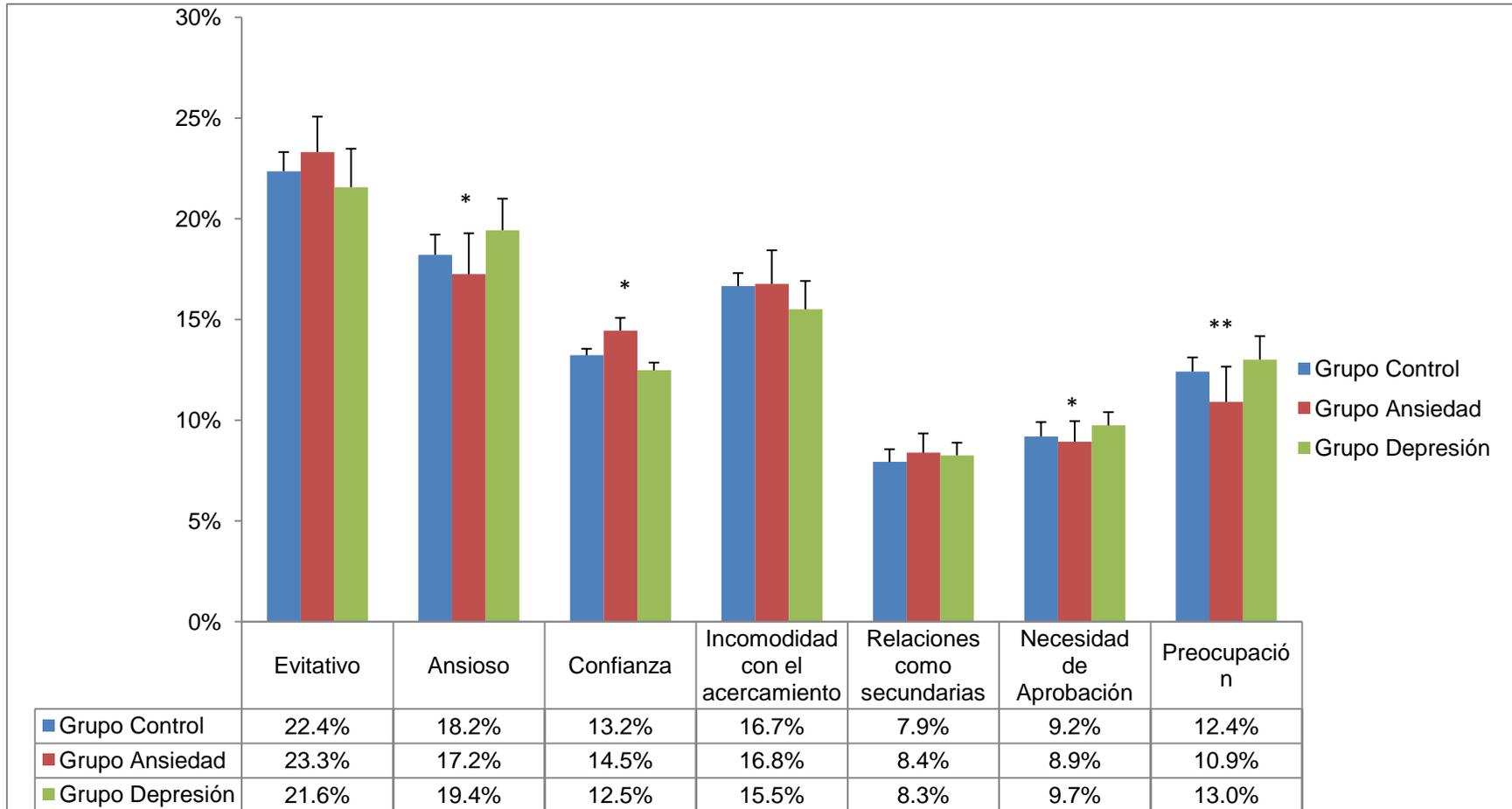
A partir de la aplicación de la Escala de Conducta de Cambridge se hizo una comparación de las medias obtenidas en dicha prueba entre los tres grupos. Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis, no encontrando diferencias significativas entre los grupos con relación a la empatía ( $\chi^2 = 0.082$ ; 2gl;  $p = 0.96$ ) (Figura 7.2).

Figura 7.2 Diferencias en empatía entre los grupos



Con respecto a los estilos de apego, a partir de la comparación de medias obtenidas por cada grupo, y la aplicación de la prueba Kruskal-Wallis se encontró que el evitativo, incomodidad con el acercamiento y el considerar las relaciones como secundarias no presentaron diferencias significativas respectivamente (Evitativo:  $\chi^2 = 2.86$ ; 2gl;  $p = 0.23$ . Incomodidad con el acercamiento:  $\chi^2 = 3.41$ ; 2gl;  $p = 0.18$ . Relaciones como secundarias:  $\chi^2 = 4.06$ ; 2gl;  $p = 0.13$ ), mientras que en el estilo de apego ansioso, de confianza, necesidad de aprobación y de preocupación se observaron diferencias significativas (Ansioso:  $\chi^2 = 6.87$ ; 2gl;  $p = 0.03$ . Confianza:  $\chi^2 = 6.48$ ; 2gl;  $p = 0.03$ . Necesidad de aprobación:  $\chi^2 = 6.72$ ; 2gl;  $p = 0.03$ . Preocupación:  $\chi^2 = 7.57$ ; 2gl;  $p = 0.02$ ) Véase Figura 7.3.

Figura 7.3 Diferencias de estilo de apego entre los grupos



$p=0.03(*)$

$p=0.02(**)$

## Correlación entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción

Se aplicó una correlación de Spearman entre el puntaje obtenido por cada grupo en la Escala de conducta de Cambridge y el puntaje obtenido en el FEEST-Modalidad Megamixes.

Como se observa en las Tablas 7.1 a 7.3 únicamente se encontró una correlación negativa en el Grupo Control entre empatía y el reconocimiento del asco, la cual se observa gráficamente en la Figura 7.4, a mayor empatía menor reconocimiento del asco en dicho grupo.

*Tabla 7.1 Correlación entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en el Grupo Control*

	Felicidad	Tristeza	Miedo	Enojo	Sorpresa	Asco	Neutral
Empatía $r=$	0.477	-0.05	0.2	0.47	0.076	-0.581	-0.299
$p=$	0.062	0.854	0.457	0.066	0.781	0.018*	0.261

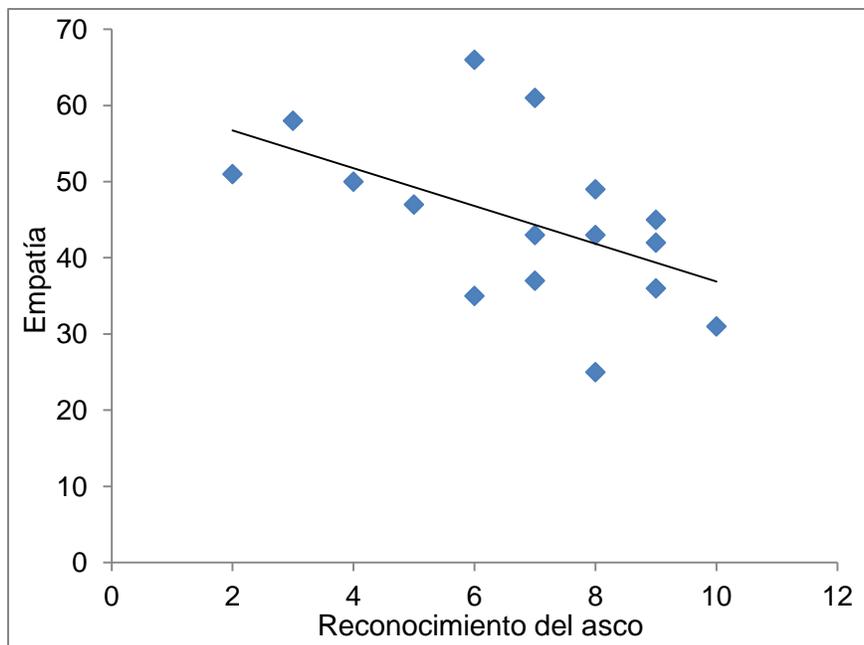
*Tabla 7.2 Correlación entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en el Grupo de pacientes con Depresión*

	Felicidad	Tristeza	Miedo	Enojo	Sorpresa	Asco	Neutral
Empatía $r=$	0.458	0.225	0.346	0.165	0.677	0.218	-0.334
$p=$	0.301	0.628	0.448	0.723	0.095	0.638	0.465

*Tabla 7.3 Correlación entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en el Grupo de pacientes con Ansiedad*

	Felicidad	Tristeza	Miedo	Enojo	Sorpresa	Asco	Neutral
Empatía $r=$	0.503	0.378	-0.024	0.258	0.601	0.168	0.156
$p=$	0.204	0.356	0.954	0.538	0.115	0.691	0.712

Figura 7.4 Correlación entre empatía y asco en Grupo Control



### **Correlación entre estilos de apego y reconocimiento de la expresión facial de la emoción**

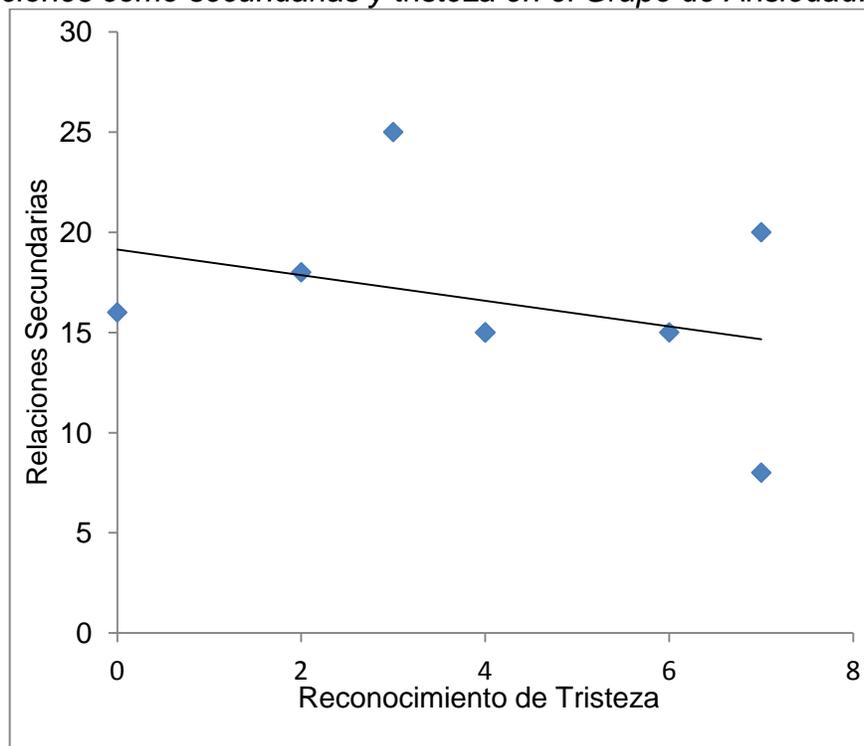
Se aplicó una Correlación de Spearman entre los puntajes obtenidos por cada grupo en el Cuestionario de Estilos de Apego y el puntaje obtenido en el FEEST-Modalidad Megamixes.

En el Grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad se encontró una correlación negativa entre el estilo de apego que considera las relaciones como secundarias y el reconocimiento de la expresión facial de tristeza (Véase Tabla 7.4); es decir a mayor estilo de apego de considerar las relaciones como secundarias, menor reconocimiento de la tristeza (Figura 7.5).

**Tabla 7.4** Correlación entre el estilo de apego y el reconocimiento correcto de la expresión facial de la emoción en el Grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad

Estilo de Apego		Felicidad	Tristeza	Miedo	Enojo	Sorpresa	Asco	Neutral
Evitativo	$r=$	-0.173	-0.394	-0.285	-0.555	-0.677	-0.031	0.447
	$p=$	0.682	0.334	0.494	0.153	0.065	0.942	0.266
Ansioso	$r=$	-0.556	-0.667	-0.188	-0.305	-0.482	0.056	-0.081
	$p=$	0.153	0.071	0.656	0.463	0.227	0.896	0.849
Confianza	$r=$	-0.205	-0.073	-0.287	-0.074	-0.227	0.112	-0.075
	$p=$	0.626	0.863	0.491	0.862	0.589	0.792	0.86
Incomodidad con el acercamiento	$r=$	-0.154	-0.521	-0.521	-0.683	-0.549	0.185	0.634
	$p=$	0.715	0.185	0.185	0.062	0.159	0.661	0.091
Relaciones como secundarias	$r=$	-0.34	-0.877	-0.519	-0.41	-0.149	0.138	0.127
	$p=$	0.41	0.004*	0.188	0.313	0.725	0.744	0.765
Necesidad de aprobación	$r=$	-0.295	-0.506	-0.072	-0.327	-0.4	0.049	0.148
	$p=$	0.479	0.201	0.865	0.429	0.326	0.908	0.726
Preocupación	$r=$	0	-0.479	0.006	-0.366	-0.098	-0.161	0.068
	$p=$	1	0.23	0.989	0.373	0.818	0.704	0.872

**Figura 7.5.** Correlación entre el estilo de apego de considerar las relaciones como secundarias y tristeza en el Grupo de Ansiedad.



En el Grupo de pacientes con Trastorno de Depresión se encontró una correlación negativa entre el estilo de apego ansioso, de necesidad de aprobación y de preocupación y el asco; así como una correlación negativa entre el estilo de apego que considera las relaciones como secundarias y el miedo. Por otro lado se encontró una correlación positiva entre el estilo de apego de confianza y el asco (Véase Tabla 7.5).

A mayor estilo de apego ansioso, de necesidad de aprobación o de preocupación menor reconocimiento del asco y por el contrario, a mayor estilo de apego de confianza mayor reconocimiento del asco. De igual modo a mayor estilo de apego de considerar las relaciones como secundarias menor reconocimiento del miedo (Figuras 7.6 a 7.10).

*Tabla 7.5 Correlación entre el estilo de apego y el reconocimiento correcto de la expresión facial de la emoción en el Grupo de pacientes con Trastorno de Depresión.*

Estilo de Apego		Felicidad	Tristeza	Miedo	Enojo	Sorpresa	Asco	Neutral
Evitativo	<i>r</i> =	0.241	-0.51	-0.257	-0.278	-0.382	-0.193	-0.206
	<i>p</i> =	0.602	0.242	0.578	0.546	0.398	0.679	0.658
Ansioso	<i>r</i> =	0.558	-0.243	-0.109	-0.477	-0.06	-0.873	0
	<i>p</i> =	0.193	0.599	0.816	0.279	0.899	0.01*	1
Confianza	<i>r</i> =	0.669	-0.591	0.028	-0.692	-0.071	0.757	0.075
	<i>p</i> =	0.1	0.163	0.953	0.085	0.88	0.024*	0.872
Incomodidad con el acercamiento	<i>r</i> =	0.261	-0.312	-0.495	-0.185	-0.442	-0.138	-0.449
	<i>p</i> =	0.571	0.496	0.258	0.691	0.32	0.769	0.312
Relaciones como secundarias	<i>r</i> =	-0.111	0.378	-0.835	0.176	-0.683	0.303	-0.729
	<i>p</i> =	0.813	0.404	0.019*	0.706	0.091	0.509	0.063
Necesidad de Aprobación	<i>r</i> =	0.436	-0.333	0.019	-0.327	0.061	-0.815	0.189
	<i>p</i> =	0.328	0.465	0.969	0.474	0.897	0.026*	0.685
Preocupación	<i>r</i> =	0.558	-0.075	-0.109	-0.551	-0.179	-0.764	-0.111
	<i>p</i> =	0.193	0.873	0.816	0.2	0.701	0.046*	0.812

Figura 7.6 Correlación entre el estilo de apego ansioso y el reconocimiento del asco en el Grupo de Depresión.

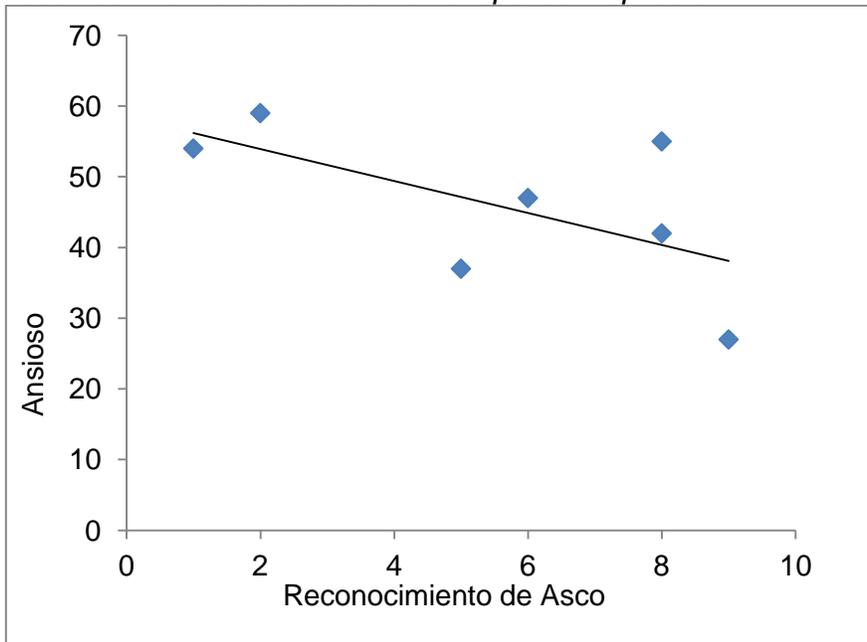


Figura 7.7 Correlación entre el estilo de apego de considerar las relaciones como secundarias y el reconocimiento del miedo en el Grupo de Depresión.

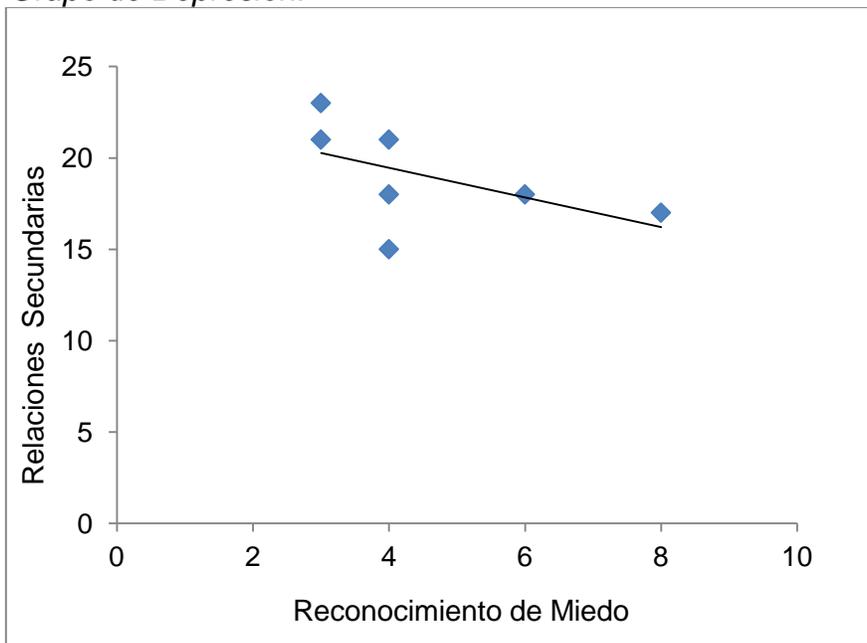


Figura 7.8 Correlación entre el estilo de apego preocupado y el reconocimiento del asco en el Grupo de Depresión.

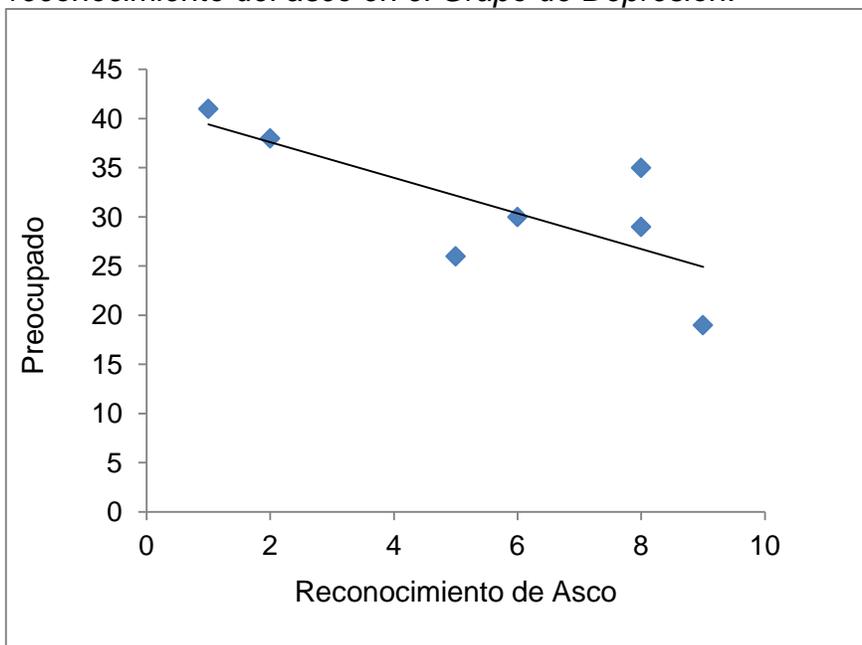


Figura 7.9 Correlación entre el estilo de apego de confianza y el reconocimiento del asco en el Grupo de Depresión.

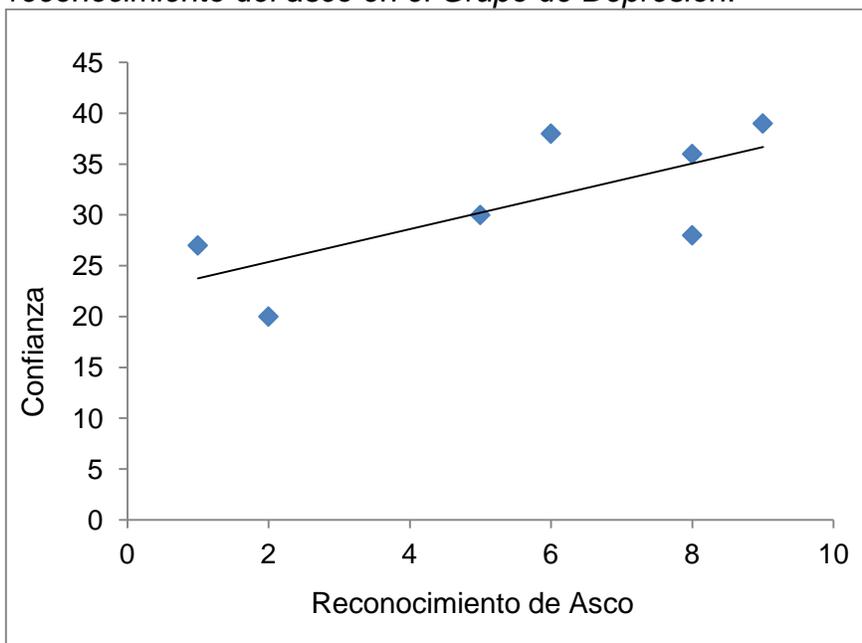
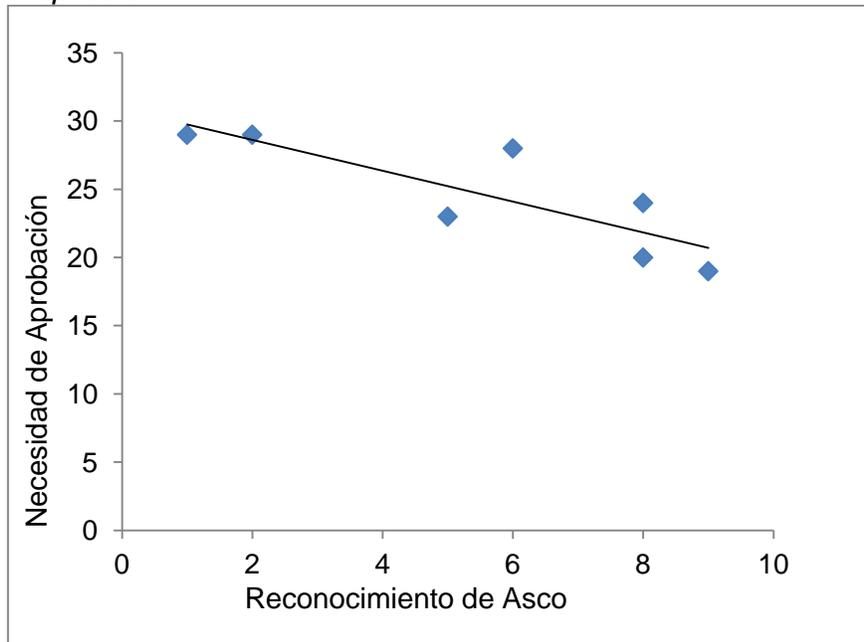


Figura 7.10 Correlación entre el estilo de apego de necesidad de aprobación y el reconocimiento del asco en el Grupo de Depresión.



Finalmente en el caso del Grupo Control no se encontraron correlaciones significativas entre el estilo de apego y el reconocimiento de la expresión facial (Véase Tabla 7.6).

Tabla 7.6 Correlación entre el estilo de apego y el reconocimiento correcto de la expresión facial de la emoción en el Grupo Control.

Estilo de Apego		Felicidad	Tristeza	Miedo	Enojo	Sorpresa	Asco	Neutral
Evitativo	$r=$	-0.249	-0.155	-0.249	-0.127	-0.264	0.34	0.268
	$p=$	0.353	0.567	0.353	0.638	0.324	0.198	0.315
Ansioso	$r=$	-0.339	0.052	0.276	-0.05	0.005	-0.157	0.088
	$p=$	0.198	0.85	0.301	0.854	0.987	0.561	0.746
Confianza	$r=$	.153	0.014	0.302	-0.227	0.315	0.087	0.14
	$p=$	0.285	0.958	0.255	0.397	0.234	0.748	0.606
Incomodidad con el acercamiento	$r=$	-0.32	-0.23	-0.384	-0.142	-0.18	0.478	0.283
	$p=$	0.227	0.392	0.142	0.601	0.505	0.061	0.288
Relaciones como secundarias	$r=$	-0.09	-0.344	0.025	-0.166	-0.111	-0.257	0.464
	$p=$	0.739	0.193	0.928	0.539	0.684	0.336	0.355
Necesidad de Aprobación	$r=$	-0.197	-0.013	0.313	0.042	0.002	-0.131	0.22
	$p=$	0.465	0.963	0.238	0.878	0.995	0.628	0.413
Preocupación	$r=$	-0.277	0.089	-0.035	0.163	-0.1	-0.06	0.012
	$p=$	0.299	0.744	0.897	0.548	0.712	0.825	0.964

## CAPÍTULO 8

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El ser humano está en constante interacción con los otros, por lo que la comunicación juega un papel primordial dentro de su vida diaria. Interpretar las diferentes señales que los otros emiten para entonces actuar conforme a ello resulta de gran importancia.

La capacidad de reconocer las expresiones faciales de la emoción en el otro permiten al individuo conducirse de manera adecuada a las circunstancias y la situación que envuelve dicha interacción (Arango de Montis et al., 2013; Leber, Heidenreich, Stangier, y Hofmann, 2009).

Tomando en cuenta la alta tasa de prevalencia actual del Trastorno de Ansiedad y de Depresión a nivel nacional y mundial (Medina-Mora et al., 2003), y la afección presente en estos pacientes en el ámbito social, se decidió realizar un estudio que permitiera conocer las variables psicológicas que intervienen en el reconocimiento de la expresión facial en dicha población, con el fin de generar conocimientos que permitan una mayor comprensión de lo que sucede en estos padecimientos.

De esta manera el objetivo de la investigación fue analizar el reconocimiento de la expresión facial de la emoción en pacientes con Trastorno de Depresión o de Ansiedad, y la asociación de esta capacidad con los estilos de apego y el nivel de empatía.

En los resultados no se encontraron diferencias significativas en el reconocimiento de la expresión facial entre los grupos (véase Figura 7.1) lo cual no corresponde a la literatura reportada ( Leber et al., 2009; Mendlewicz, Linkowski, Bazelmans, y Philippot, 2005; Sprengelmeyer et al., 1997). De acuerdo a la literatura (Csukly, Czobor, Simon, y Takács, 2008; Schmid y Schmid Mast, 2010) al reconocer las expresiones faciales del otro interviene un fenómeno llamado “*congruencia de estado de ánimo*”, el cual implica que el estado de ánimo actual influye en el reconocimiento, una persona que se encuentra enojada, tiende a reconocer con mayor facilidad la expresión de enojo, y puede confundir otras expresiones con esta emoción, pues se identifica con aquello que va más acorde con su estado interno, lo mismo sucede si la persona se encuentra con un estado de ánimo triste

o feliz. Por lo que es probable que el estado de ánimo en el que se encontraba el grupo control al momento de responder el FEEST afectó su desempeño.

Aunado a lo anterior cabe mencionar que la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio, tanto deprimidos como ansiosos se encontraban bajo tratamiento, ya fuese psicoterapéutico y/o farmacológico desde hace aproximadamente 4 meses como mínimo, por lo que sus síntomas estaban disminuidos, incluyendo el estado de ánimo predominante en dichos trastornos. Al realizar una observación detallada de la base de datos, pues coincide que los tres pacientes sin tratamiento obtuvieron un menor número de aciertos (25-28 aciertos) que aquellos con tratamiento iniciado, situación que también, podemos inferir causó impacto en los resultados hallados.

Cabe destacar que en cuanto a la expresión facial neutra, al revisar las respuestas por individuo, como se había encontrado en la literatura, ansiosos y deprimidos generalmente le dieron una connotación negativa (enojo, tristeza o miedo), aunque no se puede llevar a cabo un análisis cuantitativo debido a la poca cantidad de expresiones neutras que fueron presentadas, por lo que es necesario realizar más investigación en esta dirección.

### **Empatía y reconocimiento de la expresión facial de la emoción.**

Por otra parte se encontraron correlaciones entre la empatía y el reconocimiento de la expresión facial, como se planteó en la segunda hipótesis de la investigación. Sin embargo hubo algunas contradicciones en cuanto a la dirección de las mismas de acuerdo a lo descrito en la literatura.

La correlación encontrada para empatía fue negativa (véase Figura 7.4), cuando en los estudios realizados con anterioridad se ha demostrado que a mayor empatía existe un mayor reconocimiento de las expresiones faciales (Besel y Yuille, 2010; Gery, Miljkovitch, Berthoz, y Soussignan, 2009). Dichas investigaciones realizan una correlación entre el número de aciertos y el nivel de empatía, análisis que no se pudo realizar de esa manera debido a que, como se mencionó anteriormente, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Es posible que en dicho resultado también interviniera el “efecto de congruencia de estado de ánimo” y la expresión facial de asco en el Grupo Control se interpretara como enojo, emoción con la cual hubo mayor confusión, a pesar de su alto nivel de empatía. La ausencia

de más correlaciones entre empatía y el reconocimiento de la expresión facial pudo deberse al reducido tamaño de la muestra, destacándose la variabilidad individual, y que los tres grupo no contarán con un número equiparable de integrantes.

### **Estilos de apego y reconocimiento de la expresión facial de la emoción.**

En cuanto a los estilos de apego se encontraron correlaciones entre esta variable y el reconocimiento de la expresión facial (Véase Figura 7.5 a 7.12) comprobándose la tercera y última hipótesis. Las personas con un estilo de apego inseguro (ansioso, evitativo, relaciones como secundarias y preocupado) presentaron mayores dificultades para reconocer las expresiones faciales de la emoción, lo cual guarda relación con lo mencionado por Dykas y Cassidy (2011), basados en los planteamientos de Bowlby acerca de los modelos operantes, los patrones de procesamiento de información social emergen directamente de la manera en que los individuos tienen mentalmente internalizadas las experiencias con las relaciones cercanas, es decir de acuerdo al estilo de apego establecido con los cuidadores primarios en la infancia es la manera en que se interpretarán en la vida adulta las interacciones sociales.

Se ha descubierto que las personas con estilo de apego inseguro tienden a evaluar de manera negativa las distintas señales que reciben al relacionarse con los otros o suelen fijar la atención por menos tiempo en estímulos negativos como un mecanismo de protección (Cassidy, J., Ziv, Y., Mehta, T. G., y Feeney, B. C., 2003; Maier, Bernier, Pekrun, Zimmermann, y Grossmann, 2004; Edelstein and Gillath 2008 en Dykas y Cassidy, 2011), por lo que resulta plausible que si se posee una tendencia mayor hacia un estilo de apego inseguro se presenten errores al interpretar los rostros.

Al igual que Arango de Montis et al (2013) se encontró una correlación negativa entre el estilo de apego basado en considerar las relaciones como secundarias y el reconocimiento del miedo, no así entre el estilo de apego de confianza y la felicidad y entre el estilo de apego de relaciones secundarias y la sorpresa.

Las diferencias halladas con respecto a la literatura es posible que se debieran a una manipulación de las pruebas por parte de los participantes. Como se mencionó, el 80% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento, constantemente realizaban comentarios referentes a la expectativa y preocupación

que les causaba conocer los resultados de las pruebas para comprobar su mejoría. Probablemente ante tal incertidumbre dieron respuestas consideradas “positivas” a los diferentes reactivos que componen la Escala de Conducta de Cambridge y el Cuestionario de Estilos de Apego, las cuales demostraran y corroboran un cambio en el pensamiento y comportamiento a partir del inicio del tratamiento.

Es importante mencionar que en este estudio al utilizarse el FEEST se consideraron gradientes de expresión facial, a diferencia de la mayoría de las investigaciones reportadas sobre esta línea de investigación, en las cuales a los participantes les son presentadas expresiones con una intensidad del 100% únicamente. Cuestión que aumenta la dificultad, pero al mismo tiempo se asemeja de mejor manera a la realidad, pues en la vida cotidiana las expresiones faciales suelen presentarse en diferentes grados de intensidad, siendo en ocasiones señales sumamente sutiles que incluso no llegan a tener una intensidad mayor al 25 o 50% (García Olvera, 2012).

Se propone a partir de los resultados encontrados realizar una investigación a futuro que contemple un registro del estado de ánimo de los participantes, para lograr un control de dicha variable, y poderla contemplar en el análisis de los resultados, así como la exclusión de pacientes que estén bajo tratamiento para evitar la influencia de éste en los hallazgos.

Con base en la necesidad de realizar estudios lo más apegados a la realidad, la consideración de gradientes de la expresión facial es esencial, por lo que se considera sería enriquecedor llevar a cabo un análisis del número de aciertos y errores por gradiente de emoción, pues de esta manera se lograría mayor detalle e información sobre la capacidad de reconocimiento de la expresión facial.

Así mismo aumentar el tamaño de la muestra permitiría disminuir la variabilidad individual y por tanto aumentar la validez y confiabilidad de los resultados, eliminando sesgos o errores por dicha limitante.

## CONCLUSIONES

1. No se encontraron diferencias significativas entre el Grupo Control, Grupo de Depresión y Grupo de Ansiedad en el reconocimiento de la expresión facial, lo cual podría deberse al fenómeno de “Congruencia de Estado de Ánimo”.
2. Se encontró una correlación negativa entre empatía y reconocimiento de la expresión facial de la emoción en el Grupo Control.
3. Se encontraron correlaciones negativas entre el estilo de apego inseguro y el reconocimiento de la expresión facial, lo cual coincide con lo descrito en la literatura.
4. Las diferencias halladas entre los resultados de este estudio y anteriores es posible se debieran al tamaño de la muestra, manipulación de las pruebas por parte de los participantes y la consideración de gradientes de las expresiones faciales, los cuales no son contemplados en las investigaciones previas.

## Referencias

- Abozzi, P. (1997). *La interpretación de los gestos*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Aguilar López, J. (2008). *El efecto de la empatía y los estilos de amor sobre la conducta sexual y la satisfacción marital*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ahumada Castillo, J. P. (2011). *Traducción y Validación del Cuestionario de Estilos de Apego en el adulto (Attachment Style Questionnaire)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.
- American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (J. J. López-Ibor Aliño & M. Valdés Miyar, Eds.). Barcelona: Masson.
- Anguera, M. T. (1997). *Metodología de la observación en las ciencias humanas* (pp. 1–24).
- Arango de Montis, I., Brüne, M., Fresán, A., Ortega Font, V., Villanueva, J., Saracco, R., & Muñoz-Delgado, J. (2013). Recognition of facial expression of emotions: exploring performance in psychiatric residents. *Salud Mental*, 36(2), 1–13.
- Arriaga, R. (1994). *La empatía una revisión conceptual*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(2), 163–75. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15162935>
- Barret-Lenard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refine of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91–100.
- Bautista Salido, I. (2010). El apego infantil. *Enfoques Educativos*, 25–38.
- Benjet, C., G., B., & Medina-Mora, M. E Zambrano, J. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(4), 386–395.
- Besel, L. D. S., & Yuille, J. C. (2010). Individual differences in empathy: The role of facial expression recognition. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 107–112. doi:10.1016/j.paid.2010.03.013
- Betancourt Ocampo, D. (2002). *Las relaciones parentales y el apego en adolescentes que han y no han intentado suicidarse*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. España: Paidós Ediciones.
- Bowlby, John. (1988). *Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Barcelona: Paidós Ediciones.

- Calderón Narvaes, G. (1987). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Editorial Trillas.
- Camilli, C., & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual : definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115–137.
- Carrera-Guermeur, O. (2007). *Apego y Anorexia Nerviosa: Manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental de Anorexia Basada en la Actividad*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Cavieres F., A., & Valdebenito V., M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia. Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 45(2), 120–128.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217–25. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Chilena, S., Palacios, P., Adulto, A., Internos, L. O. S. M. O., Teor, L. A., & Mente, D. E. L. A. (2006). Apego adulto : Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente Adult Attachment : Internal Working Models and the Theory of the Mind, 24, 201–209.
- Chóliz Montañés, M. (1995). La Expresión De Las Emociones en La Obra De Darwin. In F. Tortosa, C. Civera, & C. Calatalyud (Eds.), *Prácticas de Historia de la Psicología* (p. 11). Valencia: Promolibro.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3–21.
- Clark, D. M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In R. G. Heimberg & M. R. Liebowitz (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Coats, E., & Feldman, R. (1996). Gender differences in nonverbal correlates of social status. *Pers Soc Psychol Bull*, 22, 1014–1022.
- Coke, J., Batson, C. y McDavis, K. (1978). Empathetic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752–766.
- Consedine, N. S., & Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: the view from emotions theory. *Attachment & human development*, 5(2), 165–87. doi:10.1080/1461673031000108496
- Coon, D. (2005). *Fundamentos de la Psicología* (10th ed.). México: Thomson.
- Cristinzio, C., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2007). Recognition of Emotional Face Expressions and Amygdala Pathology. *Epileptologie*, 130–138.
- Csukly, G. (2009). *Emotional Facial Expression Recognition in Depressed and Healthy Subjects*. Semmelweis University Mental Health Sciences Doctoral School.

- Csukly, G., Czobor, P., Simon, L., & Takács, B. (2008). Basic emotions and psychological distress: association between recognition of facial expressions and Symptom Checklist-90 subscales. *Comprehensive psychiatry*, *49*(2), 177–83. doi:10.1016/j.comppsy.2007.09.001
- Darwin, C. (1872). *The expression of emotion in man and animals*. Londres: Murray.
- Davidson, R. J. (2001). Toward a biology of personality and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *935*, 191–207.
- Davis, M. H. (1996). *A Social Psychological Approach*. Westview Press.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, *10*(85), 1–17.
- De Lucas Taracena, M. T., & Montañés Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, *18*(4), 377–386.
- Delval, J. (2000). *El Desarrollo Humano* (10th ed.). México: Siglo Veintiuno Editores.
- DePaulo, B. (1992). Nonverbal behaviour and self-presentation. *Psychol Bull*, *111*, 203–243.
- Díaz Atienza, J., & Blánquez Rodríguez, M. P. (2004). El Vínculo y Psicopatología en la Infancia: Evaluación y Tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, *4*(1), 82–90.
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *Journal of personality disorders*, *23*(1), 6–19. doi:10.1521/pedi.2009.23.1.6
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child development*, *63*, 1473–1480.
- Durand, M. V., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal* (4th ed.). México: Thomson.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological bulletin*, *137*(1), 19–46. doi:10.1037/a0021367
- Egan, G. (n.d.). *El orientador experto*. México: Editorial Iberoamericana.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, *65*(1), 109–128.
- Eisenberg, Nancy, & Strayer, J. (1992). *La empatía y su desarrollo*. España: Biblioteca de Psicología.
- Eisenberg, N. y Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, *14*, 131–149.
- Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression: A century of research in review*. Nueva York: Academic Press.

- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45–60). Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ekman, Paul, Matsumoto, D., & Friesen, W. V. (1997). Facial Expression In Affective Disorders. In Paul Ekman & E. L. Rosenberg (Eds.), *What the Face Reveals* (pp. 331–341). Nueva York: Oxford University Press.
- Farrow, T. F. D., & Woodruff, P. W. R. (2007). *Empathy in Mental Illness*. (T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff, Eds.). New York: Cambridge University Press.
- Fasel, B., & Luettin, J. (2003). Automatic facial expression analysis: a survey. *Pattern Recognition*, 36(1), 259–275. doi:10.1016/S0031-3203(02)00052-3
- Fuentes, M., López, F., Etxebarria, I., Ledesma, A., Ortiz, M., & P, A. (1993). Empatía, role – taking y concepto de ser humano, como factores asociados a la conducta prosocial / altruista. *Revista Infancia y Aprendizaje*, 61, 73–87.
- García Gutiérrez, S. (2005). *Análisis de la Comunicación No Verbal*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García Olvera, J. P. (2012). Características Mínimas en la Expresión Facial. *Expresiones y micro expresiones faciales de las emociones*. México. D. F.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493–507.
- Gaspar, A. (2006). Universals and individuality in facial behavior—past and future of an evolutionary perspective. *Acta Ethologica*, 9(1), 1–14. doi:10.1007/s10211-006-0010-x
- George, C., & Main, M. (1979). Social interactions of Young abused children: Approach, avoidance and aggression. *Child Development*, 50, 306–318.
- Gery, I., Miljkovitch, R., Berthoz, S., & Soussignan, R. (2009). Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls. *Psychiatry research*, 165(3), 252–62. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.006
- González-Ceinos, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 23(1), 1–9.
- Gray, P. (2008). *Psicología: Una Nueva Perspectiva* (5th ed.). México. D. F.: McGraw-Hill.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. . (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (R. Hernández Sampieri, C. Fernández-Collado, & P. Baptista Lucio, Eds.) (4th ed., p. 497). México. D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. *Empathy and its development* (pp. 47–80). Nueva York: Cambridge University Press.

- Hoffman, M. L. (1990). Empathy and Justice Motivation. *Motivation and Emotion, 14*(2).
- Hogan, R. (1969). Development of an Empathy Scale. *Consulting and Clinical Psychology, 33*, 307–316.
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Izard, C. E., Hembree, E. A., & Huebner, R. R. (1987). Infants' emotional expressions to acute pain: Developmental change and stability of individual differences. *Developmental Psychology, 23*, 105–113.
- Jimenez-Cortés, M. P., Pelegrín-Valero, C., Tirapu-Ustárrroz, J., Guallart-Balet, M., Benabarre-Ciria, S., & Olivera-Pueyo, J. (2012). Trastornos de la empatía en el daño cerebral traumático. *Rev Neurol, 55*(1), 1–10.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of abnormal psychology, 115*(4), 705–14. doi:10.1037/0021-843X.115.4.705
- Keltner, D. (1996). Facial expressions of emotion and personality. In C. Malatesta-Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging*. Nueva York: Academic Press.
- Keltner, Dacher, & Ekman, P. (2000). Facial Expression of Emotion. In M. H. Lewis & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed., pp. 237–249). New York: Guilford Publications, Inc.
- Keltner, Dacher, Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1995). Facial Expressions of Emotion and Psychopathology in Adolescent Boys, *104*(4), 644–652.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry, 148*(12).
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development, 59*(1), 135–46. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3342708>
- Krause, R., Steimer, E., Sanger-Alt, C., & Wagner, G. (1989). Facial expressions of schizophrenic patients and their interaction partners. *Psychiatry, 52*, 1–12.
- Kuhnke, E. (2007). *Body Language for Dummies* (p. 337). West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Leber, S., Heidenreich, T., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2009). Processing of facial affect under social threat in socially anxious adults: mood matters. *Depression and Anxiety, 26*(2), 196–206. doi:10.1002/da.20525
- Lecannelier, F. (2002). La entrevista de apego de niños Child Attachment Interview-Cai. *Revista Terapia Psicológica, 20*, 53–60.

- Lemos Giraldez, S. (1995). *Psicopatología*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Levenson, R. W., Ekman, P., & Friesen, W. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, *27*, 363–384.
- López Hernández, R. (2009). *La Regulación Emocional de la Envidia: Un Modelo Explicativo*. UNAM.
- Main, M., & Cassidy. (1988). Categories of response to reunion with the parents at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a month period. *Developmental Psychology*, *24*, 415–426.
- Mallen Martínez, M., & López Garza, D. N. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, *44*(3), 101–107.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martin, R. a., Berry, G. E., Dobranski, T., Horne, M., & Dodgson, P. G. (1996). Emotion Perception Threshold: Individual Differences in Emotional Sensitivity. *Journal of Research in Personality*, *30*(2), 290–305. doi:10.1006/jrpe.1996.0019
- Matsumoto, D., & Kudoh, T. (1993). American-Japanese cultural differences in attributions of personality bases on smiles. *Journal Non Verbal Behaviour*, (17), 231–243.
- Mead, M. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., et al. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, *26*(4), 1–16.
- Mehrabian, A. (1997). Relations among personality scales of aggression, violence and empathy: Validational evidence bearing on the Risk of Eruptive Violence Scale. *Aggressive Behavior*, *23*, 433–445.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, *40*, 525–543.
- Mehrabian, A., Young, A. L., & Sato, S. (1988). Emotional empathy and associated individual differences. *Research and reviews*, *7*, 221–240.
- Mendlewicz, L., Linkowski, P., Bazelmans, C., & Philippot, P. (2005). Decoding emotional facial expressions in depressed and anorexic patients. *Journal of affective disorders*, *89*(1-3), 195–9. doi:10.1016/j.jad.2005.07.010
- Michalska, K. J., Kinzler, K. D., & Decety, J. (2013). Age-related sex differences in explicit measures of empathy do not predict brain responses across childhood and adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *3*, 22–32. doi:10.1016/j.dcn.2012.08.001
- Mikulincer, M. (1998). Adult Attachment Style and Individual Differences in Functional Versus Dysfunctional Experiences of Anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(2), 513–524.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation : The Dynamics , Development , and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies 1, 27(2), 77–102.
- Montilla, I., Padilla, P., & Enríquez, Á. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas*, 3(193), 1–38.
- Moore, D. J. (1996). Affect intensity and the consumers' attitude toward high impact emotional advertising appeals. *Journal of Advertising*, 25, 37–50.
- Ojeda, A. (1998). *La pareja: Amor y apego*. UNAM.
- Ortíz Tobón, J. F. (2002). Trastorno obsesivo-compulsivo ( TOC ). *Acta Neurol Colomb*, 18(1), 51–65.
- Ortiz-Tallo Alarcón, M. (1997). *Trastornos Psicológicos*. España: Ediciones Aljibe.
- Pérez-Rincón, H., Cortés, J., & Díaz-Martínez, A. (1999). El reconocimiento de la expresión facial de las emociones. *Salud Mental*, 22(1), 17–23. Retrieved from <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2201/sm220117vfr.pdf>
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. a., Najman, J. M., & Bor, W. (2005). Early Adversity and the Prospective Prediction of Depressive and Anxiety Disorders in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 13–24. doi:10.1007/s10802-005-0930-3
- Piqueras-Rodríguez, J. A., Martínez-González, A. E., Ramos-Linares, V., Rivero-Burón, R., García-López, L. J., & Oblitas-Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud, 15(1), 43–74.
- Plutchik, R. (1962). *The emotions: Facts, theories, and a new model*. Nueva York: Random House.
- Redolar Ripoll, D., Moreno Alcázar, A., Robles Muñoz, N., Soriana Mas, C., Torras García, M., & Vale Martínez, A. M. (2010). *Fundamentos de la Psicobiología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Regan, D., & Totten, J. (1975). Empathy and attribution: Turning observers into actors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(5), 850–856.
- Rim, Y. (1974). Correlates of emotional empathy. *Science Paed. Experimental*, 11, 197–201.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1993). Working Models of Attachment in Psychiatrically Hospitalized Adolescents: Relation to Psychopathology and Personality. *Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development* (pp. 1–27). New Orleans.
- Rulicki, S. (2007). *Comunicación no verbal: como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Argentina: Ediciones Granica.
- Safrany, K. R. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1–15.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185–201.

- Sandín, B. (2001). *Estrés, Hormonas y Psicopatología*. Madrid: Klinik.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital* (10th ed.). España: McGraw-Hill.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson. Prentice Hall.
- Schmidt, K. L., & Cohn, J. F. (2001). Human Facial Expressions as Adaptations: Evolutionary Questions in Facial Expression Research. *Yearbook of Physical Anthropology*, 44, 3–24.
- Schmid, P. C., & Schmid Mast, M. (2010). Mood effects on emotion recognition. *Motivation and Emotion*, 34(3), 288–292. doi:10.1007/s11031-010-9170-0
- Schmidt, K. L., & Cohn, J. F. (2001). Human Facial Expressions as Adaptations: Evolutionary Questions in Facial Expression Research. *Yearbook of Physical Anthropology*, 44, 3–24. doi:10.1002/ajpa.20001
- Slone, L. B., Norris, F. H., Murphy, A. D., & Baker, C. K. (2006). Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety*, 23(3), 158–167.
- Sprengelmeyer, R., Young, a W., Pundt, I., Sprengelmeyer, a, Calder, a J., Berrios, G., Winkel, R., et al. (1997). Disgust implicated in obsessive-compulsive disorder. *Proceedings. Biological sciences / The Royal Society*, 264(1389), 1767–73. doi:10.1098/rspb.1997.0245
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. In Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Strayer, J. (1992). Perspectivas afectivas y cognitivas sobre la empatía. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 241–265). España: Biblioteca de Psicología.
- Surguladze, S. A., Senior, C., Young, A. W., Brébion, G., Travis, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Depression, Recognition Accuracy and Response Bias to Happy and Sad Facial Expression in Patients With Major. *Neuropsychology*, 18(2), 212–218.
- Tian, Y.-L., Kanade, T., & Cohn, J. F. (2005). Facial Expression Analysis. In S. Li Z. & J. Anil K. (Eds.), *Handbook of Face Recognition* (pp. 1–30). New York, NY, USA: Springer Science+Business Media, Inc.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affict, imagery, consciousness: Vol. 2. The negative afficts*. Nueva York: Springer.
- Tomkins, S. S., & McCarter, R. (1964). What and where are the primary affects? Some evidence for a theory. *Perceptual and Motor Skills*, 18, 119–158.
- Whybrow, P. C., Akiskal, H. S., & McKinney Jr., W. T. (1984). *Mood Disorders: Toward a New Psychobiology*. Plenum Press.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call for a concept a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314–321.
- Woodworth, R. S. (1938). *Experimental psychology*. Nueva York: Henry Holt.



## **ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ESTILOS DE APEGO**

Edad \_\_\_\_ Sexo: M F Fecha \_\_\_\_\_

Califique las siguientes aseveraciones en base a esta escala: 1=totalmente en desacuerdo 2= fuertemente en desacuerdo 3=moderadamente en desacuerdo 4=moderadamente de acuerdo 5=fuertemente de acuerdo 6=totalmente de acuerdo		
___	1	Por encima de todo pienso que soy una persona valiosa
___	2	Soy más fácil de conocer que la mayoría de las personas
___	3	Estoy seguro(a) de que los demás estarán ahí cuando los necesite
___	4	Prefiero depender de mí mismo(a) que de otras personas
___	5	Prefiero no ser sociable
___	6	Pedir ayuda es admitir que uno ha fallado
___	7	El valor de una persona se debe medir por sus logros
___	8	Lograr las cosas es más importante que construir relaciones
___	9	Hacer lo mejor de un mismo es más importante que llevarse con los demás
___	10	Si tienes un trabajo que hacer, debes hacerlo sin importar quien salga lastimado
___	11	Agradarle a los demás me parece importante
___	12	Evitar hacer cosas que a los demás desagradan me parece importante
___	13	Se me dificulta tomar decisiones sin saber lo que piensan los demás
___	14	Mis relaciones con los demás generalmente son superficiales
___	15	A veces pienso que no sirvo para nada
___	16	Se me dificulta confiar en los demás
___	17	Se me dificulta depender de los demás
___	18	Pienso que los demás son reacios a acercarse tanto como me gustaría
___	19	Se me facilita acercarme a los demás
___	20	Se me facilita confiar en los demás
___	21	Me siento cómodo(a) cuando dependo los demás

___	22	Me preocupa que a los demás no les importe como me importan a mí
___	23	Me preocupa que las personas quieran acercarse a mí
___	24	Me preocupa no estar a la altura de los demás
___	25	Tengo sentimientos encontrados acerca de estar cerca de los demás
___	26	A pesar de querer estar cerca de los demás, me siento intranquilo(a) por ello
___	27	Me pregunto por qué las personas quisieran involucrarse conmigo
___	28	Para mí, es muy importante tener relaciones cercanas
___	29	Me preocupo mucho por mis relaciones
___	30	Me pregunto cómo me las arreglaría sin alguien que me quiera
___	31	Me siento confiado(a) acerca de mi relación con los demás
___	32	Me siento solo(a) o abandonado(a) muy seguido
___	33	Me preocupa muy seguido que realmente no pertenezco a los demás
___	34	Los demás tienen sus propios problemas, así que no los molesto con los míos
___	35	Cuando hablo de mis problemas con los demás, generalmente me siento avergonzado(a) o tonto(a)
___	36	Estoy muy ocupado(a) con otras actividades como para invertir mucho tiempo en mis relaciones
___	37	Si algo me está molestando, los demás generalmente están al tanto y se preocupan
___	38	Me siento confiado(a) de que agradaré a los demás y de que me respetarán
___	39	Me frustra que los demás no estén ahí cuando los necesito
___	40	Generalmente los demás me dejan mal

## ANEXO 2: ESCALA DE CONDUCTA DE CAMBRIDGE

Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ESTA INFORMACION ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

#### Cómo rellenar este cuestionario:

Abajo hay una lista con frases. Por favor lea cuidadosamente cada una y juzgue en qué medida está usted de acuerdo o desacuerdo, marcando con un círculo su respuesta. No hay respuestas correctas ni incorrectas ni engañosas.

**PARA QUE ESTA ESCALA TENGA VALIDEZ TODAS LAS RESPUESTAS DEBEN ESTAR CONTESTADAS.**

#### *Ejemplos*

<i>Ej.1 Me enfadaría si no pudiera escuchar música todos los días.</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Totalmente desacuerdo</i>
<i>Ej.2 Prefiero hablar con mis amigos por teléfono que escribirles cartas.</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Totalmente desacuerdo</i>
<i>Ej. 3 No me interesa viajar a diferentes partes del mundo.</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Totalmente desacuerdo</i>
<i>Ej. 4 Prefiero leer que bailar.</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Un poco de acuerdo</i>	<i>Totalmente desacuerdo</i>

1. Me puedo dar cuenta fácilmente si alguien quiere entrar en una conversación.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
2. Cuando otros no me entienden a la primera me cuesta explicarles las cosas que para mí son fáciles de entender.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
3. Realmente me agrada cuidar de otras personas.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
4. Me resulta difícil saber qué debo hacer en situaciones sociales.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
5. La gente a menudo me dice que defiendo con demasiada vehemencia mi punto de vista en una discusión.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
6. No me preocupa demasiado llegar tarde a una cita con un amigo.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
7. La amistad y las relaciones sociales son tan difíciles para mí que tiendo a no darles importancia.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
8. A menudo me resulta difícil juzgar si alguien es maleducado o educado.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
9. En una conversación suelo centrarme en mis pensamientos en lugar de lo que puede estar pensando el otro.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
10. Cuando era niño me gustaba cortar gusanos para ver qué ocurría.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
11. Capto rápidamente cuando alguien dice algo pero quiere decir otra cosa	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
12. Me cuesta entender por qué algunas cosas enfadan tanto a las personas.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
13. Me resulta fácil ponerme en el lugar de otra persona.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
14. Soy bueno prediciendo como se sentirá alguien.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
15. Puedo reconocer en seguida cuando, en un grupo de gente, alguien se siente raro o incómodo.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo

16. Si digo algo y alguien se siente ofendido pienso que es su problema y no el mío.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
17. Si alguien me pregunta si me gusta su corte de pelo yo respondo con la verdad incluso si no me gusta.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
18. No siempre puedo entender por qué alguien se puede sentir ofendido por un comentario.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
19. Ver a la gente llorar no me pone triste.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
20. Soy muy directo, lo que mucha gente considera grosero incluso si lo hago sin esa intención	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
21. No suelo encontrar las situaciones sociales confusas.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
22. La gente me dice que soy bueno comprendiendo cómo se siente y qué están pensando.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
23. Cuando hablo con la gente tiendo a hablar de sus experiencias más que de las mías.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
24. Me pone triste ver un animal sufriendo.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
25. Soy capaz de tomar decisiones sin la influencia de los sentimientos de los demás.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
26. Puedo fácilmente decir si alguien está interesado o aburrido con lo que estoy diciendo.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
27. Me pongo triste si veo en las noticias gente sufriendo.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
28. Mis amigos suelen contarme sus problemas porque dicen que soy muy comprensivo.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
29. Puedo sentir cuando estoy siendo poco discreto sin necesidad de que me lo digan.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
30. La gente a veces me dice que he ido demasiado lejos con las bromas.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
31. La gente me dice a menudo que soy insensible, aunque no entiendo por qué.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
32. Cuando hay alguien nuevo en el grupo considero que son los demás los que tienen que esforzarse para incluirle.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
33. Normalmente no me mantengo emocionalmente estable cuando veo una película.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
34. Sintonizo rápida e intuitivamente con cómo se siente otra persona.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
35. En seguida me doy cuenta de que quiere hablar la otra persona.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
36. Puedo darme cuenta si alguien está ocultando sus verdaderos sentimientos.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
37. No necesito pensar conscientemente las normas sociales de cada situación.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
38. Soy bueno prediciendo que hará la gente	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
39. Tiendo a involucrarme emocionalmente en los problemas de mis amigos.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo
40. Normalmente respeto el punto de vista del otro, aunque no lo comparto.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente desacuerdo

## ANEXO 3: FEEST/MODALIDAD MEGAMIXES

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7



Imagen 8



Imagen 9

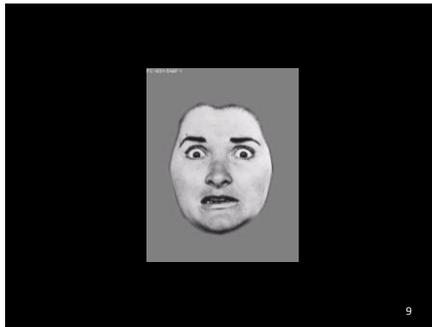


Imagen 10

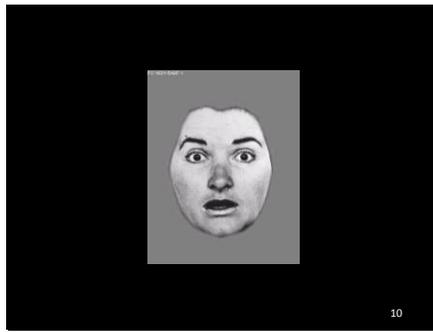


Imagen 11



Imagen 12



Imagen 13



Imagen 14



Imagen 15



Imagen 16



Imagen 17



Imagen 18



Imagen 19

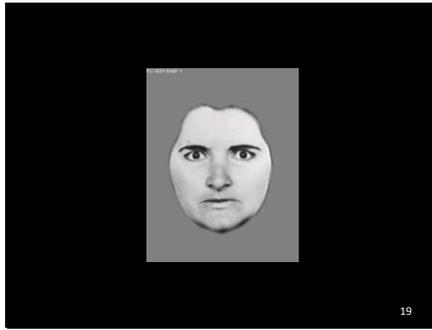


Imagen 20



Imagen 21



Imagen 22



Imagen 23



Imagen 24



Imagen 25



Imagen 26



Imagen 27



Imagen 28

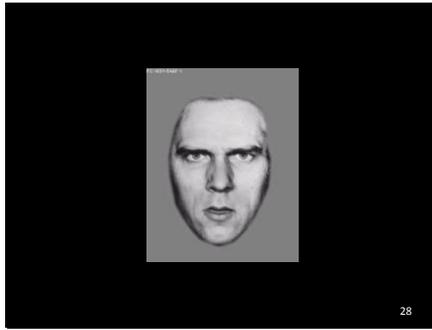


Imagen 29



Imagen 30



Imagen 31

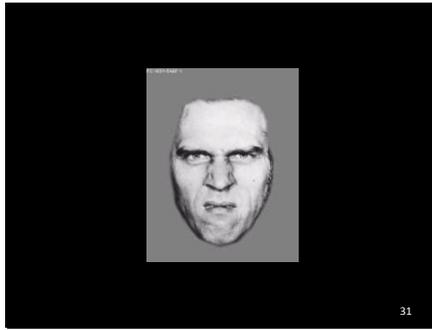


Imagen 32



Imagen 33



Imagen 34

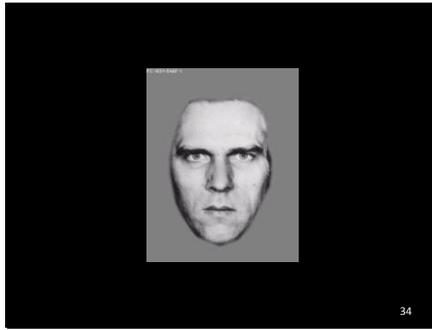


Imagen 35



Imagen 36



Imagen 37

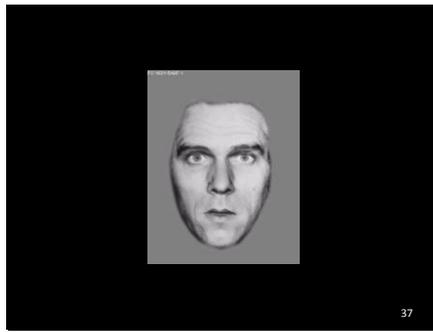


Imagen 38



Imagen 39



Imagen 40

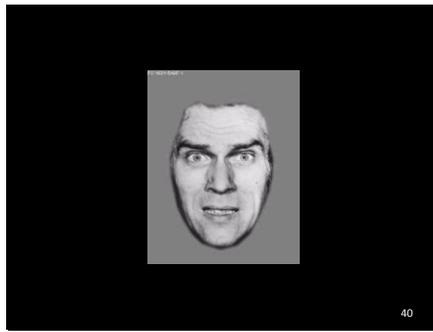


Imagen 41



Imagen 42



Imagen 43

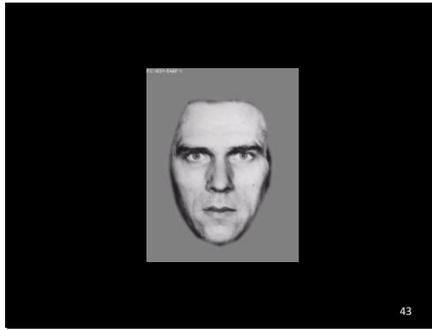


Imagen 44



Imagen 45

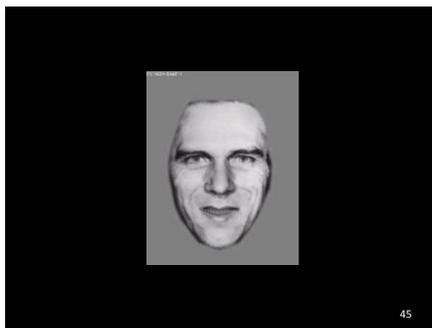


Imagen 46

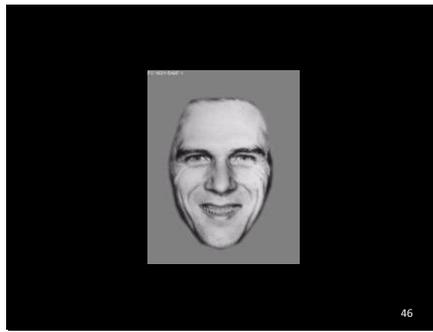


Imagen 47



Imagen 48

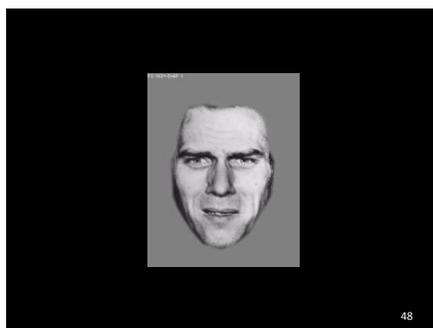


Imagen 49

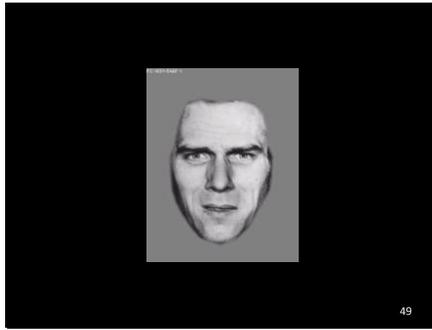


Imagen 50



Imagen 51



Imagen 52

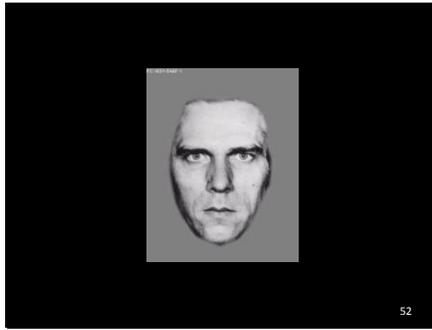


Imagen 53



Imagen 54



Imagen 55

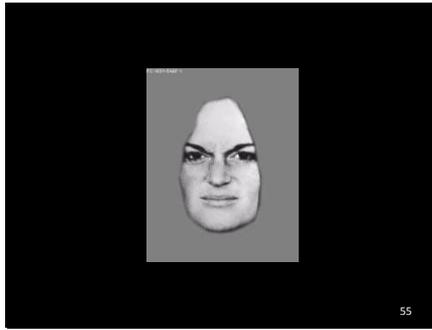


Imagen 56



Imagen 57



Imagen 58

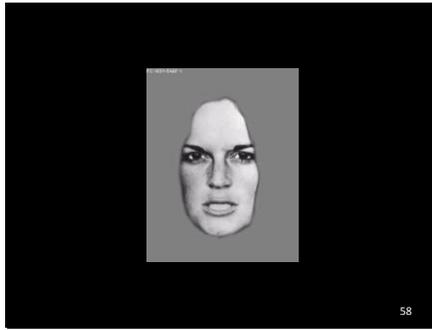


Imagen 59



Imagen 60

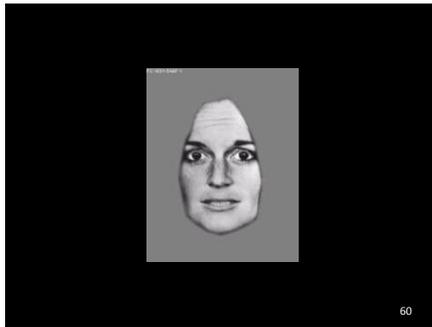


Imagen 61

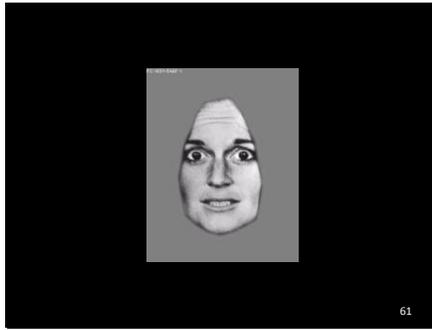


Imagen 62



Imagen 63

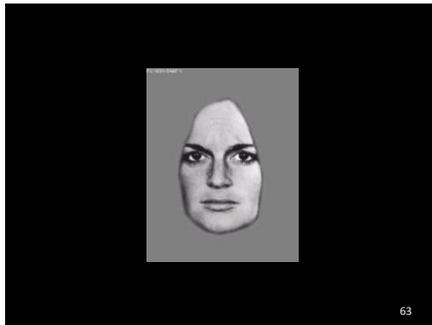


Imagen 64

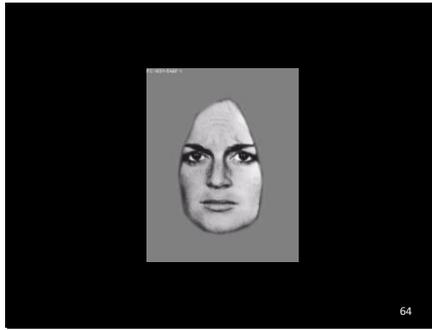


Imagen 65



Imagen 66



Imagen 67

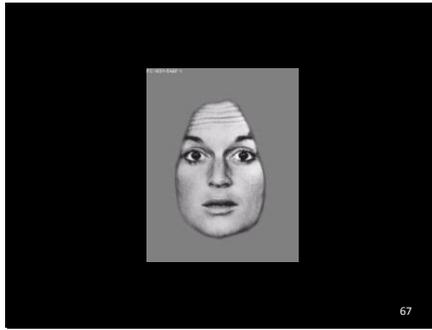


Imagen 68

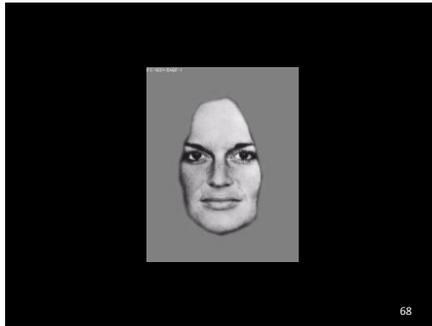


Imagen 69

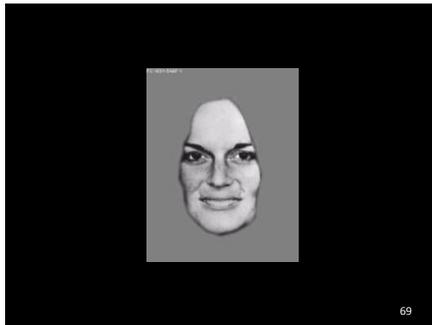
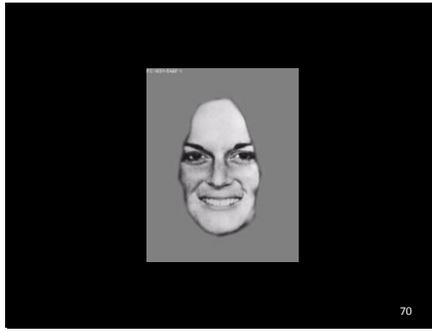


Imagen 70



## HOJA DE RESPUESTAS FEEST

Iniciales \_\_\_\_\_, Folio \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_

**Se le mostrarán 70 fotografías en diferentes estados emocionales (felicidad, tristeza, miedo, enojo, sorpresa, asco y neutral), con la finalidad que usted califique la emoción presentada en las fotografías, para ello ponga una “X” en el espacio de la hoja de respuesta para cada fotografía, tratando de NO dejar ninguna sin respuesta.**

FOTOS	FELICIDAD	TRISTEZA	MIEDO	ENOJO	SORPRESA	ASCO	NEUTRAL
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
	FELICIDAD	TRISTEZA	MIEDO	ENOJO	SORPRESA	ASCO	NEUTRAL
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
	FELICIDAD	TRISTEZA	MIEDO	ENOJO	SORPRESA	ASCO	NEUTRAL
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							

	FELICIDAD	TRISTEZA	MIEDO	ENOJO	SORPRESA	ASCO	NEUTRAL
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
	FELICIDAD	TRSITEZA	MIEDO	ENOJO	SORPRESA	ASCO	NEUTRAL
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
	FELICIDAD	TRISTEZA	MIEDO	ENOJO	SORPRESA	ASCO	NEUTRAL
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							

## **ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Reconocimiento facial de las emociones básicas en personas con Depresión o Ansiedad, en relación con el estilo de apego, síntomas psicopatológicos y la empatía.**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Código asignado para el estudio: \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, dicho estudio corresponde a una **investigación sin riesgo**, por lo que no existe ningún tipo de daño mínimo que ud. pueda sufrir, pero requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, antes, después y durante el estudio, no dude en hacerlo.

### **Programa que se realizará:**

El objetivo es evaluar el reconocimiento de las expresiones faciales de la emoción en relación con los estilos de apego, síntomas psicopatológicos y empatía en pacientes con depresión o ansiedad.

Actualmente los trastornos mencionados conforman un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, por lo que conocer más acerca de ellos y su relación con las emociones, específicamente el reconocimiento de la expresión facial, permitirá lograr una mayor comprensión de los mismos, siendo factible en un futuro un mejor tratamiento psicoterapéutico para las personas que los padecen, sobretodo en el área social.

### **Plan del programa:**

Si usted acepta participar en este estudio, le serán mostradas una serie de fotografías para la identificación de las emociones, y posteriormente le serán aplicadas 3 pruebas escritas para evaluar empatía, síntomas psicopatológicos, y estilos de apego.

### **Consignas a seguir:**

- a) Se pedirá la cooperación de usted como participante.
- b) La sesión tendrá una duración total de 30 a 40 minutos aproximadamente.

c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que nos lo informe.

Ventajas:

a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer mejor las diferencias en el reconocimiento facial de las emociones.

b) No existen beneficio directo del estudio, pero de manera indirecta, usted ayudará a la comunidad científica a determinar variaciones en el reconocimiento facial en pacientes con depresión o ansiedad, de acuerdo a su nivel de empatía, estilo de apego y síntomas psicopatológicos, para un mejor entendimiento de dichos trastornos.

### **Confidencialidad:**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los participantes, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Jairo Muñoz Delgado o la Psic. Iliana González Flores del laboratorio de Cronoecología, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, al teléfono 4160-5068 y 4165000 ext. 5275 o al 0445521374960.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Jairo Muñoz Delgado o la Psic. Iliana González Flores del laboratorio de Cronoecología, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, al teléfono 4160-5068 y 4165000 ext. 5275 o al 0445521374960

---

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

---

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 1

Fecha

Dirección y teléfono del testigo 1:

---

Nombre de Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha

Dirección y teléfono del testigo 2: